



**Universidad**  
Zaragoza

**Trabajo Fin de Grado**

**Programa de salud dirigido a padres y  
profesores de niños con Trastorno de Déficit de  
Atención e Hiperactividad**

**Health program focused on parents and teachers of  
children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder**

**Autora**

**Andrea Martínez Calonge**

**Director**

**Jesús Fleta Zaragozano**

**Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza**

**2019/2020**

# ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS .....	8
METODOLOGÍA .....	9
DESARROLLO .....	11
Sesión 1 .....	12
Sesión 2 .....	12
Sesión 3 .....	13
Sesión 4 .....	14
EVALUACIÓN .....	17
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXOS .....	21
Anexo 1 .....	21
Anexo 2.....	22
Anexo 3.....	27
Anexo 4.....	31
Anexo 5.....	32
Anexo 6.....	33
Anexo 7.....	35
Anexo 8.....	36
Anexo 9.....	37

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, de etiología frecuente entre niños y adolescentes, que produce hiperactividad, impulsividad y una capacidad de atención inadecuada para lo esperable según el grado de desarrollo, impidiendo las actividades diarias y el adecuado control de sus emociones. Afecta aproximadamente al 5% de los niños a nivel mundial y puede cronificarse, aunque su presencia no es constante, variando en su intensidad y el nivel de interferencia funcional del individuo. Se encuentra entre los desórdenes psicológicos más investigados en las últimas décadas, ya que se observa en todos los países y culturas y se está dando un aumento del número de casos; además, el uso de fármacos psicoestimulantes en menores puede dar lugar a cierta controversia.

**Objetivo:** El objetivo principal de este programa de salud es enseñar a padres y profesores nociones básicas sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, así como pautas y herramientas para que puedan entender mejor el proceso de la enfermedad y por tanto dar una mejor atención a los niños diagnosticados, de forma interdisciplinar junto con el personal de Atención Primaria.

**Metodología:** Para la realización de este programa de salud se procede a realizar una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cuiden, Science Direct y Google Scholar, así como material de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza.

**Conclusiones:** El TDAH sigue siendo un trastorno con gran controversia y disparidad de opiniones en cuanto a la validez de su diagnóstico y tratamiento, ya que nunca se presenta de la misma manera y no tiene síntomas patognomónicos claros. Por tanto, requiere de investigación continua y educación sanitaria a las personas responsables del cuidado y educación de estos niños, especialmente padres y profesores, para lo que la enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental.

**Palabras clave:** TDAH, enfermería, síntomas, prevalencia, tratamiento, infancia

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder, of frequent etiology among children and adolescents, that produces hyperactivity, impulsiveness and an inadequate attention span for what is expected according to the degree of development, preventing daily activities and adequate control of their emotions. It affects approximately 5% of children worldwide and can be chronic, although its presence is not constant, varying in its intensity and the level of functional interference of the individual. It is among the most investigated psychological disorders in recent decades, since it is observed in all countries and cultures and there is an increase in the number of cases; Furthermore, the use of psychostimulatory drugs in minors may give rise to some controversy.

**Objective:** The main objective of this health program is to teach parents and teachers basic notions about attention deficit hyperactivity disorder, as well as guidelines and tools so that they can have better understanding of the disease process and therefore provide better attention to diagnosed children, in an interdisciplinary method with the Primary Care staff.

**Methodology:** This health program has been carried out with a bibliographic search of related articles in databases such as Pubmed, Scielo, Cuiden, Science Direct and Google Scholar, as well as material from the University of Zaragoza's library.

**Conclusions:** ADHD continues to be a controversial Disorder, with disparate opinions regarding the validity of its diagnosis and treatment, because it never presents in the same way and does not have clear pathognomonic symptoms. Therefore, it requires continuous research and health education to the people responsible for the care and education of these children (especially parents and teachers), for which the Primary Care nurse plays a fundamental role.

**Key words:** ADHD, nursing, symptoms, prevalence, treatment, childhood

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, de etiología frecuente entre niños y adolescentes, que produce hiperactividad, impulsividad y una capacidad de atención inadecuada para lo esperable según el grado de desarrollo, impidiendo las actividades diarias y el adecuado control de sus emociones. Afecta aproximadamente al 5% de los niños a nivel mundial y puede cronificarse, aunque su intensidad e interferencia funcional varían según la persona (1, 2, 3, 4).

Es uno de los diagnósticos más frecuentes en psiquiatría pediátrica y psicología clínica, y el más común entre la infancia y la juventud: supone el 30% de las consultas tanto en servicios ambulatorios como centros privados. Un 5.29% corresponde a la prevalencia mundial, encontrándose las mayores cifras en África y Suramérica, aunque los metaanálisis más recientes estiman una prevalencia global entre el 3 y el 7%. En España, se estima que afecta al 3-7 % de los niños en edad escolar, lo que equivale a uno o dos niños por aula. Otros estudios establecen una prevalencia entre el 1,2-4,6% en niños entre 4 y 17 años, según el criterio diagnóstico empleado, aunque todavía no hay una estimación fiable en adultos (1, 3, 4, 5, 6, 7).

Además, se muestra que el TDAH es más frecuente en niños que en niñas, con una relación de 2:1, así como una mayor prevalencia en niños menores (de 6 a 11 años) con un 62,7%, en comparación a los sujetos mayores de 12 años, con un 37,3% (1, 5).

