



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016/2017

TRABAJO DE FIN DE GRADO

PROGRAMA DE SALUD DIRIGIDO A PADRES CON
HIJOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ATENCIÓN
PRIMARIA

HEALTH EDUCATION PROGRAM FOR PARENTS WITH CHILDREN
WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN
PRIMARY CARE

AUTOR/A: CELESTE PEÑALVA LAPEDRIZA

DIRECTOR: JESÚS FLETA ZARAGOZANO

INDICE

	Página
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA.....	9
DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD.....	12
PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA	12
POBLACIÓN DIANA	12
RECURSOS NECESARIOS	13
ACTIVIDADES	14
ORGANIGRAMA	17
CRONOGRAMA.....	17
EVALUACIÓN.....	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXOS	23

1. RESUMEN

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la infancia, y se caracteriza por la triada: inatención, impulsividad e hiperactividad. Esto interfiere con el correcto desarrollo del niño. Se desconocen las causas que lo producen, aunque se cree que tiene origen neurofisiológico.

El diagnóstico de TDAH es multidisciplinar y fundamentalmente clínico, basado en la observación de padres y profesores. El tratamiento con mejores resultados es un tratamiento multimodal, con la combinación de tratamiento farmacológico, psicológico y psicopedagógico.

Existe una falta de coordinación entre colegio y centro de salud para el diagnóstico y tratamiento de estos niños, por lo que se necesita una figura de referencia que actúe como nexo, que podría ser la enfermera de centro de salud.

Objetivos: Realizar un programa de educación para la salud para padres con niños con TDAH.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, libros y páginas web para la planificación del programa de salud.

Desarrollo: Se van a desarrollar 4 sesiones a lo largo de dos meses en un centro de salud de Zaragoza, todas ellas orientadas a mejorar el diagnóstico afrontamiento familiar comprometido. Se realizará con un máximo de 20 padres, de niños de entre 5 y 16 años que residan en el barrio Actur.

Conclusiones: Con la realización de este programa de salud ha habido una mejoría notable en la actitud de los padres frente a la enfermedad, y por lo tanto se ha conseguido un entorno familiar mejor.

Además se ha buscado demostrar el papel tan importante de enfermería en la educación para salud en atención primaria.

Palabras clave: TDAH, trastorno déficit de atención, hiperactividad, infancia.

2. ABSTRACT

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most frequent psychological disorders in childhood. It is characterized by the triad: lack of attention, impulsivity and hyperactivity. This disorder interferes with the correct development of the child. The root cause is unknown, although it is thought to have a neurophysiological origin.

The diagnosis of ADHD is multidisciplinary and fundamentally clinical, based on the observation of parents and teachers. The treatment with better results is a multimodal treatment, with the combination of pharmacological, psychological and psychopedagogical treatment.

There is a lack of coordination between school and health center for the diagnosis and treatment of these children, so a reference figure is needed to act as a nexus in these cases, which could be the health center nurse.

Objectives: Realize a health education program for parents with children with ADHD.

Methodology: A bibliographic search is carried out in different databases, books and web pages for planning the health program.

Development: Four sessions will be developed over two months in a health center in Zaragoza, all aimed at improving the diagnosis of family involvement committed. It will be done with a maximum of 20 parents, with children between 5 and 16 years of age residing at the moment in the Actur neighborhood.

Conclusions: With the implementation of this health program there has been a notable improvement in the attitude of the parents towards the disease, and therefore a better family environment has been achieved.

In addition, we have sought to demonstrate the important role of nursing in health education in primary care.

3. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por ser uno de los trastornos psicológico más frecuentes en la infancia que interfiere en el desarrollo óptimo del niño. El 50% de los niños que acuden a salud mental derivados por otros profesionales son diagnosticados en algún grado de TDAH. Se trata del principal problema crónico de conducta y de salud materno- infantil y la principal causa de fracaso escolar (1,2,3).

Resulta complicado poder establecer datos exactos sobre prevalencia ya que el diagnóstico se realiza mediante observación (por parte de padres o profesores), a partir de datos muy subjetivos sin homogeneidad.

La prevalencia en España es de aproximadamente el 6,8% (4-8%) de los niños en edad escolar. Es más frecuente en chicos con una relación 4:1 en muestras generales y 9:1 en población clínica. (4,5).

Aunque el trastorno comienza en la niñez, entre el 30 y el 65% continuarán en la edad adulta con sintomatología y repercusiones. En adultos la prevalencia del TDAH es entre 2,5 y 4,7%. No se conocen con exactitud los factores de riesgo para que el cuadro persista, pero se puede asociar con el tratamiento tardío, la severidad del trastorno y la presencia de comorbilidades psiquiátricas (6,7).

El TDAH se caracteriza por la triada: inatención, hiperactividad e impulsividad, tanto cognitiva como conductual (4,5).

Además de los síntomas principales, los niños con TDAH pueden presentar baja competencia social, mayor inadaptación social y escolar, alteración en dimensiones académicas, relacionales, familiares y clínicas, retraso motor y del lenguaje, alteraciones en la motricidad, poca motivación por el deporte, baja coordinación, bajos niveles de autoestima, de imagen corporal y de auto concepto y alteraciones en la lateralidad. También es común una menor calidad de vida relacionada con la salud y problemas de sueño (3,6).

Las manifestaciones clínicas van variando con la edad, ya que la patología evoluciona con las exigencias propias de cada etapa evolutiva (5,8).

