



**Universidad**  
Zaragoza

## TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de cuidados de enfermería relacionado con adherencia terapéutica en el déficit de atención e hiperactividad en edad infantil

Nursing care plan related to therapeutic adherence in attention deficit hyperactivity in childhood

Autora

M<sup>a</sup> Pilar Utrillas Ibarzo

Directora

M<sup>a</sup> Esther Samaniego Díaz de Corcuera

Facultad Ciencias de la Salud

Zaragoza, 2019

# ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	5
Metodología.....	6
Exposición del caso.....	8
Objetivos del plan de cuidados de enfermería.....	8
Valoración.....	9
Diagnósticos de enfermería.....	13
Planificación de objetivos e intervenciones.....	18
Ejecución.....	23
Evaluación.....	28
Conclusiones.....	31
Bibliografía.....	32
Anexos .....	37

## RESUMEN

**Introducción:** En niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el uso terapéutico de psicoestimulantes genera rechazo tanto en pacientes como en padres debido a los efectos secundarios y a la creencia del efecto adictivo. Todo ello, limita la adherencia terapéutica.

**Objetivos:** Potenciar intervenciones de enfermería relacionadas con la adherencia dirigidas a pacientes en edad infantil con dicho trastorno, fomentando también la atención y cuidado integral de ellos. **Metodología:** Tras una amplia búsqueda bibliográfica se realizó un plan de cuidados de una niña diagnosticada con este trastorno en tratamiento con metilfenidato. Se ha requerido también la participación familiar. **Conclusiones:** Aportar conocimientos, detectar, controlar efectos adversos y mejorar el bienestar del paciente por intervención de enfermería, pueden fomentar la adherencia terapéutica. Esto indica que la colaboración de enfermería puede ser de ayuda para el tratamiento de niños con dicho trastorno.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tratamiento, multimodal, farmacológico, metilfenidato, efectos adversos, adherencia, enfermería, monitorización.

## SUMMARY

**Introduction:** In children with attention deficit hyperactivity disorder, the therapeutic use of psychostimulants generates rejection in both patients and parents due to side effects and the belief of the addictive effect. All this limits the therapeutic adherence. **Objectives:** To promote nursing interventions related to adherence aimed at children/adolescents with this disorder, promoting their care and comprehensive care. **Methodology:** After a broad bibliographic search, a care plan was developed for a girl diagnosed with this disorder under treatment with methylphenidate. Family participation has also been required. **Conclusions:** Contribute knowledge, detect and control adverse effects and improve the patient's well-being by nursing action, can promote therapeutic adherence. This indicates that

nursing collaboration can be helpful for the treatment of children with this disorder.

**Key words:** Attention deficit hyperactivity disorder, treatment, multimodal, pharmacological, methylphenidate, adverse effects, adherence, nursing, monitoring.

## INTRODUCCIÓN

Los niños inquietos, activos y distraídos han existido siempre. Hasta hace unos años eran solamente eso, pero desde las últimas décadas esta serie de manifestaciones conductuales, en compañía de otros síntomas, se han ido clasificando hasta llegar a lo que hoy denominamos trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)<sup>1</sup>.

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil, cuyos síntomas deben aparecer antes de los 7 años, siendo tres de ellos nucleares: impulsividad, inatención e hiperactividad<sup>2</sup>.

Para su diagnóstico, se tienen que cumplir los criterios establecidos en las dos clasificaciones internacionales más importantes que lo recogen: Clasificación internacional de enfermedades 10 (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V)<sup>3</sup> (Anexo 1). Las escalas específicas para el TDAH pueden emplearse como complemento para su diagnóstico<sup>4</sup>, destacando la Escala de evaluación del déficit de atención e hiperactividad (EDAH)<sup>2</sup> (Anexo 2).

No hay tratamiento curativo, por lo que el objetivo terapéutico es disminuir la frecuencia e intensidad de sus síntomas. Las líneas terapéuticas para el TDAH son la farmacoterapia, psicoterapia, terapia cognitivo conductual, psicoeducación, intervención familiar y psicosocial, psicopedagogía (si hay dificultad de aprendizaje), terapia fonoaudiológica (si aparece trastorno del lenguaje) y educativa<sup>5</sup>.

Múltiples estudios, como el publicado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, han demostrado que el tratamiento multimodal es el más eficaz<sup>6</sup>. Éste consiste en combinar las

anteriores líneas adaptándose a las necesidades del paciente. Por ello, muchos autores afirman que el tratamiento debe ser individualizado<sup>7</sup>.

A pesar de que la farmacoterapia sea de primera opción, hay pacientes que presentan baja adherencia terapéutica (AT) debido a varios factores, lo que puede derivar en el incumplimiento del tratamiento<sup>4</sup>. Según un estudio llevado a cabo en niños con TDAH, entre el 40-60% de los pacientes diagnosticados que requieren tratamiento abandonan prematuramente la terapia<sup>8</sup>. El tipo de trastorno, la modalidad, la dificultad de comprensión y el contexto terapéutico son factores influyentes en el incumplimiento, el cual puede causar efectos contraproducentes<sup>9</sup>.

Enfermería proporciona atención y ayuda a los pacientes para aceptar su enfermedad y convivir con ella, además de favorecer el seguimiento de un régimen terapéutico correcto<sup>10</sup>. Las intervenciones de enfermería en favor de niños TDAH se centrarían en la evaluación de conocimientos de padres y niño sobre el tratamiento, en la escucha activa y en la promoción de alianzas familiares junto con maestros y proveedores con el fin de fomentar la adherencia<sup>11,12</sup>.

Además, su participación es fundamental en la detección precoz del trastorno, ya que atienden a la población infantil tanto en las consultas a demanda; como en las concertadas del programa de atención al niño sano (ANS). A pesar de su relevancia, la intervención de enfermería no es común en el tratamiento de niños con TDAH<sup>13</sup>.

Otro punto clave del fracaso de la farmacoterapia es el miedo de los padres al estigma social de sus hijos, la posibilidad de adicción y los efectos adversos en relación con la toma de psicoestimulantes, lo que genera rechazo a su uso<sup>14</sup>.

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente recomienda que todos los niños tratados con psicoestimulantes tengan una evaluación completa de los antecedentes familiares y un examen físico antes y durante el tratamiento. A partir de este planteamiento, el profesional de enfermería debe monitorizar signos vitales, peso y altura durante las visitas de seguimiento, lo que ofrecería mayor confianza a los padres, pudiendo minimizarse dicho rechazo<sup>11</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN**

En los últimos años ha habido un incremento de niños TDAH diagnosticados, quienes no llegan a comprender dicho trastorno y cuyos padres requieren de información adecuada para poder abordarlo.

A pesar de que su tratamiento ideal sea el multimodal; la farmacoterapia es la línea más extendida<sup>4</sup>. Sin embargo, existe un gran rechazo por parte de los padres al uso terapéutico de psicoestimulantes debido a varios factores; miedo a la dependencia, al abuso de éstos y a sus efectos secundarios (pérdida de peso, retraso del crecimiento, alteración del sueño y problemas cardíacos principalmente.)<sup>15</sup>.

El papel de enfermería consiste en empoderar a las familias para una mejor gestión de su propia salud<sup>10</sup>. Mediante revisiones periódicas realizadas por enfermería se podría colaborar en la detección/control de efectos adversos y se fomentaría el conocimiento de los padres/paciente sobre su enfermedad/tratamiento para así, poder mejorar la adherencia terapéutica.

## **OBJETIVOS**

### General

- Potenciar intervenciones de enfermería relacionadas con la adherencia, dirigidas a pacientes con TDAH en edad infantil.

### Específicos

- Fomentar la atención y cuidado integral de enfermería en niños con tratamiento farmacológico de TDAH, en cooperación con otros sanitarios.
- Monitorizar efectos secundarios del tratamiento por parte de profesionales sanitarios en colaboración con paciente y familia.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica durante los meses de febrero a mayo de 2019, primero con lenguaje libre y posteriormente controlado, en diferentes bases de datos; Cuiden Plus, IBECS, ScienceDirect, Dialnet, Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y Scielo. Los buscadores empleados han sido Google Académico, Alcorce y Mendeley. Se han utilizado descriptores de ciencias de la salud (DeCS), tesaurus MeSH, operadores booleanos ("AND" y "OR") y palabras clave.