Sin embargo, es imposible explicar la alta prevalencia actual del TDAH mediante un solo factor, sino por un conjunto de ellos, entre los que destaca la disparidad en el uso de criterios, instrumentos y escalas de juicio clínico (8).

Los síntomas no debutan ni repercuten igual en la edad infantil que en las posteriores; mientras en la niñez y preadolescencia domina la hiperactividad, en la adolescencia y en la edad adulta prevalece la inatención. Los estudios de seguimiento de niños con TDAH hasta la edad adulta temprana muestran que éste persiste en más del 50% de los casos; es acompañado por una psicopatología significativa, dificultades emocionales, incrementa el riesgo de tener problemas laborales y problemas con la ley (8, 9, 10).

El DSM-V y el CIE-11 diferencian tres tipos de presentación clínica, cuyos síntomas característicos quedan reflejados en el Anexo 1. Estas presentaciones pueden variar a lo largo del desarrollo de la persona. Además, se puede padecer el trastorno en grado leve, moderado o severo, según el número de síntomas que se experimentan y cuán dificultosos hacen la vida cotidiana (2, 6, 11, 12).

Tiene un fuerte componente genético: hasta el 80% de los casos presenta un familiar con las mismas características. Aunque la etiología es todavía desconocida, probablemente es la combinación de la herencia genética, el ambiente, el funcionamiento de varias regiones cerebrales y la actividad neurotransmisora. Los estudios de gemelos estiman la heredabilidad en torno al 60% -70%. Si una persona de la familia es diagnosticada de TDAH, hay un 25-35 % de probabilidad de que otro miembro de la misma tenga éste u otros trastornos psiquiátricos de adulto (5, 6, 10).

Las personas con TDAH tienen más probabilidad de sufrir otros trastornos y alteraciones mentales. Entre los más frecuentes se encuentra el trastorno negativista desafiante (40%), trastorno de conducta (14%) y trastornos de aprendizaje (trastorno de la lectura, escritura y cálculo), así como el trastorno de ansiedad y del estado de ánimo (34%). También conlleva un alto riesgo de padecer de baja autoestima y competencia personal, por las frustraciones y fracasos acumulados al no responder adecuadamente a las demandas y expectativas de su entorno. Igualmente, se ha visto que puede afectar a las relaciones familiares, causando mayor disfuncionalidad. Los padres muestran elevados niveles de estrés, ansiedad y depresión, especialmente las madres. También es probable que los profesores padezcan de frustración y estrés, llevándoles a dejar a estos niños como "casos perdidos" (3,9).

Los niños con TDAH pueden presentar comportamientos típicos de una población infantil normal, lo que puede llevar a una incertidumbre en el diagnóstico. Uno de los métodos diagnósticos más empleados en la práctica clínica es el recogido en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V) (Anexo 3), el cual indica que el TDAH es caracterizado por un elevado nivel de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, lo que tiene un impacto significativo en el ámbito académico, social y personal del niño. Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una

atención mental sostenida, o que carecen de atractivo o novedad intrínseca. También tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo (3, 9, 10, 13).

Este diagnóstico debe ir complementado del uso de escalas; entre las más comunes se encuentra la *escala de Conners*, cuyo objetivo es detectar la presencia de TDAH y otros problemas asociados, mediante la evaluación de la información recogida de padres y profesores. Existen la forma completa y la abreviada, siendo esta última la empleada en este programa de salud (Anexo 2). Otros ejemplos son la *escala EDAH*, la cual es una versión castellana revisada de la escala de conducta de Conners para profesores en población adolescente, la *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV (ADHD RS-IV)* o la *escala e-TDAH*, formada por tres subescalas, que incluyen la sintomatología nuclear del TDAH y las dificultades concomitantes al mismo. Dispone del modelo escolar y familiar, y ambas versiones deben aplicarse conjuntamente para obtener las puntuaciones y el informe de la prueba (8, 14, 15, 16, 17).

El diagnóstico puede tener efectos positivos, ya que la conducta puede tratarse a partir de ese momento; pero también negativos, ya que el niño recibe una etiqueta que puede convertirse en una desventaja si ésta es incorrecta y el tratamiento inadecuado. Las definiciones del DSM-V han demostrado ser poco específicas al conceder el mismo peso a todos los síntomas, siendo que la evidencia señala que no todos tienen la misma capacidad para predecir el trastorno. Esto puede llevar a interpretaciones erróneas y estigmatización innecesarias, para lo que es necesario el trabajo interdisciplinar y una buena comunicación entre profesionales (10).

La enfermera de pediatría desarrolla un papel fundamental en el diagnóstico precoz de niños con TDAH, mediante las visitas del programa de atención al niño sano, siendo las revisiones clave las de 6 y 8 años. A través de la observación, la enfermera es capaz de realizar una valoración física del niño y recoger datos sobre los síntomas más característicos, además de evaluar la apariencia, el estado de ánimo o los sentimientos. La historia de enfermería puede revelar un estado de ánimo deprimido secundario al trastorno y/o el aumento de la actividad motriz, junto con el incremento de las distracciones del niño. También se debe prestar especial atención a problemas visuales y

auditivos, para descartar que el bajo rendimiento escolar o la falta de atención se deban a ello (6).