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica

Búsqueda bibliográfica	Artículos encontrados	Artículos empleados
Cuiden plus	14	2
IBECS	11	2
ScienceDirect	21	3
Google Académico	54	7
Dialnet	29	5
Biblioteca virtual de salud (BVS)	31	3
Scielo	26	4
Mendeley	23	2

Fuente: Realización propia

Los criterios de exclusión consistían en omitir aquellos artículos que en su título y/o resumen no hablaran sobre el TDAH en niños/as y los que estuvieran escritos en un idioma distinto del castellano o del inglés.

Se ha elaborado un plan de cuidados de enfermería (PCE) individualizado de una niña diagnosticada de TDAH en tratamiento con Rubifen, que acude a la consulta de enfermería del centro de salud de Casablanca para realizar valoración integral a partir de los patrones funcionales de Salud de Marjory Gordon<sup>16</sup>. En el desarrollo del PCE también interviene su familia.

Durante la exploración se emplean unas herramientas:

- Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI): 10 ítems. 2 respuestas; Verdadero=+1, Falso=-1. A mayor puntuación; actitud más positiva hacia la medicación<sup>17</sup>.
- Cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-26): 26 ítems. 6 respuestas que puntúan desde 0 (nunca/Casi nunca) a 3 (siempre). Ítem 25 a la inversa. Punto de corte; 11 o más<sup>18</sup>.
- Escala de autoestima de Rosemberg: 10 ítems. 4 respuestas; A-D que se puntúan del 4 al 1 respectivamente. En ítems 6-10; A-D a la inversa. Por debajo de 25, autoestima baja<sup>19</sup>.
- Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: 5 respuestas que puntúan del 1(nunca) al 5 (casi siempre). Menos de 46: ausencia de sobrecarga; 47-55: ligera; más de 56: intensa<sup>20</sup>.
- Escala de ansiedad de Hamilton: Valora la ansiedad psíquica (ítems 1-6 y 14) y somática (ítems 7-13). 5 respuestas (ausente-muy grave). Sin puntos de corte. Mayor puntuación; mayor intensidad de ansiedad<sup>21</sup>.
- Test Apgar familiar infantil: 5 preguntas. 3 respuestas que puntúan de 0 (casi siempre) a 2 (casi nunca). 7-10: normal; 4-6: disfunción moderada; 0-3: grave<sup>22</sup>.
- Cuestionario de frecuencia de consumo: 5 respuestas que se contestan según la frecuencia de consumo de cada grupo alimentario<sup>23</sup>.

Se han elaborado una serie de diagnósticos de enfermería con sus objetivos e intervenciones a través de la taxonomía científica enfermera NANDA, NOC y NIC<sup>23-25</sup>.

### Consideraciones éticas

Se solicitó un consentimiento informado escrito a los tutores legales de la menor que aceptaron participar en el PCE. Este consentimiento se acoge a la Declaración de Madrid (1996) y ha sido revisando por el Comité Ético de Investigación de Aragón (IACS). De acuerdo con el artículo 5 de la Ley 14/2007 del 3 de julio de investigación biomédica, se ha garantizado la protección de la intimidad personal y el trato confidencial de los datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de Datos de Carácter Personal.



# EXPOSICIÓN DEL CASO

## Recogida de datos

Se realiza una entrevista y una exploración física inicial a la paciente dónde se recogen datos objetivos y subjetivos relevantes, aplicando al mismo tiempo la observación.

## Datos generales

Nombre y apellidos: Sara Pérez De la Cruz (Nombre ficticio)

Sexo: Mujer

Fecha de nacimiento: 11/3/2009

Edad: 10 años

Convive con: Padres y hermana.

## Objetivos del PCE

### General

Elaborar un plan de cuidados de enfermería para una niña diagnosticada de TDAH, en tratamiento con metilfenidato, basado en un control exhaustivo de la situación clínica de la paciente, en colaboración con su familia.

### Específicos

- Detectar problemas de salud integral reales y potenciales de la paciente.
- Monitorizar parámetros de salud.
- Determinar y mejorar la adherencia terapéutica de la paciente y familia en relación con la intervención de enfermería.
- Determinar y mejorar la calidad de vida de la paciente en relación con la intervención de enfermería.
- Favorecer la participación de la familia en la atención sanitaria profesional.

## VALORACIÓN

Existen una gran cantidad de valoraciones en el ámbito enfermero. El más usado es el de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas. Sin embargo, cuando hablamos de salud mental nos vamos a centrar en el modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

### **Patrón I: Percepción y cuidado de la salud**

Alergias: No conocidas.

Hábitos tóxicos: Ninguno

Antecedentes patológicos familiares: Abuela materna y paterna con problemas cardiacos. Abuelo materno con diabetes mellitus tipo 2:

Antecedentes psiquiátricos familiares: Tío paterno con trastorno depresivo grave que finalmente se suicidó hace 9 años. Padre diagnosticado de TDAH con 8 años.

¿Conoce su enfermedad?: Déficit de conocimientos visible.

¿Acepta su enfermedad?: Conciencia de enfermedad parcial; los profesionales sanitarios y sus padres le dicen que padece un trastorno, pero ella no se ve a sí misma como una enferma.

Tratamientos farmacológicos actuales: Rubifen tres veces al día (desayuno, comida y cena).

Adherencia al tratamiento farmacológico: Puntuación de - 2 en el Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI) (Anexo 2); falta de adherencia a su tratamiento farmacológico.

Los padres rellenan el mismo inventario según los efectos manifiestos en la joven en relación con el medicamento y obtienen una puntuación de 2. Expresan desacuerdo por medicar a Sara con psicoestimulantes por temor a adicción/efectos adversos.

## **Patrón II: Nutricional metabólico**

Peso: 23 kg. Pérdida de peso importante en los últimos meses.

Talla: 1'19 metros.

IMC: 16'24.

Patrón de ingesta hídrica y alimentaria:

*Tabla 2: Ítems patrón ingesta hídrica/alimentaria*

<i>Dificultad en deglución/masticación</i>	No
<i>Náuseas y/o vómitos</i>	No
<i>Alergias alimentarias</i>	No
<i>Apetito</i>	Disminución desde el inicio del tratamiento con Rubifen
<i>Dieta habitual:</i>	3 comidas diarias de ingesta escasa.
<i>Conducta alimentaria</i>	Puntuación en escala EAT-26 (Anexo 3) inferior a 11; sin riesgo de trastorno alimentario. Régimen de comidas inadecuado
<i>Ingesta hídrica</i>	1L/día

*Fuente: Realización propia*

## **Patrón III: Eliminación**

Eliminación intestinal: Frecuencia 1 vez c/3 días, dificultad en la defecación.

Eliminación urinaria: Normal.

## **Patrón IV: Actividad/ejercicio**

Estado cardiovascular:

*Tabla 3: Ítems cardiovasculares*

<i>Tensión arterial</i>	110/60
<i>Frecuencia Cardiaca</i>	75x'
<i>Pulso</i>	Rítmico

*Fuente: Realización propia*

Estado respiratorio: Normal.

Actividad motora: Independiente.

Actividades habituales diarias: Colegio de 8 a 13h.

Actividades de ocio: Salidas en bicicleta con su padre algún domingo.

Comportamiento motriz:

Nivel: Inquieto, tenso y activo

Tipo: agitado

### **Patrón V: Sueño/Descanso**

N.º de horas de sueño diarias: 5-6 horas diarias. Dificultad para conciliar sueño.

Hora de acostarse: 11-12h de la noche.

Hora de levantarse: 7h de la mañana entre semana y 8-9h los fines de semana.

Sensación después de dormir: Cansancio que ha incrementado desde el inicio del tratamiento farmacológico.

¿Tiene alguna ayuda para dormir? No toma medicación ni realiza ningún tipo de rutina que le ayude a conciliar el sueño.

### **Patrón VI: Cognitivo-Perceptivo**

Estado cognitivo:

*Tabla 4: Ítems cognitivos*

<i>Orientación</i>	Orientada en el espacio-tiempo y autopsíquicamente.
<i>Alteración de la memoria</i>	No
<i>Alteración en la atención y concentración</i>	Fácil distraibilidad
<i>Alteración en la comunicación</i>	No. Discurso fluido y coherente.

*Fuente: Realización propia*

Estado anímico: Ansioso.

Expresión facial: Desviación de la mirada.

### **Patrón VII: Autopercepción-Autoconcepto**

Sentimientos respecto a sí mismo y hacia los demás: Inferioridad e inutilidad. Ansiedad cuando no puede lograr objetivos que desemboca en rabia y culpabilidad.

Alteración de la autoestima: Puntuación de 17 en la escala de autoestima de Rosemberg (Anexo 5); baja autoestima relacionada con su enfermedad.

Percepción de su imagen personal: Aceptación.

Alteraciones de la vivencia del Yo: Ninguna.

### **Patrón VIII: Función y relación:**

Patrones de interacción: Aislamiento social en clase.

Reactividad emocional: Labilidad afectiva.

Patrón de interacción social:

*Tabla 5: Ítems del Patrón de interacción social*

<i>Relaciones con la familia</i>	Relación disruptiva con su hermana melliza. Sobreprotección materna que agrava el sentimiento de inferioridad. Retracción en presencia familiar; contestan por ella.  Los padres obtienen una puntuación de 40 en el cuestionario Zarit (Anexo 6); no gran sobrecarga, pero sí dificultad para prodigar los cuidados necesarios.
<i>Relaciones sociales</i>	Sensación de soledad con deseo de mejorarla.

*Fuente: Realización propia*

### **Patrón IX: Sexualidad/Reproducción:** Adecuado

## **Patrón X: Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

Tolerancia a la frustración: Inadecuada

Grado de ansiedad: Puntuación de 16 en ansiedad psíquica en la escala de ansiedad de Hamilton (Anexo 7); ansiedad moderada agravada por falta de comprensión familiar.

Afrontamiento de ansiedad: Puntuación de 6 en el test Apgar familiar infantil (Anexo 8); grado moderado de disfunción familiar que fomenta el estado ansioso.

**Patrón XI: Valores y creencias:** Adecuado

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

### **Dominio I: Promoción de la salud**

*Tabla 6: Diagnósticos Dominio I de la paciente*

Gestión ineficaz de la salud (00078) relacionado con (a partir de aquí r/c) conocimiento insuficiente del régimen terapéutico, manifestado por (a partir de aquí m/p) falta de adherencia terapéutica
Gestión ineficaz de la salud familiar (00080) r/c régimen terapéutico complejo y conflictos familiares m/p actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud.
Estilo de vida sedentario (00168) r/c conocimiento insuficiente sobre los beneficios del ejercicio físico m/p la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.

*Fuente: Realización propia*

## **Dominio II: Nutrición**

*Tabla 7: Diagnósticos Dominio II de la paciente*

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002) r/c ingesta diaria insuficiente m/p pérdida de peso.
Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c ingesta diaria insuficiente.
Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028) r/c aporte insuficiente de agua.

*Fuente: Realización propia*

## **Dominio III: Eliminación e Intercambio**

*Tabla 8: Diagnósticos Dominio III de la paciente*

Estreñimiento (00011) r/c ingesta insuficiente de fibras y de líquidos, hábitos dietéticos inadecuados o por efecto adverso del tratamiento farmacológico m/p disminución de la frecuencia; heces duras, secas y formadas.
Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196) r/c malnutrición y régimen terapéutico m/p eliminación dificultosa de las heces.

*Fuente: Realización propia*

## **Dominio IV: Actividad/Reposo**

*Tabla 9: Diagnósticos Dominio IV de la paciente*

Insomnio (00095) r/c toma de estimulantes m/p dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormida.
Deprivación del sueño (00096) r/c régimen terapéutico de estimulantes m/p malestar y sueño insuficiente.
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200) r/c antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria o por hipertensión como efecto adverso del tratamiento farmacológico.

*Fuente: Realización propia*

## **Dominio V: Percepción/Cognición**

*Tabla 10: Diagnósticos Dominio V de la paciente*

Riesgo de confusión aguda (00173) r/c tratamiento con sustancias psicoactivas.
Conocimientos deficientes (00126) r/c información insuficiente m/p falta de entendimiento del trastorno y de adherencia terapéutica.
Control de impulsos ineficaz (00222) r/c TDAH m/p arrebatos de mal genio y conducta agresiva.

*Fuente: Realización propia*

## **Dominio VI: Auto percepción**

*Tabla 11: Diagnósticos Dominio VI de la paciente*

Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174) r/c etiqueta estigmatizadora a razón de su enfermedad.
Baja autoestima situacional (00120) r/c rechazos y falta de consecución de objetivos m/p expresa inutilidad cuando no consigue sus objetivos a pesar del esfuerzo.
Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225) r/c uso de fármacos psicoactivos y baja autoestima situacional.

*Fuente: Realización propia*

## **Dominio VII: Rol /Relaciones**

*Tabla 12: Diagnósticos Dominio VII de la paciente*

Procesos familiares disfuncionales (00063) r/c falta de habilidades para la solución de problemas m/p la paciente expresa sentirse incomprendida por su familia y puntuación de 6 en el test Apgar familiar infantil.
Deterioro parental (00056) r/c hija con déficit de atención y/o hiperactividad m/p los padres expresan dificultad para satisfacer las necesidades de la niña.



Disposición para mejorar los procesos familiares (00159) m/p los padres expresan deseos de mejorar la dinámica familiar, de intentar comprender el problema que tiene su hija y lo que siente.
Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador (00062) r/c inexperiencia del cuidador en los cuidados requeridos de la paciente.

*Fuente: Realización propia*

### **Dominio IX: Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

*Tabla 13: Diagnósticos Dominio IX de la paciente*

Afrontamiento familiar comprometido (00074) r/c situación de la paciente para la cual se carece de información y comprensión m/p la madre muestra una conducta protectora desproporcionada a las capacidades de la paciente.
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075) m/p la familia busca el conocimiento de nuevas estrategias.
Ansiedad (00146) r/c crisis situacional m/p expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
Planificación ineficaz de las actividades (00199) r/c percepción no realista de los acontecimientos m/p falta de logro de los objetivos para la actividad elegida.

*Fuente: Realización propia*

### **Dominio XI: Seguridad/Protección**

*Tabla 14: Diagnósticos Dominio XI de la paciente*

Riesgo de suicidio (00150) r/c efectos adversos del tratamiento farmacológico.
Riesgo de violencia dirigida a otros (00138) r/c impulsividad como síntoma del TDAH.

Riesgo de intoxicación (00037) r/c conocimiento insuficiente sobre el tratamiento farmacológico.

*Fuente: Realización propia*

## **Dominio XII: Confort**

*Tabla 15: Diagnósticos Dominio XII de la paciente*

Aislamiento social (00053) r/c conducta socialmente no aceptada m/p experimenta sentimientos de ser distinta a los demás.

*Fuente: Realización propia*

## **Dominio XIII: Crecimiento /Desarrollo**

*Tabla 16: Diagnósticos Dominio XIII de la paciente*

Riesgo de retraso en el desarrollo (00112) r/c efectos secundarios del tratamiento farmacológico.