La entrevista con padres y niños también supone otro método fundamental para obtener información sobre la situación personal. Asimismo, sirve para determinar los síntomas más característicos, su duración, frecuencia, severidad y la edad de aparición. Lo más recomendable es entrevistarlos de forma separada. La historia escolar puede proporcionar información importante sobre las relaciones interpersonales, las dificultades de aprendizaje, la auto percepción y la capacidad de participar en actividades organizadas o no organizadas. Ésta puede completarse con la información dada por los profesores de educación primaria sobre la conducta del niño en la escuela (6).

En cuanto al tratamiento farmacológico (Anexo 4), se conoce el efecto beneficioso sobre las conductas hiperactivas desde hace más de 70 años: reducen los síntomas, mejorando el rendimiento escolar, el comportamiento y las relaciones. Al mismo tiempo, potencian el efecto de las intervenciones psicológicas, psicopedagógicas y educativas que cada vez tienen más peso en el tratamiento combinado, donde la enfermería juega un papel fundamental (6, 10).

Una de las mayores preocupaciones de este tratamiento es la presencia de efectos secundarios, tales como retraso en el inicio del sueño, reducción del apetito, pérdida de peso, cefaleas, dolores de estómago, boca seca, etc. Sin embargo, hay otros que no son ciertos, como la adicción, la sedación o la falta de crecimiento. No hay que olvidar que los beneficios son mayores que los perjuicios, y los padres necesitan respuestas acerca de la eficacia de los tratamientos antes de optar por la medicación estimulante como primera opción, lo que también ayuda a que no recurran a intervenciones "mágicas" o simplemente crean que el tratamiento va a ser perjudicial para sus hijos (5, 6, 10).

El tratamiento no farmacológico, es decir, las intervenciones psicoeducativas, sociales o de modificación de conducta, han demostrado mejorar los trastornos derivados, la autoestima, los problemas socio-familiares y la calidad de vida del paciente y su familia. Por tanto es muy recomendable,



especialmente en combinación con el farmacológico; ayuda a alcanzar los mismos beneficios terapéuticos con menor dosis de fármaco, reduce los síntomas nucleares y logra mayor aceptación del proceso del trastorno (3, 6, 18).

Se recomienda el tratamiento combinado como de primera elección, seguido del tratamiento farmacológico y, en último lugar, del tratamiento no farmacológico exclusivo. La evidencia señala que los niños que reciben el tratamiento combinado llevan el mismo ritmo que aquellos sin TDAH, mientras que, en los niños solo con medicación persisten los síntomas. Sin embargo, estos dos últimos presentan mayor reducción de los síntomas que el tratamiento psicosocial exclusivo (6, 18, 19).

La enfermera es una figura muy importante a la hora del diagnóstico y seguimiento de estos niños, siendo la enfermera de pediatría la que más accesible tiene esta labor. Una formación adecuada para saber distinguir los síntomas y cómo actuar al respecto es de gran ayuda para el tratamiento y beneficio de estos pacientes. Igualmente, sirve como nexo de unión entre padres, profesores y niños para que dentro de lo posible esté bien tratado en todas las esferas de su vida. El rol principal de la enfermera en el tratamiento combinado es aumentar el compromiso de la familia con el mismo. Para ello, es necesario emplear estrategias efectivas para el cambio. Todo ello es posible a través de la Educación para la Salud y la puesta en marcha de programas de salud como el actual.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo principal**

Dar a conocer la sintomatología básica del TDAH y su afección de la vida diaria a los padres y profesores de los niños diagnosticados de 6 a 11 años, para llevar a cabo un tratamiento adecuado en casa y en la escuela y mejorar así su calidad de vida.

### **Objetivos específicos**

- Descartar mitos y falsas creencias acerca del TDAH.
- Enseñar a estas personas a tratar con estos niños en casa y el colegio, para facilitar su adaptación a las diferentes esferas de la vida, dando consejos y formas de actuación en base a evidencia científica.
- Concienciar acerca de la importancia del tratamiento interdisciplinar de estos niños, incluyendo a la enfermera en el mismo.
- Aumentar la calidad de vida de estos niños y evitar la aparición de complicaciones asociadas dentro de lo posible.

## **METODOLOGÍA**

Se trata de un programa para la salud diseñado especialmente para profesores y padres para abordar de forma conjunta los principales problemas derivados del síndrome en la conducta de los niños afectos. Se pretende ponerlo en marcha en el Centro de Salud Delicias Sur, ya que es el barrio con mayor densidad de población de Zaragoza (30.987,89), además de donde más población extranjera se encuentra, con mayor vulnerabilidad social asociada (20).

La captación se realizará a través de carteles informativos colocados por el barrio de Delicias de Zaragoza, colegios e institutos de la zona y el Centro de Salud Delicias Sur. También será informado en la consulta de enfermería a padres y madres y a través de redes sociales como Facebook, Twitter e Instagram.

Para verificar el impacto del programa de salud, se realizarán encuestas de valoración y satisfacción a los participantes de las sesiones, así como un control programado por la enfermera pediátrica del CS de sus pacientes diagnosticados.

La educación para la salud se impartirá a través de evidencia científica y búsqueda bibliográfica por parte de una o dos enfermeras, junto con la ayuda de un psiquiatra pediátrico especialista en la materia si fuera necesario.

Con este programa se espera conseguir educar a padres y profesores para que puedan actuar correctamente con los niños, además de resolver las posibles dudas que pudieran tener. También se espera que aumente la relación terapéutica con las enfermeras del centro, lo que facilita el seguimiento y posibles cambios de tratamiento y comportamiento de los niños.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos a través de bases de datos, recogidas en la siguiente tabla:

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EMPLEADOS
<b>Pubmed</b>	25	3
<b>Scielo</b>	82	2
<b>Cuiden</b>	27	2
<b>Science Direct</b>	32	2
<b>Google Scholar</b>	50	5

También se han empleado otros artículos recogidos de las referencias bibliográficas de los artículos obtenidos mediante búsqueda bibliográfica y libros de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza.

La preparación del programa de salud tendrá lugar de febrero a abril, mientras que la captación comenzará en mayo y las actividades en septiembre, antes del comienzo del curso escolar. Queda reflejado en este

*Diagrama de Gantt:*

ACTIVIDADES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	SEPTIEMBRE				JUNIO
					5	6	7	21	
Búsqueda bibliográfica	■								
Realización del programa - planificación		■	■						
Presentación del programa - Captación				■					
1ª Sesión					■				
2ª Sesión						■			
3ª Sesión							■		
4ª Sesión								■	
Evaluación del programa									■

*Elaboración propia.*

## DESARROLLO

Respecto al diagnóstico enfermero de este trastorno, queda recogido en la siguiente tabla:

NANDA	NOC	NIC
<b>[00057] Riesgo de deterioro parental r/c conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño</b>	[2600] Afrontamiento de los problemas de la familia [2508] Bienestar del cuidador principal [1826] Conocimiento: cuidado de los hijos [1212] Nivel de estrés [0915] Nivel de hiperactividad [1504] Soporte social	[7200] Fomentar la normalización familiar [7040] Apoyo al cuidador principal [5440] Aumentar los sistemas de apoyo [5510] Educación para la salud [4352] Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención
<b>[00153] Riesgo de baja autoestima situacional r/c disminución del control sobre el entorno</b>	[1205] Autoestima [1300] Aceptación: estado de salud [1302] Afrontamiento de problemas [1305] Modificación psicosocial: cambio de vida [1614] Autonomía personal	[5400] Potenciación de la autoestima [5270] Apoyo emocional [5240] Asesoramiento [5230] Mejorar el afrontamiento [5430] Grupo de apoyo
<b>[00126] Conocimientos deficientes r/c situación del niño</b>	[1847] Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica [1808] Conocimiento: medicación [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad [1806] Conocimiento: recursos sanitarios [1813] Conocimiento: régimen terapéutico	[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad [5240] Asesoramiento [5510] Educación para la salud [5395] Mejora de la autoconfianza [5515] Mejorar el acceso a la información sanitaria

*Tabla de elaboración propia. Información recogida de cita (21).*

El programa contará con cuatro sesiones de dos horas de duración cada una, para las que serán necesarias la participación de una o dos enfermeras pediatras especialistas en el tema y un/a psiquiatra. El desarrollo de las

mismas se efectuará en una sala habilitada en el Centro de Salud, con capacidad para aproximadamente 20 personas.

### **Sesión 1 - ¿Qué es el TDAH?**

En esta primera sesión se procederá a explicar a los padres y profesores en qué consiste el TDAH, cuáles son los principales síntomas, cómo se diagnostica y en qué consiste el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Se dará un cuestionario al comienzo de la sesión para saber qué conocen sobre la enfermedad antes de empezar y un folio en blanco al final de la sesión para recoger posibles dudas para la última sesión (Anexo 6). También se expondrán en la pantalla afirmaciones sobre el trastorno y los asistentes deberán decir si son verdaderas o falsas, resolviéndolo en ese mismo momento para ayudar a la mejor retención.

En esta sesión se contará con la ayuda de un/a médico psiquiatra especialista que explique el tratamiento que se emplea más a fondo y una presentación de *Power Point*, para la que será necesario un ordenador y un proyector.

Se espera desmitificar cierta información errónea que creyeran sobre el trastorno y aumentar su confianza en el personal sanitario para abordarlo satisfactoriamente, es decir, que sepan que pueden solicitar ayuda a los profesionales de la salud siempre que lo requieran.

Se recomendará ver el vídeo en YouTube de *Eso no se pregunta: TDAH*, donde varias personas cuentan su propia experiencia acerca del trastorno. (*Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=fCz9Im5YS-0>*).

Material: proyector, ordenador, cuestionarios, folios, bolígrafos.

### **Sesión 2 – Actuación en casa para padres**

En esta sesión se explicarán las principales propuestas de actuación en casa, entre las que se incluyen:

-Hacer partícipe al niño en las tareas de la casa, premiándolo cada vez que lo haga.

-Hacer un horario de estudio en conjunto con el niño, el cual debe cumplir y recibirá una compensación por ello.

-Asegurarse de que el niño hace las cosas en su debido momento y por sí mismo, para asegurar un orden y autonomía personal.

Se proporcionarán ejemplos de cómo repartir las tareas en casa, y se les pedirá a los padres que hagan un calendario para ver cuándo cumplen lo mandado, apuntando en una agenda las dificultades que han encontrado en el día a día, así como el cambio que experimentan al dar el tratamiento al niño. El calendario lo deberán entregar cada mes en la consulta de enfermería para llevar un seguimiento. Las pautas de intervención en casa se encuentran en el Anexo 5.