*Fuente: Realización propia*

# PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES

Tabla 17: Diagnósticos de enfermería/Objetivos/Intervenciones

<b>NANDA (DIAGNÓSTICOS)</b>	<b>NOC (OBJETIVOS)</b>	<b>NIC (INTERVENCIONES)</b>
<b>(00078) Gestión ineficaz de la salud</b>	1600 Conducta de adhesión 3102 Autocontrol: enfermedad crónica 1813 Conocimiento: régimen terapéutico 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad	5602 Enseñanza: proceso enfermedad 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5270 Apoyo emocional 7110 Fomentar la implicación familiar
<b>(00080) Gestión ineficaz de la salud familiar</b>	1600 Conducta de adhesión 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional 1847 Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica 1813 Conocimiento: régimen terapéutico	5602 Enseñanza: proceso enfermedad 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 7110 Fomentar la implicación familiar 7140 Apoyo a la familia
<b>(00168) Estilo de vida sedentario</b>	1633 Participación en el ejercicio 1632 Conducta de cumplimiento: actividad prescrita 1805 Conocimiento: conducta sanitaria	0200 Fomento del ejercicio 0180 Manejo de la energía
<b>(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades)</b>	1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes 1014 Apetito 1626 Conducta de aumento de peso 1841 Conocimiento: manejo del peso	5246 Asesoramiento nutricional 1100 Manejo de la nutrición 4210 Manejo de líquidos 1160 Monitorización nutricional
(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable	2300 Nivel de glucemia 1902 Control del riesgo	2130 Manejo de la hipoglucemia 4035 Muestra de sangre capilar
(00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos	0602 Hidratación 1902 Control del riesgo	2080 Manejo de líquidos 6680 Monitorización de los signos vitales

(00011) Estreñimiento	0501 Eliminación intestinal 0602 Hidratación 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	0450 Manejo del estreñimiento /impactación 1100 Manejo de la nutrición 2080 Manejo de los líquidos
(00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional	0501 Eliminación intestinal 1622 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita	0440 Entrenamiento intestinal 0450 Manejo del estreñimiento 0460 Manejo de la diarrea
(00095) Insomnio	0004 Sueño 1604 Participación en actividades de ocio 2000 Calidad de vida	1850 Mejorar el sueño 0200 Fomento del ejercicio 5820 Disminución de la ansiedad
(00096) Deprivación del sueño	0004 Sueño 2301 Respuesta a la medicación 1633 Participación en el ejercicio	1850 Mejorar el sueño 2395 Control de la mediación 0200 Fomento del ejercicio
(00200) Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	0405 Perfusión tisular: cardíaca 1808 Conocimiento: medicación	2395 Control de la mediación 4050 Precauciones cardíacas 6680 Monitorización de los signos vitales
(00173) Riesgo de confusión aguda	0901 Orientación cognitiva 0905 Concentración 1904 Control del riesgo: consumo de drogas (psicoactivas)	2395 Control de la mediación 4700 Reestructuración cognitiva
(00126) Conocimientos deficientes	1805 Conocimiento: conducta sanitaria 1813 Conocimiento: régimen terapéutico 1600 Conducta de adhesión	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

(00222) Control de impulsos ineficaz	1405 Autocontrol de los impulsos 1302 Afrontamiento de problemas	4400 Musicoterapia 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales 2300 Administrar medicación
(00174) Riesgo de compromiso de la dignidad humana	3008 Satisfacción del paciente: protección de sus derechos 2002 Bienestar personal 1902 Control del riesgo	2395 Control de la mediación 5380 Potenciación de la seguridad 5426 Facilitar el crecimiento espiritual
(00225) Riesgo de trastorno de la identidad personal	1215 Conciencia de uno mismo 1902 Control del riesgo	2395 Control de la mediación
(00120) Baja autoestima situacional	1205 Autoestima 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida	5400 Potenciación de la autoestima 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento
(00063) Procesos familiares disfuncionales	2603 Integridad de la familia 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento 1601 Conducta de cumplimiento	7110 Estimulación de la integridad familiar 7150 Terapia familiar
(00056) Deterioro parental	2906 Desempeño del rol de padres: preescolar 2603 Integridad de la familia	5370 Potenciación de roles 7110 Fomentar la implicación familiar
(00159) Disposición para mejorar los procesos familiares m/p los padres expresan deseos de mejorar la dinámica familiar, de intentar comprender el problema que tiene su hija y lo que siente.	2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento	7100 Estimulación de la integridad familiar 7140 Apoyo a la familia

(00062) Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador	2210 Resistencia del papel del cuidador 2204 Relación entre cuidador principal y paciente 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos	7040 Apoyo al cuidador principal 5430 Grupo de apoyo 7100 Estimulación de la integridad familiar
(00074) Afrontamiento familiar comprometido	2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia	7110 Fomento de la implicación familiar 7200 Fomento de la normalización familiar 4410 Establecimiento de objetivos comunes 7210 Movilización familiar
(00075) Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	1805 Conocimiento: conducta sanitaria 1602 Conducta de fomento de la salud 2013 Equilibrio en el estilo de vida	5520 Facilitar el aprendizaje 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
(00146) Ansiedad	1211 Nivel de ansiedad 0915 Nivel de hiperactividad 3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico 1402 Autocontrol de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad 5240 Asesoramiento 5880 Técnica de relajación
(00199) Planificación ineficaz de las actividades	1635 Gestión del tiempo personal 1866 Conocimiento: gestión del tiempo 1601 Conducta de cumplimiento	4740 Llevar un diario 4480 Facilitar la autorresponsabilidad 4380 Establecer límites
(00150) Riesgo de suicidio	1902 Control del riesgo 3102 Autocontrol: enfermedad crónica 2603 Integridad de la familia	2395 Control de la medicación 6340 Prevención del suicidio
(00138) Riesgo de violencia dirigida a otros	1401 Autocontrol de la agresión 1405 Autocontrol de los impulsos 0915 Nivel de hiperactividad	4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 5880 Técnica de relajación 4380 Establecer límites

(00037) Riesgo de intoxicación	2006 Estado de salud personal 2103 Severidad de los síntomas 1808 Conocimiento: medicación	2395 Control de la medicación 6610 Identificación de riesgos 6650 Vigilancia 6680 Monitorización de los signos vitales
(00153) Aislamiento social	1503 Implicación social 1502 Habilidades de interacción social	5400 Potenciación de la autoestima 5270 Apoyo emocional 4362: Modificación de la conducta: habilidades sociales
(00112) Riesgo de retraso en el desarrollo	0108 Desarrollo infantil: segunda infancia 1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo	Fomentar el desarrollo: niños Enseñanza: nutrición del niño 6650 Vigilancia 6680 Monitorización de los signos vitales
Efectos adversos de la terapia medicamentosa	1808 Conocimientos: medicación	5616 Enseñanza medicamentos prescritos 8100 Derivación

Fuente: Realización propia a partir de libros NANDA/NOC/NIC

# **EJECUCIÓN**

Después de haber enunciado los diagnósticos de enfermería de la paciente, se seleccionan aquellos que deben desarrollarse para alcanzar los objetivos especificados del plan de cuidados.

## **SESIÓN 1**

Sara acude a la consulta de enfermería para realizar una valoración integral con respecto a su enfermedad y tratamiento. De los diagnósticos enunciados, por su especial relevancia, se trabajarán dos relacionados entre sí:

- Gestión ineficaz de la salud (00078)
- Gestión ineficaz de la salud familiar (00080)

Tras rellenar por separado (padres e hija) el Inventario DAI sobre adherencia terapéutica; se percibe una falta de adherencia terapéutica por varios factores causantes de dichos diagnósticos.

A través de la entrevista de enfermería se observa que la paciente no tiene una concepción de enfermedad, ni entiende en qué consiste su trastorno. Esa falta de entendimiento también es compartida por los padres, que tampoco les convence que sea medicada con psicoestimulantes. Se percibe un déficit de información en varios aspectos, pudiendo ser la responsable de la falta de adherencia.

Asimismo, la paciente manifiesta una serie de síntomas desde el inicio de la toma medicamentosa; pérdida de peso relacionada con disminución del apetito, dificultad para conciliar el sueño/permanecer dormida y mayor cansancio diurno que le dificulta la realización de actividad física adicional. Todos estos efectos adversos promueven un déficit de adherencia que queremos mejorar. Por ello, se decide abordar los siguientes diagnósticos:

- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales (00002)
- Estilo de vida sedentario (00168)



Tras percibir los factores responsables de la baja adherencia, se comienza con las intervenciones/actividades de los dos primeros diagnósticos:

*Tabla18: Intervenciones/Actividades de enfermería para diagnóstico "Gestión ineficaz de la salud"*

<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>
Enseñanza proceso enfermedad (5602)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el nivel de conocimientos de la paciente y familia relacionado con el proceso de enfermedad específico</li> <li>- Explicar las características del trastorno y su repercusión</li> <li>- Describir signos y síntomas de la enfermedad</li> <li>- Revisar y reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado</li> <li>- Proporcionar información al paciente y familia sobre la enfermedad</li> </ul>
Enseñanza medicamentos prescritos (5616)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento</li> <li>- Explicar cómo los profesionales de salud eligen la medicación más adecuada</li> <li>- Instruir acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.</li> <li>- Enseñar a aliviar/prevenir ciertos efectos secundarios</li> </ul>
Apoyo emocional (5270)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar la experiencia emocional con el paciente y familia</li> <li>- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias</li> <li>- Ayudar al paciente y familia a reconocer sentimientos</li> </ul>
Fomentar la implicación familiar (7110)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar la capacidad y disposición de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente</li> <li>- Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los familiares.</li> <li>- Animar al núcleo familiar a desarrollar un plan de cuidados para la paciente.</li> </ul>

*Fuente: Realización propia a partir de libro NIC*

En primer lugar, se explica conjuntamente a niña y padres las principales características del TDAH y luego se resuelven las dudas que les surgen. Además, se entrega un tríptico dónde aparece información complementaria. (Anexo 9)

A continuación, se exponen los principales métodos terapéuticos del TDAH. Se habla sobre el abordaje multimodal dando especial relevancia a la

terapia farmacológica; tipos, características de ésta, reacciones adversas de cada fármaco y el porqué de prescribir Metilfenidato para tratar a su hija.