El trabajo con los padres se basa en técnicas de refuerzos y castigos. Los refuerzos incluyen elogiar las fuerzas personales, mientras que los castigos se centran en la pérdida de los privilegios y la atención por parte de los familiares. Los padres aprenden a actuar ante las faltas de comportamiento de sus hijos, así como a anticiparse y poder manejar en el futuro su conducta en público (13).

Material: proyector y ordenador, folios con prototipo de calendario, guía impresa con las principales pautas de actuación para llevar a casa.

### **Sesión 3** – *Actuación en la escuela para profesores*

En esta sesión se procederá a dar a los profesores las principales actuaciones en el colegio según lo recogido en la revisión bibliográfica.

Se les pedirá que utilicen la *Escala de Connors* (Anexo 2) para valorar el número de niños con TDAH que tienen en clase y puede que no vayan a la consulta. Además, se les pedirá que valoren el nivel de cumplimentación de la tarea y atención en clase antes de la puesta en marcha de las medidas y después de las mismas. Se entregará todo en junio, en la evaluación del programa.

Durante la edad escolar, en la que nos centramos en este programa de salud, se encuentra dificultad para adquirir hábitos higiénicos básicos y académicos; el niño lleva las tareas sucias y descuidadas, se levanta durante la clase, hace ruidos, contesta precipitadamente, no obedece, opinan que se porta mal, se resiste a hacer los deberes. En clase se distrae con cualquier cosa, incluso con sus propios pensamientos, interrumpiendo la tarea y generando conflictos (10).

Una actividad para ayudar al niño a entender sus posibles limitaciones es que escriba en una hoja cosas negativas y positivas de su personalidad, lo cual se entregará en la última sesión.

Material: proyector, ordenador, fotocopias de escala de Connors abreviada, guía impresa con las principales pautas de actuación en el colegio.

#### **Sesión 4 – Dudas y preguntas**

Esta última sesión se realizará dos semanas más tarde para valorar en qué medida ha favorecido el programa de salud al comportamiento de los niños, añadido al tratamiento puesto por el médico correspondiente. Se resolverán las dudas que hayan podido surgir en cuanto a la información recibida en la primera sesión y la organización de tareas y horarios. Se pondrán en común las hojas de los niños escritas en la escuela. También se dejará que los padres y profesores hablen en alto sobre su experiencia para favorecer la sensación de equipo.

Se volverá a dar el cuestionario entregado en la primera sesión para evaluar el grado de recepción de la información y se entregará un cuestionario de satisfacción a los participantes (Anexo 6).

Se pondrá a disposición de los participantes el contacto de las enfermeras y distintos profesionales que quieran participar para asegurar la continuidad del programa, así como de Asociaciones específicas y recursos web (Anexo 7).

Material: cuestionarios y encuestas de satisfacción, bolígrafos, hoja de contactos.



A continuación se insertan dos tablas, con el presupuesto aproximado para el programa de salud y las actividades de cada sesión resumidas, respectivamente:

	<b>RECURSOS</b>	<b>COSTES INDIVIDUALES</b>	<b>COSTE TOTAL</b>
<b>Recursos humanos</b>	Enfermera especializada	Salario habitual de la enfermera X nº de horas	Cubierto por la administración pública.
<b>Recursos materiales</b>	200 Folletos (A4) 80 Cuestionarios 80 Encuestas 30 Bolígrafos 1 paquete de 500 folios	40 € 2.40 € 2.40 € 14 € 8.71 €	67.51 €
<b>Recursos estructurales</b>	Sala con capacidad mínima para 25 personas. Proyector del CS. Ordenador del CS.	Cubierto por la administración pública.	Cubierto por la administración pública.

SESIONES	ACTIVIDADES
<b>SESIÓN 1 - ¿Qué es el TDAH?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presentación del equipo sanitario.</li> <li>-Entrega de cuestionarios iniciales (Anexo 6)</li> <li>-Exposición de afirmaciones sobre el TDAH con el proyector.</li> <li>-Exposición teórica con el proyector.</li> </ul>
<b>SESIÓN 2 - Actuación en casa para padres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicación de las propuestas de actuación por parte del equipo sanitario con ayuda del proyector.</li> <li>-Entrega de ejemplos de horarios y calendarios a los participantes.</li> <li>-Entrega de hoja resumen con las pautas de intervención.</li> </ul>
<b>SESIÓN 3 - Actuación en la escuela para profesores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicación de las propuestas de actuación por parte del equipo sanitario con ayuda del proyector.</li> <li>-Explicación de la <i>Escala de Conners</i> y entrega de fotocopias con la misma, así como de la evaluación por parte de profesores antes y después de las medidas.</li> <li>-Explicación de actividad para ayudar al niño.</li> </ul>
<b>SESIÓN 4 - Dudas y preguntas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposición de dudas por parte de los participantes en voz alta y resolución por parte del equipo sanitario.</li> <li>-Puesta en común de las hojas de los niños escritas en la escuela.</li> <li>-Entrega del cuestionario dado en la primera sesión y del cuestionario de satisfacción a los participantes.</li> <li>-Fotocopias con la información de Asociaciones y recursos web, así como el contacto de enfermeras y profesionales.</li> <li>-Despedida del programa.</li> </ul>

Tablas de elaboración propia.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación del impacto del programa de salud se realizará en junio, al acabar el periodo escolar, ya que es el margen de tiempo idóneo para valorar los cambios producidos en el estilo de vida de los niños y, por tanto, en su rendimiento escolar. Se reunirán las enfermeras y médicos participantes en el programa, así como las que atienden a estos niños en la consulta. Se pondrán en común los diarios escritos por los padres en casa y la valoración hecha por los profesores mediante las escalas y su propio criterio profesional.