Como complemento, se les entrega una hoja explicativa que recoge datos de cada fármaco (Anexo 10) para que puedan entender la aparición de los síntomas referidos por Sara desde la toma de Rubifen.

Por último, para valorar la conducta alimentaria de Sara, se pide que rellene un cuestionario de frecuencia de consumo hasta la siguiente sesión (Anexo 11).

## **SESIÓN 2**

Tras una semana, se concierta una cita con la paciente sin la presencia de sus padres. Se observa una actitud confortada; contesta con más predisposición las preguntas que se le realizan, manifestando mayor comprensión de su enfermedad/tratamiento.

Se valora el cuestionario que la paciente rellenó durante la semana previa; el consumo es variado pero escaso debido a la falta de apetito. Así pues, se establecen intervenciones y actividades relacionadas con el diagnóstico de desequilibrio nutricional:

*Tabla 19: Intervenciones/Actividades de enfermería del diagnóstico "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales"*

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Asesoramiento nutricional (5246)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas</li> <li>- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional</li> <li>- Proporcionar folletos informativos de guías alimentarias.</li> </ul>
Manejo de la nutrición (1100)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las preferencias alimentarias</li> <li>- Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad</li> <li>- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento</li> </ul>
Manejo de líquidos (4210)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar la ingesta de alimentos/líquidos.</li> </ul>

Monitorización nutricional  
(1160)

- Pesar al paciente
- Monitorizar el crecimiento y desarrollo
- Determinar los patrones de comidas

*Fuente: Realización propia a partir de libro NIC*

Se constata que la falta de apetito, junto con el insomnio y la somnolencia diurna son efectos secundarios característicos de los fármacos empleados para el TDAH. No obstante, se pueden desarrollar actividades que mitiguen dichos efectos, lo cual satisface a la paciente.

Después de identificar el número, la composición de sus comidas diarias y los grupos alimentarios preferidos de la paciente; se habla sobre hábitos alimenticios saludables para niños de su edad con ayuda de la rueda alimentaria.

Se explica la importancia de la variedad alimentaria y la ventaja de realizar pequeñas y numerosas comidas a lo largo del día para incrementar el apetito y mejorar el estado nutricional. Se aconseja el aporte de fibra mediante el consumo de frutas/verduras para disminuir el estreñimiento detectado en la valoración.

Como parte de la monitorización de parámetros de salud, se mide la talla y el peso de la paciente, señalando la importancia de su control periódico para la detección de posibles riesgos o alteraciones del crecimiento/desarrollo en relación con el tratamiento farmacológico.

Se pide a los padres que entren en consulta con la hija. Muestran un tono más relajado, dejando a la hija ser partícipe principal de las preguntas y anotaciones de la enfermera.

Para seguir trabajando la adherencia terapéutica, se decide abordar el estilo de vida sedentario de la paciente:

*Tabla 20: Intervenciones/Actividades de enfermería del diagnóstico "Estilo de vida sedentario"*

## **INTERVENCIONES**

## **ACTIVIDADES**

Fomento del ejercicio  
(0200)

- Determinar la motivación del individuo para empezar con el programa de ejercicios
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

Manejo de la energía  
(0180)

- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades
- Ayudar al paciente a programar periodos de descanso

*Fuente: Realización propia a partir del libro NIC*

Primero, se explica los beneficios del ejercicio físico; su eficacia para mitigar los síntomas nucleares del TDAH y su contribución en el crecimiento/desarrollo de la niña, además de que puede aumentar el apetito y disminuir el insomnio resultado de la toma de Metilfenidato.

Se aconseja realizar un deporte de equipo para favorecer las relaciones sociales. La familia debate y decide que Sara practique fútbol y baloncesto como actividades extraescolares del colegio, junto con las salidas en bicicleta que realizaban padre e hija anteriormente.

Se señala la importancia de beber agua durante el día (especialmente si hace ejercicio físico) y del descanso entre actividades. Para mejorar la capacidad organizativa de la paciente, se recomienda que rellene un diario donde poder planificarse.

Los padres parecen presentar mayor predisposición a colaborar con el plan de cuidados. Por ello, como complemento a nuestra intervención, se les pide que controlen la ingesta alimentaria e hídrica de Sara.

### **SESIÓN 3**

Un mes después, se cita a la paciente para otro control de peso/talla. El peso ha aumentado 500g y la talla es la misma; se percibe mejoría gracias a las intervenciones.

La paciente señala un incremento del apetito gracias al cambio en el patrón alimentario. Dicho cambio, además de mejorar el estreñimiento, disminuyó a su vez el cansancio diurno, lo que le permitió poder realizar más deporte, limitando con éste la dificultad para conciliar el sueño por la noche.

Sus padres comentan que la ven más centrada, interesada en su trastorno y motivada para continuar con las intervenciones.

Hay mejoría en las relaciones sociales gracias al equipo de fútbol (indica haber hecho amistad con varios niños). En el clima familiar se percibe mejor comunicación y apoyo mutuo.

La familia agradece las intervenciones y el conocimiento alcanzado. Para finalizar, se les anima a seguir con el plan de cuidados emprendido tanto paciente-enfermera-familia como paciente-familia.

## EVALUACIÓN

Para evaluar la consecución de los objetivos del PCE, se pide a la paciente y a los padres que rellenen las siguientes Escalas NOC antes y después de las intervenciones de enfermería para su comparación.

- **Determinar y mejorar la conducta de adhesión de la paciente:**

Tabla 21: Escala NOC del objetivo "conducta de adhesión"

INDICADORES	INICIAL	DIANA
Pregunta cuestiones	2	4
Busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes	1	4
Evalúa la precisión de la información sanitaria recibida	2	5
Utiliza información relacionada con la salud procedente de diversas fuentes para desarrollar estrategias	1	4
Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria	2	4
Proporciona razones para adoptar una pauta	3	4
Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre	1	3
Refiere el uso de estrategias para optimizar al máximo la salud	2	4

Utiliza los servicios de atención sanitaria de forma congruente con las necesidades	2	5
Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su energía y tolerancia	1	4
Describe razones para desviarse del régimen	2	3
Realiza auto-monitorización	1	4
<b>Puntuación:</b> Nunca demostrado=1      Raramente =2      A veces=3 Frecuentemente=4      Siempre=5		

Fuente: Realización propia a partir del libro NOC

- **Determinar y favorecer la conducta de adhesión de los padres:**

Tabla 22: Escala NOC del objetivo "conducta de adhesión"

INDICADORES	INICIAL	DIANA
Pregunta cuestiones	3	4
Busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes	3	5
Evalúa la precisión de la información sanitaria recibida	2	5
Utiliza información relacionada con la salud procedente de diversas fuentes para desarrollar estrategias	2	4
Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria	4	4
Proporciona razones para adoptar una pauta	3	4
Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre	2	4
Refiere el uso de estrategias para optimizar al máximo la salud	2	5
Utiliza los servicios de atención sanitaria de forma congruente con las necesidades	3	5
Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su energía y tolerancia	2	4
Describe razones para desviarse del régimen	3	4
Realiza auto-monitorización	1	4
<b>Puntuación:</b> Nunca demostrado=1      Raramente=2      A veces=3 Frecuentemente=4      Siempre=5		

Fuente: Realización propia a partir del libro NOC

Se observa que la conducta de adhesión, tanto de la hija como de los padres ha aumentado.