Se valorará la implantación de nuevas pautas o intervenciones en el programa en función del grado de mejora de los síntomas, junto con los datos recogidos en las encuestas de satisfacción para los asistentes en la última sesión. De esta forma, también se espera evaluar su puesta en marcha en otros centros para captar la mayor cantidad de población diana posible.

## **CONCLUSIONES**

El TDAH sigue siendo un trastorno con gran controversia y disparidad de opiniones en cuanto a la validez de su diagnóstico y tratamiento, ya que nunca se presenta de la misma manera y no tiene síntomas patognomónicos claros. Por tanto, requiere de investigación continua y educación sanitaria a las personas responsables del cuidado y educación de estos niños, especialmente padres y profesores, para lo que la enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental. La colaboración interdisciplinar es esencial para garantizar un abordaje exhaustivo, bien integrado y sistemático del tratamiento.

Hay que tener en cuenta que es un trastorno que acompañará a la persona durante toda su vida, y fluctuará a lo largo del ciclo vital. Sin embargo, el hecho de tratarlo correctamente desde una edad temprana, brindando apoyo y comprensión a estos niños, ayudará a aumentar su autoestima y autonomía personal, a disminuir los síntomas y complicaciones, y les ayudará a llevar una vida lo más normal posible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Llanos-Lizcano LJ, García-Ruiza DJ, González-Torres HJ, Puentes-Rozo P. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*. 2019;21(83): e101–8.
2. Centro Nacional de Recursos para el TDAH., CH, De P, (CNR) A, .Chadd. El TDAH y el DSM-5. Niños adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad [Internet]. 2013;(7–11):14. Disponible en: <http://www.adhdawarenessmonth.org/wp-content/uploads/El-TDAH-y-el-DSM-5-Spanish-Fact-Sheet.pdf>
3. Garrido Landívar E. 500 preguntas y respuestas sobre la hiperactividad (TDAH). Ediciones Eunate; 2017
4. Criado-Álvarez JJ, González González J, Romo Barrientos C, Mohedano Moriano A, Montero Rubio JC, Pérez Veiga JP. Variabilidad y tendencias en el consumo de medicamentos para el tratamiento del trastorno por déficit de atención / hiperactividad en Castilla la Mancha, España (1992-2015). *Neurología* [Internet]. 2018;33(6):360–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.07.006>
5. Mena Pujol B, Nicolau Palou R, Salat Foix L, Tort Almeida P, Romero Roca B. Guía Práctica para educadores. El alumno con TDAH. 2ª ed. Barcelona: Mayo Ediciones; 2006.
6. Luna Delgado L, Moriones Jiménez O. Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Implicaciones para enfermería. *Revista de Enfermería*. 2014;37(9):582–6.
7. Saiz-Fernández LC. Atentos al déficit de atención (TDAH). *Boletín Informativo de Farmacoterapia de Navarra*. 2013;21(5):1–20.
8. Balbuena Rivera F. La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología Educativa* [Internet]. 2016;22(2):81–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>

9. Martínez Martín MA, Conde Arce H. Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo. Burgos: Universidad de Burgos, servicio de publicaciones; 2010.
10. Alcolea López M, Martínez Ruiz AC, González Fajardo A, Barceló Muñoz N, Parra Parra Y, Díez Galerón S. Intervención enfermera para niños con TDAH. *Paraninfo Digital*. 2011;11.
11. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Chicago: American Psychiatric Publishing; 2014.
12. CIE – 11. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 11ª ed. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2018.
13. Fenollar-Cortés J, Parra-Martínez J, Hernández-Pérez E, Rabadán-Rubio JA. Escala HIDEA de cribado escolar orientada al profesorado para detectar marcadores TDAH en primaria. *Psicothema*. 2017;29(3):329–34.
14. Keith Conners C, Ph. D. Conners. Escalas integrales de calificación de comportamiento. MHS; 2013. Disponible en: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/en-que-consisten-las-escalas-de-conners-para-evaluar-el-tdah.html>.
15. Sánchez CR, Díaz F, Ramos C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la adolescencia: Baremación de la escala EDAH (a). *Revista de Neurología* 2010;51(6):337–46.
16. Farré i Riba A, Narbona García J. EDAH. Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. 7ª ed. Madrid: TEA Ediciones; 2013.
17. Fenollar-Cortés J. e-TDAH. Escala de Detección del TDAH y Dificultades Asociadas. Madrid: TEA Ediciones; 2020.
18. Egea López EN, Martínez García N, López Balsalobre V, Rosique Rosique R, Ros Martínez O, González Ortuño C. El papel de enfermería en pacientes con Trastorno por déficit atención e hiperactividad y efectividad del tratamiento. *Paraninfo Digit*. 2014; 20:1–5.

19. López-López A, Luisa Poch-Olivé M, López-Pisón J, Cardo-Jalón E, De Trabajo G, De T, et al. Tratamiento Del Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad En La Práctica Clínica Habitual. Estudio Retrospectivo. Medicina (Buenos Aires). 2019; 79:68–71.
20. Servicio de Organización y Servicios Generales. Observatorio Municipal de Estadística. Revista sobre Datos de Población Provisionales de la ciudad de Zaragoza. Zaragoza: Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza. Área de Servicios Públicos y Personal. Zaragoza; 2018.
21. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11ª ed. Elseiver; 2018.