- **Determinar y mejorar la calidad de vida de la paciente:**

Tabla 23: Escala NOC del objetivo "calidad de vida"

INDICADORES	INICIAL	DIANA
Satisfacción con el estado de salud	2	3
Satisfacción con las condiciones sociales	1	3
Satisfacción con las condiciones medioambientales	3	4
Privacidad	2	3
Dignidad	2	3
Autonomía	2	4
Satisfacción con el estado económico	4	4
Satisfacción con el nivel educativo	1	4
Satisfacción con las relaciones íntimas	1	3
Satisfacción con los objetivos conseguido en la vida	1	3
Satisfacción con la capacidad de superación	1	4
Satisfacción con el concepto de sí mismo	2	5
Satisfacción con el estado de ánimo general	2	4
Independencia en las actividades de la vida diaria	4	4
<b>Puntuación:</b> No del todo satisfecho=1    Algo satisfecho=2    Moderadamente=3 Muy satisfecho=4    Completamente satisfecho=5		

Fuente: Realización propia a partir del libro NOC

Los indicadores muestran que la calidad de vida de la paciente ha mejorado durante las intervenciones de enfermería.

- **Favorecer la participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.**

Tabla 24: Escala NOC del objetivo "participación familiar en la asistencia sanitaria profesional"

INDICADORES	INICIAL	DIANA
Participa en la planificación de la asistencia	2	4
Participa en la prestación de la asistencia	3	5
Proporciona información de relevancia	3	4
Recibe información necesaria	1	4
Identifica factores que afectan a la asistencia	4	5

Participa en la determinación del tratamiento	1	4
Define las necesidades y los problemas importantes para la asistencia	2	4
Toma decisiones cuando el paciente no puede hacerlo	3	3
Colabora en las decisiones con el paciente	2	4
Colabora en el establecimiento de objetivos mutuos para la asistencia	2	4
Evalúa la efectividad de la asistencia	3	5
<b>Puntuación:</b> Nunca demostrado=1      Raramente=2      A veces=3 Frecuentemente=4      Siempre=5		

Fuente: Realización propia a partir del libro NOC

La participación familiar ha mejorado desde el inicio de las intervenciones de enfermería.

Comparando los resultados del antes y del después, se puede afirmar que los objetivos enunciados han sido logrados en mayor o menor medida, por ello se propone continuar con el plan de cuidados para poder abordar otros diagnósticos propuestos con sus correspondientes objetivos.

## CONCLUSIONES

- La intervención de enfermería dirigida hacia factores de adherencia (características del trastorno, complejidad del tratamiento, relación terapéutica sanitario-paciente y relaciones familiares), puede mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en niños con TDAH de edad infantil.
- Aportar conocimientos acerca de la enfermedad y tratamiento mejora la adherencia. La detección, control y seguimiento de efectos secundarios manifestados por la paciente fomenta el cumplimiento terapéutico.
- Se han enunciado diagnósticos de riesgo relacionados con efectos adversos del tratamiento cuya posibilidad de aparición dificultaba la adherencia terapéutica de hija y padres. La monitorización de parámetros de salud y el desarrollo de actividades para prevenir dichos efectos han mejorado la misma.



- Los efectos secundarios manifiestos en nuestra paciente son comunes con otros fármacos destinados al tratamiento del TDAH. Por ello, los diagnósticos enunciados en relación con dichos efectos, tanto reales como de riesgo, pueden generalizarse para otros niños tratados, teniendo en cuenta las necesidades y características específicas del paciente.
- En cuanto a las limitaciones, ha habido dificultad al encontrar abordaje enfermero porque se da más importancia a la prescripción médica que a la intervención de enfermería. La mejora de la adherencia de paciente y padres gracias a las actividades de enfermería nos indica que la colaboración de ésta podría ser de ayuda en el tratamiento de niños con TDAH.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N°2007/18.
2. López Ortuño J, Herrera Gutiérrez E (dir). Estudio descriptivo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): perfil psicoeducativo y comorbilidad en los diferentes subtipos [tesis doctoral en Internet]. [Murcia]: Universidad de Murcia; 2015 [citado 15 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/48105>
3. Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Déficit de Atención: aspectos generales. Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Educación, Cultura y Deporte.; 2009 p. 25-22.

4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017 Guías de Práctica Clínica en el SNS.
5. Serrano-Troncoso E, Guidi M, Alda-Díez JA. ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. Actas Españolas de Psiquiatría. 2013;41:44-51.
6. Tratamiento farmacológico en el TDAH [Internet]. Fundacioncadah.org. 2019 [citado 5 Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tratamiento-farmacologico-en-el-tdah.html>
7. Sandoval I. A, Acosta G. N, Crovetto G. F, León A. M. Enfrentamiento terapéutico del trastorno por déficit atencional en una población infantil escolar perteneciente a la Región Metropolitana de Chile. Revista chilena de neuro-psiquiatría [Internet]. 2009 [citado 24 Abril 2019];47(1):42-34. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0717-9227&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0717-9227&lng=es&nrm=iso)
8. Moreno García I, Delgado Pardo G, Sánchez Blanco J. Neurofeedback y adherencia terapéutica en el TDAH. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. [Internet]. 2013 [citado 24 April 2019];9:15-16. Available from: [http://institucionales.us.es/apcs/php/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=11](http://institucionales.us.es/apcs/php/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=11)
9. Cañas de Paz F, Roca Bennasar M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. España: Ars Medica; 2007. P. 3-13.

10. Miranda Aranda M, Colomer Simón A. Salud mental y enfermería. En; Comelles JM, Martonell MA, Bernal M, editores. Antropología y enfermería. 1ª ed. Tarragona: URV; 2010. P.142-100.
11. Ximena Ospina Piso K, Vivas Riaño M, Moreno Fergusson ME (dir). Afrontamiento Familiar de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Rol de enfermería. [trabajo final de grado e Internet]. [Chía]: Universidad de La Sabana; 2014 [citado 15 marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/10809>
12. Luna Delgado L, Moriones Jiménez O. Tratamiento del déficit de atención y trastorno de hiperactividad (TDAH) Implicaciones de enfermería. Revista de enfermería/ROL [Internet]. 2014 [citado 10 Abril 2019]. Disponible en: <http://www.e-rol.es/body.php>
13. Mojica Blanco A, Múrez Mojica N, Tierra Burguillo M. Actuación de Enfermería en el trastorno por déficit de atención - hiperactividad (TDAH). Revista Médica Electrónica Portales Médicos [Internet]. 2016 [cited 10 April 2019]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/trastorno-deficit-atencion-hiperactividad-tdah/>
14. Ugarte P. F. Medicina complementaria / alternativa en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastornos del estado de ánimo. Revista chilena de pediatría [Internet]. 2017 [citado 10 abril 2019];71(6). Disponible en: <http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped>
15. Palomino M, Pérez Guerrero C, Martín-Calero M. Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Pharmaceutical Care [Internet]. 2013 [citado 13 Abril 2019]; 15(4):147-156. Disponible en: <https://www.pharmaceuticalcare.org/controler.php?secc=index>
16. Álvarez Suarez J, Del Castillo Álvarez F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. 1st ed. Guijón: Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Área Sanitaria V; 2010 [citado 15 Marzo 2019]. Disponible en:

[https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%](https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20)

17. De las Cuevas C, Sanz E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud [Internet]. 2016[citado 14 Abril 2019];7(1):25-30. Disponible en:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-psicologia-salud-152-articulo-metodos-valoracion-adherencia-al-tratamiento-S2171206915000174>
18. Constaín A, Gázquez de los ÁR, Jimenez AR, Vasquez MG, Cardona M, Vélez C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. Atención Primaria [Internet]. 2017 [cited 16 Marzo 2019];49:13-206. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5917595>
19. Rojas-Barahona C, Zegers P. B, Förster M C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Revista médica de Chile [Internet]. 2009 [cited 15 Abril 2019];137(6):791-800. Disponible en: <http://revmedchile.org/>
20. Breinbauer K. H, Vásquez V. H, Mayanz S. S, Guerra C, Millán K. T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile [Internet]. 2009 [cited 12 April 2019];137(5):657-665. Available from: <http://revmedchile.org/>
21. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin, 2003. 120(18): p. 693-700.
22. Suarez Cuba A, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar defunción familiar [Internet]. Revista Médica La Paz. 2014 [cited 15 April 2019]. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext)

23. Herdman T.H, Kamitsuru S. NANDA International, Inc.: diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación: 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
24. Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
25. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7th ed. Madrid: Elsevier; 2019.
26. Gutiérrez Miras MG. Trastornos mentales y del comportamiento (F01-F99). En: Pato Alonso S, Navalón Cebrián R, Pastor Sanmillan MD, editores. Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos [Internet]. 1st ed. España: Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [cited 7 April 2019]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT\\_MANUAL\\_DIAG\\_2016\\_prov1.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf)
27. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición. Arlington VA: Editorial Médica Panamericana; 2013.
28. Trinidad Rodríguez I, Fernández Ballart J, Cucó Pastor G, Biarnés Jordà E, Arija Val V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. Nutrición hospitalaria [Internet]. 2008 [cited 18 March 2019];23(3):242-252. Disponible en: [https://www.nutricionhospitalaria.org/#!](https://www.nutricionhospitalaria.org/)

# ANEXOS

## ANEXO 1

Criterios de CIE-10 para el diagnóstico de TDAH<sup>26</sup>.

### **Déficit de atención** (mínimo 6 durante 6 meses)

- Frecuente incapacidad para atender a detalles, errores por descuido en las labores escolares y otras actividades
- Reiterada incapacidad para mantener atención en tareas o juegos.
- A menudo parece no escuchar lo que se le comunica.
- Imposibilidad continua para cumplir con las tareas escolares asignadas u otras.
- Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades
- A menudo evita o siente incomodidad ante tareas, como deberes escolares, que precisan de un esfuerzo mental mantenido
- Habitualmente pierde objetos necesarios para tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
- Se distrae con facilidad ante estímulos externos
- Suele ser olvidadizo durante la realización de las actividades diarias

### **Hiperactividad** (mínimo 3 durante 6 meses)

- Con frecuencia parece inquieto, con movimientos en manos y/o pies o removiéndose en el asiento
- Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que debe permanecer sentado.
- Comúnmente corre o trepa en exceso en situaciones no apropiadas.
- Muy ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades de ocio.
- Manifiesta un patrón de actividad motora excesiva, no modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

### **Impulsividad** (al menos 1 durante 6 meses)

- Frecuentemente hace exclamaciones o responde con anterioridad a la finalización de las preguntas.

- A menudo muestra incapacidad de guardar su turno en la cola o en otras situaciones grupales.
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos ajenos.
- Con frecuencia habla demasiado sin poder contenerse ante las consideraciones sociales

**Además, se debe cumplir que:**

- El inicio del trastorno es antes de los siete años
- Los criterios deben cumplirse en más de una situación
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad causan malestar clínicamente significativo o una alteración en el ámbito social/académico/laboral
- No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo, trastorno de ansiedad u otros.

Criterios del DSM-V para el diagnóstico de TDAH<sup>27</sup>.

**Déficit de atención:** Seis o más síntomas de falta de atención para niños de hasta 16 años; cinco o más para chicos de 17 años o más y adultos; los síntomas de falta de atención han estado presentes durante al menos 6 meses y son inadecuados para el nivel de desarrollo:

- A menudo presta poca atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar, en el trabajo u otros.
- A menudo tiene problemas para mantener la atención en tareas o juegos
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo, no sigue las instrucciones y no finaliza los deberes escolares, las tareas o los deberes en el lugar de trabajo.
- A menudo tiene problemas para organizarse.
- A menudo evita/no le gusta hacer tareas que requieren esfuerzo mental durante un período de tiempo largo.
- A menudo pierde cosas necesarias para tareas y actividades.
- A menudo se distrae con facilidad
- Es a menudo olvidadizo en las actividades cotidianas.

**Hiperactividad e impulsividad:** Seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad para niños de hasta 16 años, o cinco o más para chicos de 17 años o más y adultos; Los síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes durante al menos 6 meses en un grado que es perjudicial e inadecuado para el nivel de desarrollo de la persona:

- A menudo se agita con las manos o los pies, se golpea o se retuerce en el asiento.
- A menudo se levanta en situaciones en las que se espera permanecer sentado.
- A menudo corre o sube en situaciones donde es inapropiado
- A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio sin emitir sonido
- A menudo actúa sobre la marcha, como si fuera impulsado por un motor
- A menudo habla demasiado.
- A menudo emite una respuesta antes de que la pregunta haya sido completada.
- A menudo tiene problemas para esperar su turno.
- A menudo interrumpe a los demás.

**Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:**

- Varios síntomas de déficit de atención o hiperactivos-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- Varios síntomas están presentes en dos o más entornos (como en la casa, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
- Existe evidencia clara de que los síntomas afectan o disminuyen la calidad del funcionamiento social, escolar o laboral.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (como un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad, un trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).



## ANEXO 2

Ilustración 1: *Escala EDAH*

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata solución a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACIONES	BAREMO	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
	PD					
	CENTIL					

Fuente: (2)

## ANEXO 3

Tabla 25: *Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI)*

<b>1. Para mí, lo bueno supera a lo malo</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
<b>2. Me siento raro/a, como un zombi con la medicación.</b>	Verdadero	Falso
<b>3. Tomo medicación por decisión mía</b>	Verdadero	Falso
<b>4. La medicación hace que me sienta más relajado/a</b>	Verdadero	Falso
<b>5. La medicación hace que me sienta cansado y lento/a</b>	Verdadero	Falso
<b>6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a</b>	Verdadero	Falso
<b>7. Me siento más normal con la medicación</b>	Verdadero	Falso
<b>8. Es antinatural para mi mente y cuerpo estar controlado por medicación</b>	Verdadero	Falso
<b>9. Mis pensamientos son más claros con medicación</b>	Verdadero	Falso
<b>10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo</b>	Verdadero	Falso

Fuente: Realización propia a partir de (17)

## ANEXO 4

Ilustración 2: Escala EAT-26

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Fuente: (18)

## ANEXO 5

Ilustración 3: Escala de autoestima de Rosenberg

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Fuente: (19)

## ANEXO 6

Ilustración 4: *Escala de sobrecarga del cuidador Zarit*

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

Fuente: (20)

## ANEXO 7

Tabla 26: *Escala de ansiedad de Hamilton*

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, dificultad para relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> Oscuridad, desconocidos, quedarse solo, animales grandes, tráfico, multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, poca memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones,	0	1	2	3	4

depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
<b>7. <u>Síntomas somáticos generales (musculares)</u></b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. <u>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</u></b> Zumbidos en oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad o de hormigueo.	0	1	3	3	4
<b>9. <u>Síntomas cardiovasculares.</u></b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. <u>Síntomas respiratorios.</u></b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. <u>Síntomas gastrointestinales.</u></b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. <u>Síntomas genitourinarios.</u></b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. <u>Síntomas autónomos.</u></b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. <u>Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</u></b> Tensión, sin relajación, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria mayor de 20 res/min, sacudidas enérgicas en tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudor, tics en párpados.	0	1	2	3	4

Fuente: Realización propia a partir de (21)

## ANEXO 8

Ilustración 5: *Test Apgar familiar infantil*

FUNCIÓN	Casi nunca (0 puntos)	Algunas veces (1 puntos)	Casi siempre (2 puntos)
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera en la que mi familia habla y comparte sus problemas conmigo.			
Me gusta cómo mi familia me permite hacer las cosas nuevas que quiero hacer.			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy feliz, triste, enfadado/a...			
Me gusta cómo mi familia y yo compartimos tiempo juntos.			