## ANEXOS

**Anexo 1.** Tabla de síntomas característicos según presentación clínica, DSM-V.

Presentación clínica con falta de atención	Presentación clínica hiperactivo/impulsivo	Presentación clínica combinada
No presta atención a los detalles o comete errores por descuido	Mueve o retuerce nerviosamente las manos o los pies, o no se puede quedar quieto en una silla.	El individuo presenta síntomas de ambas presentaciones clínicas mencionadas.
Tiene dificultad para mantener la atención	Tiene dificultad para permanecer sentado.	-----
Parece no escuchar	Corre o se trepa de manera excesiva; agitación extrema en los adultos.	-----
Tiene dificultad para seguir las instrucciones hasta el final.	Dificultad para realizar actividades tranquilamente.	-----
Evita o le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	Actúa como si estuviera motorizado; el adulto frecuentemente se siente impulsado por un motor interno.	-----
Pierde las cosas.	Habla en exceso.	-----
Se distrae con facilidad.	Responde antes de que se haya terminado de formular las preguntas	-----
Es olvidadizo para las tareas diarias	Dificultad para esperar o tomar turnos.	-----
Tiene dificultad con la organización.	Interrumpe o importuna a los demás.	-----

*Tabla elaboración propia. Texto de referencia (8).*

## Anexo 2. Escala Connors abreviada

### Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES (C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). 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.**

<b>ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES</b>				
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
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.				
<b>TOTAL.....</b>				

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 Conners). 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.

<b>Descriptorios</b>	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
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, huraño.				
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.

<b>Descriptorios</b>	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
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 discutidor.				
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.				

<b>Descriptorios</b>	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
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.				

(Continuación)

### **Anexo 3.** Criterio diagnóstico DSM-V.

#### **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

**Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad). e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias

en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

**2. Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

**Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro

trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

*Especificar si:*

- **314.01 (F90.2) Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

*Especificar si:*

**En remisión parcial:** Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

*Especificar la gravedad actual:*

- **Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- **Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".
- **Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.



**Anexo 4.** Tabla resumen del tratamiento farmacológico.

<b>Fármaco</b>	<b>Forma de actuación</b>
<p><b>Psicoestimulantes:</b></p> <p>Metilfenidato (Rubifen)  Dextroanfetamina (Dexedrine)  Lisdexanfetamina (LDX)  Pemolina (Cylert)</p>	<p>Tratamiento más utilizado.</p> <p>Mejora de la sintomatología y el comportamiento general del niño con TDAH, independientemente del sexo, edad o presentación.</p> <p>Eficacia en el rendimiento escolar, la conducta y la interacción social con los compañeros.</p>
<p><b>No estimulantes:</b></p> <p>Atomoxetina (ATX)</p>	<p>Eficaz y relativamente bien tolerada en niños y jóvenes.</p> <p>Mejora significativa de calidad de vida de las áreas más afectadas en niños con TDAH.</p> <p>Junto con los estimulantes, ayudan a actuar de forma más reflexiva, atenta y controlada a corto plazo.</p> <p>Efecto inferior a los psicoestimulantes.</p>

*Tabla de elaboración propia. Información recogida de referencias (9, 11, 19).*

Los psicoestimulantes como el metilfenidato (MPH) y la lisdexanfetamina (LDX), y los no estimulantes como la atomoxetina (ATX), son los fármacos aprobados en España, con eficacia y seguridad experimentadas. El uso indiscriminado en Estados Unidos de MPH (consumidor del 80% mundial) y Australia, ha hecho que el consumo de psicoestimulantes se haya cuadruplicado y triplicado, respectivamente. Sin embargo, en Europa su consumo es menor por restricciones legales. En España el despegue de la terapia farmacológica se demoró casi una década, coincidiendo con la comercialización del MPH de liberación prolongada, con una eficacia terapéutica del 75-80%. Sin embargo, todavía es necesario ampliar la investigación sobre la eficacia de los distintos fármacos en función de las características del niño (4, 19).

## **Anexo 5.** Pautas de intervención en casa y la escuela (5).

### **Pautas generales de intervención en casa:**

- Comunicación asertiva
- Aplicación de normas y límites, conjuntas con el niño; insistir en su cumplimentación.
- Hacer un horario de estudio en casa para evitar perder tiempo y la angustia referida a concretar el tiempo de estudio diariamente. Preferiblemente poco después de llegar a casa por la tarde y antes de las actividades lúdicas. Recomendable estudiar un poco cada día para crear un hábito de futuro.
- Formar una buena relación familia-escuela.

### **Cómo mejorar el comportamiento del niño con TDAH:**

- Refuerzo positivo: genera autoestima y respeto. Hacerlo especificando el elogio concreto y siempre de forma sincera y verdadera. Utilizar refuerzo social (felicitación, alabanza, afecto,...), pequeños premios,...