Fuente: (22)

## ANEXO 9

Tríptico: *Descubriendo el TDAH*

<p><b>¿Qué es el TDAH?</b></p> <p>Es un trastorno de conducta de origen neurobiológico en el que el niño:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiene dificultad para <b>atender</b></li> <li>2. Se <b>distrae</b> fácilmente</li> <li>3. Puede presentar problemas de <b>ansiedad</b></li> <li>4. Se muestra <b>agresivo</b> cuando no consigue lo que quiere</li> <li>5. Muestra exceso de <b>afectividad</b></li> </ol> <p><b>¿Puede ser mi hijo un "niño movido" y no un TDAH?</b></p> <p>Existe confusión entre estos términos, pero se diferencian en varios aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un "niño movido" se distrae sólo cuando algo no le motiva suficiente, pero cuando le interesa presta atención.</li> <li>- Puede ser travieso, pero no implica ser violento.</li> <li>- Puede desobedecer, pero sabe dónde están los límites de conducta.</li> <li>- Se relaciona bien socialmente.</li> </ul> <p><b>Por no olvidar, que es un comportamiento normal en todos los niños.</b></p>	<p><b>¿Hay muchos casos como el de mi hijo?</b></p> <p>En España, su prevalencia oscila entre el <b>3 y el 10%</b>. A nivel mundial es del <b>5%</b> en niños y del <b>2/5%</b> en adultos.</p> <p>Cada vez hay un mayor número de niños diagnosticados de TDAH, los cuales no terminan de entender las características de éste.</p> <p><b>¿Qué tratamientos más comunes hay?</b></p> <p>Hay tres tipos; <b>el farmacológico</b> (dónde los más comunes son los psicoestimulantes como el metilfenidato y los no estimulantes como la atomoxetina), <b>el psicológico</b> y la <b>psicoeducación</b>. No obstante, el mejor tratamiento es aquel que combina las tres modalidades.</p> <p>El tipo de fármaco elegido dependerá de las características del niño, del trastorno y de la elección de la familia.</p>	<p><b>¿Existen asociaciones de niños con TDAH?</b></p> <p>En España existen múltiples asociaciones de niños con TDAH. En Zaragoza destacan dos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AATEDA</b></li> <li>• <b>ATENCIONA</b></li> </ul> <p>En el resto de <b>comunidades</b> autónomas también hay varias.</p> <p>Si desea recabar más información sobre el TDAH, hay una fundación conocida como <b>CADAH</b> que recopila muchos datos sobre dicho trastorno.</p> <p>Puede encontrarla en la siguiente dirección: <a href="http://www.fundacióncadah.org">www.fundacióncadah.org</a></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>(1)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(2)</p> </div> </div>
---	---	--

## DESCUBRIENDO EL TDAH

No puedo dormir por déficit de atención

Cuenta ovejas

Una oveja, dos ovejas, pato, cabra, en la granja de pepito eeee macarena

1. Fundación CADAH. Logo fundación CADAH [Internet]. [cited 13 April 2019]. Available from: <https://www.fundacioncadah.org/iveb/>

2. Elisa **Arbau**. LAS INVESTIGACIONES SUGIEREN QUE LOS NIÑOS CON LESIONES CEREBRALES TIENEN UN MAYOR RIESGO DE TDAH [Internet]. 2019 [cited 13 April 2019]. Available from: <http://www.elisarbau.com/las-investigaciones-sugieren-los-ninos-lesiones-cerebrales-tienen-mayor-riesgo-tdah/>

**Contacta con nosotros en:**

- Centro de salud de atención primaria
- Hospital Universitario Miguel Servet
- Hospital Universitario Clínico Lozano Blesa

Fuente: Realización propia a partir de (1,3,4,6)

## ANEXO 10

Tabla 27: Características de los principales fármacos empleados para tratar el TDAH

FÁRMACO	MECANISMO DE ACCIÓN	EFECTO	REACCIONES ADVERSAS	OBSERVACIONES
<b>Metilfenidato</b>	Psicoestimulante. Disminuye la recaptación de Dopamina (DA) y Noradrenalina (NA)	<p><b>*Rubifen:</b> inicio a los 20min, duración de 2 a 4 horas.</p> <p><b>*Concerta:</b> inicio en 1-2 horas y duración de 10-12 horas.</p> <p><b>*Medikinet:</b> duración de 7 horas. Una o dos tomas al día.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de apetito, peso y altura</li> <li>- Cefaleas, mareos, hiperactividad psicomotriz, somnolencia</li> <li>- Insomnio, nerviosismo</li> <li>- Anorexia, agresividad, comportamiento anormal.</li> <li>- Arritmia, taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, aumento TA, muerte súbita en niños con anomalías cardiacas.</li> <li>- Hipertensión, aumento del ritmo cardiaco, cambios en la presión sanguínea.</li> </ul>	<p><b>*Rubifen:</b> liberación inmediata</p> <p><b>*Concreta:</b> liberación inmediata (22%) y liberación prolongada (78%).</p> <p><b>*Medikinet:</b> liberación inmediata (50%) y liberación prolongada (50%).</p> <p>Los pacientes que toman MTF por vía oral a dosis usual no desarrollan adicción. Fuerte dependencia psíquica y puede haber un episodio psicótico. Es el único estimulante indicado para el tratamiento del TDAH disponible en España, y es el fármaco de primera elección desde</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estreñimiento, dolor abdominal superior, diarrea, vómitos, boca seca.</li> </ul>	su comercialización en mayo de 1981.
<b>Lisdexanfetamina</b>	<p>Psicoestimulante. Aumenta liberación de DA y NA y disminuye su recaptación junto con la monoaminoxidasa.</p>	<p>Vía oral. Una toma al día por la mañana, en ayunas o tras las comidas. Efecto de 1'5 a 13 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cansancio intenso</li> <li>- Problemas de sueño</li> <li>- Depresión</li> <li>- Anorexia, pérdida de peso. Es importante el control del crecimiento del niño.</li> </ul>	<p>Autorizado en EEUU en niños y adultos.</p> <p>Dosis independiente del peso. Máxima de 70mg/día.</p> <p>Adicción rara porque tarda en actuar demasiado. Más probable si ha abusado del alcohol o drogas.</p> <p>Puede haber síndrome de abstinencia si se usa durante periodos prolongados y/o en dosis altas.</p>
<b>Atomoxetina</b>	<p>No psicoestimulante. Disminuye recaptación de NA</p>	<p>Su efecto empieza a notarse a los 15 días tras su primera administración. Su duración es de 24 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de apetito y peso, anorexia</li> <li>- Cefalea, somnolencia, mareos, síncope, temblor, migrañas.</li> <li>- Insomnio, cambios de humor, irritabilidad.</li> <li>- Agresividad, labilidad emocional, suicidio, psicosis, depresión.</li> <li>- Palpitaciones, taquicardia sinusal.</li> <li>- Aumento presión arterial y frecuencia cardiaca.</li> <li>- Fenómeno Raynaud.</li> <li>- Dolor abdominal, náuseas, diarrea, estreñimiento, dispepsia.</li> </ul>	<p>Se puede tomar con o sin alimentos.</p> <p>Opción en menores cuando MTF no es viable o riesgo de abuso de psicoestimulantes.</p>
<b>Modafinilo</b>	<p>Psicoestimulante. Aumenta actividad adrenérgica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de peso, anorexia.</li> <li>- Cefalea</li> <li>- Insomnio, ansiedad, nerviosismo.</li> <li>- Sequedad bucal, náuseas, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento.</li> <li>- Manifestaciones cutáneas, reacciones multiorgánicas de hipersensibilidad</li> </ul>	<p>En España no está indicado para el TDAH. Fármaco de reserva en otros países.</p> <p>Tiene un techo en 400mg.</p> <p>Se desconocen sus efectos a largo plazo (sólo tras 2'5 años consumiendo)</p> <p>No produce adicción (algunos autores dicen que sí.)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taquicardia, dolor anginoso precordial.</li> <li>- Depresión y tendencia autolesiva.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Fuente: Realización propia a partir de (3,4,15)

## ANEXO 11

Tabla 28: Cuestionario de frecuencia de consumo alimentario

Grupos de alimentos	Nunca	Pocas veces/s emana	Varias veces/s emana	Una vez/día	Varias veces/día	Alimentos
Féculas y pasta						Pasta, patatas, arroz, pan
Legumbres y verduras						Judías, lentejas, acelga, borraja
Pescados						Merluza, sardina, gallo
Carnes						Cordero, pollo, ternera
Huevos						Fritos, tortilla, cocidos
Frutas frescas						Naranja, pera, plátano, manzana
Frutos secos						Cacahuets, pistachos, nueces
Dulces						Pasteles, caramelos
Leches y derivados						Helado, yogur, queso
Otras bebidas						Coca-cola, Naranjada, cerveza, vino
Otros						

Fuente: Realización propia a partir de (28)