## **Anexo 6.** Cuestionarios de las sesiones.

### **Sesión 1** – Cuestionario inicial.

Marque con una X: Profesor/a [ ] Madre/Padre [ ]

Edad:

Responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Sabe lo que es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?
2. ¿Cuáles son los principales síntomas del TDAH?
3. ¿El TDAH se presenta siempre de la misma forma?
4. ¿Cuál es el principal tratamiento del TDAH?
5. ¿El TDAH es heredable? ¿Sabe si hay antecedentes del trastorno en su familia?
6. ¿Una persona con TDAH puede llevar una vida normal?
7. ¿Podría deducir si su hijo/a o alumno/a padece TDAH?
8. ¿Si su hijo/a o alumno/a padeciese TDAH, sabría cómo actuar?

*Elaboración propia.*

#### Sesión 4 - Encuesta de satisfacción.

Marque con una X: Profesor/a [ ] Madre/Padre [ ]

Edad:

Puntúe del 1 al 5 en función del grado de satisfacción, siendo 1 la puntuación mínima y 5 la máxima:

<b>He conseguido resolver mis dudas acerca del TDAH.</b>	
<b>He entendido la información recibida y la considero completa y veraz.</b>	
<b>Me siento con mayor capacidad para ayudar a mi hijo/alumno a afrontar el trastorno.</b>	
<b>Me ha ayudado compartir experiencias con otras personas en la misma situación.</b>	
<b>Creo que este programa de salud es de gran utilidad.</b>	
<b>Creo que el personal sanitario participante está adecuadamente cualificado.</b>	
<b>Recomendaría la implantación del programa en otros Centros de Salud.</b>	

¿Cambiaría o añadiría algo al programa?

Cambiaría:

Añadiría:

¡Muchas gracias por su participación!

## **Anexo 7.** Contacto de Asociaciones.

### -Asociación AATEDA (Zaragoza)

- Email: [administración@ateda.es](mailto:administración@ateda.es)
- Teléfono: 976522293
- Dirección: C/ Poeta Blas de Otero, nº 2, Local. C.P. 50018 (Zaragoza)

### -Asociación ATENCIONA (Zaragoza)

- Email: [asociacionatencion@gmail.com](mailto:asociacionatencion@gmail.com)
- Teléfono: 876164948 / 675493273
- Dirección: C/ Concepción Saiz de Otero, nº 16, C.P. 50018 (Zaragoza)

-Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH). Página web: <https://www.feaadah.org/es/>

**Anexo 8.** Boceto de póster para el programa de salud.

# VIVIR CON TDAH, ¡ES POSIBLE!

Programa de Salud dirigido a padres y profesores de niños diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

¿Dónde? Centro de Salud Delicias Sur  
¿Cuándo? 5, 6, 7 y 21 de Septiembre de 2021  
Más información en la Recepción y la consulta de Enfermería del Centro de Salud.



C/ Manuel Ronda, 1, 50009, Zaragoza  
Tlf.: 976556000

*Elaboración propia.*

Anexo 9. Boceto de tríptico para el programa de salud.




Elaboración propia.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, de etiología frecuente entre niños y adolescentes, que produce hiperactividad, impulsividad y una capacidad de atención inadecuada para lo esperable según el grado de desarrollo, impidiendo las actividades diarias y el adecuado control de sus emociones.

Los metaanálisis más recientes estiman una prevalencia global entre el 3 y el 7%, que se ha considerado para España en el 6,8%, con un intervalo del 4,9 al 8,8%

El objetivo principal de este programa es dar a conocer la sintomatología básica del TDAH y su afeción de la vida diaria a los padres y profesores de los niños diagnosticados de 6 a 11 años, para llevar a cabo un tratamiento adecuado en casa y en la escuela y mejorar así su calidad de vida.



## SESIONES

**SESIÓN 1 - ¿QUÉ ES EL TDAH? 05/09/2021**  
Presentación del programa.  
Explicación de síntomas, diagnóstico y tratamiento.  
Puesta en común de experiencias.

**SESIÓN 2 - ACTUACIÓN EN CASA PARA PADRES 06/09/2021**  
Explicación de propuestas de actuación en casa.  
Calendarios y organización de tareas.  
Explicación del sistema de recompensas.

**SESIÓN 3 - ACTUACIÓN EN LA ESCUELA PARA PROFESORES 06/09/2020**  
Explicación de propuestas de actuación y métodos diagnósticos en la escuela.  
Actividades con los niños en la escuela.

## SESIÓN 4 - DUDAS Y PREGUNTAS 21/09/2021

Evaluación inicial del programa.  
Resolución de dudas de las sesiones anteriores.  
Puesta en común de opiniones y experiencias.  
Encuesta de satisfacción.

Duración de cada sesión: 2 horas  
Lugar: Sala de exposiciones del Centro de Salud Delicias Sur  
Disponibilidad: 20 personas aprox. Plazas limitadas.

## CONTACTOS DE INTERÉS

- Asociación **AA TEDA** (Zaragoza)  
Email: [administracion@aateda.es](mailto:administracion@aateda.es)  
Teléfono: 976522293  
Dirección: C/ Poeta Blas de Otero, nº 2, Local. C.P. 50018 (Zaragoza)
- Asociación **ATENCIÓN** (Zaragoza)  
Email: [asociacionatencion@gmail.com](mailto:asociacionatencion@gmail.com)  
Teléfono: 876164948 / 675493273  
Dirección: C/ Concepción Saiz de Otero, nº 16, C.P. 50018 (Zaragoza)
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH).  
Página web: <https://www.feaadah.org/es/>

¡Nos vemos pronto!