Se pueden encontrar tres subtipos básicos de TDAH según el DSM IV:

- Subtipo predominantemente inatento/ desorganizado: falta de atención, dificultad en la organización y planificación de tareas.
- Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: dificultad en autorregular su comportamiento, por disfunción en el control.
- Subtipo combinado: es el más frecuente. Combina las características de los dos subtipos anteriores.

Todavía se desconocen las causas de TDAH, hay diferentes factores causales y trastornos asociados. La teoría con mayor evidencia es la del origen neurofisiológico (3,9).

Existe una relación causal entre el TDAH y una alteración en las vías encargadas del metabolismo de las catecolaminas. Los últimos estudios relacionan el TDAH con una dismorfología, disfunción y baja conectividad de múltiples redes fronto-estriatal, fronto-parietal y fronto-cerebelar (8,10-12).

Existe una gran implicación genética. Aproximadamente se hereda en un 76% de los casos, siendo mayor en niñas. También está directamente proporcional a la gravedad, ya que cuanto mayor gravedad tenga el trastorno mayor probabilidad de que uno de los padres tenga TDAH. Se puede utilizar la escala WURS (ANEXO 1) para evaluar retrospectivamente el TDAH en padres de niños con sospecha de TDAH (13,14)

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son otra fuerte asociación. Está demostrado que fumar, el consumo de alcohol y posibles niveles de fenilalanina durante la gestación aumenta el riesgo de padecer TDAH. También existe una relación causal con el bajo peso al nacer, el sufrimiento fetal, la eclampsia, la duración del parto y la hemorragia antes del parto (13,15).

El pico de los TDAH suele producirse a los 3-4 años, aunque no es hasta que el niño empieza la primaria (alrededor de los 6 años) cuando se realiza el diagnóstico (16).

El diagnóstico del TDAH es clínico y se basa en la observación de la presencia de los síntomas principales del TDAH en intensidad y tiempo suficiente, al menos 6 meses. Es necesario que estos síntomas hayan aparecido antes de los 7 años. El hecho de que no produzca signos físicos ni alteraciones en las estructuras cerebrales provoca que el diagnóstico en muchos casos sea algo incierto.

Es importante conocer la personalidad e inteligencia del niño y su ambiente socio-cultural para poder realizar un buen diagnóstico diferencial de TDAH. Se deben descartar patologías médicas y psicosociales que puedan tener unos síntomas semejantes al TDAH (5,17-19).

Para el diagnóstico se siguen los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) (ANEXO 2), la organización mundial de la salud (CIE-10) (ANEXO 3) o la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente Apoyada por la Federación Francesa de Psiquiatría (CFMEA- R).

Cualquiera de estas clasificaciones consta de varios ejes diagnósticos que pueden ofrecer información adicional, además del diagnóstico principal.

Todas ellas son descriptivas, categoriales, consensuadas y multiaxiales. (3,12,20).

El diagnóstico es multidisciplinar, ya que se requiere tanto la observación del cuidador principal, o profesores, como la experiencia de un personal sanitario a través de un examen físico con exploración neurológica. Existen diferentes cuestionarios en atención primaria, que son útiles para poder establecer un diagnóstico precoz. (21-22)

El tratamiento de elección es el multimodal o tratamiento combinado, en el que se coordinan tratamiento farmacológico, psicológico y psicopedagógico. Para ello es necesario un trabajo multidisciplinar entre todos los profesionales sanitarios y profesores y una buena educación a los padres, ya que su papel es fundamental (2,15,16).

El tratamiento farmacológico se basa fundamentalmente en el grupo de medicamentos de la familia de estimulantes. El más utilizado es el metilfenidato. El mayor beneficio es la mejora del rendimiento escolar. Estos medicamentos pueden producir efectos secundarios (3).

El tratamiento psicológico puede estar centrado en el niño o en educar a los padres y profesores. Se pueden utilizar diferentes técnicas, como pueden ser las de modificación de conductas y terapia cognitiva. El uso de juegos para enseñar a los niños a relajarse es muy efectivo para la impulsividad. "La técnica de la tortuga" o la "correspondencia decir-hacer-decir" son ejemplos (ANEXO 4) (16).

Existen diferentes actividades y técnicas no farmacológicas que han demostrado que son favorables para el tratamiento del TDAH. La Educación física es un ejemplo de esto, sobretodo ejercicios de salto, levantamiento de pesos adecuados a la edad y baile. El juego del ajedrez podría mejorar también la atención y la concentración (3,23).

Existe una falta de coordinación entre los colegios y el centro de salud, que puede enlentecer el diagnóstico de TDAH y en muchos casos que este diagnóstico no se produzca. Es un problema de salud infanto-juvenil lo suficientemente importante como para que exista una figura que se encargue de tratar este trastorno, pidiendo informes en los controles rutinarios tanto a profesores como a padres.

La enfermera de centro de salud podría ser el nexo perfecto, pudiendo realizar actividades de cribaje para un diagnóstico precoz, atención al niño con TDAH y programas de salud para resolver todas las dudas y problemas tanto de los niños como de los padres, que muchas veces se ven sobrepasados con este problema, no siendo de suficiente ayuda para sus hijos, y produciendo malestar en ambas partes (4,16,17,24)

4. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Realizar un programa de salud en el Centro de Salud Actur Sur dedicado a todos los padres con hijos de entre 6 y 10 años con TDAH en el barrio del Actur, Zaragoza.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Potenciar el papel de la enfermería respecto a la educación para la salud y al manejo de pacientes con TDAH.
- Aumentar el conocimiento de los padres de niños con TDAH y disminuir la ansiedad que este trastorno puede producir en ellos.
- Mejorar el entorno familiar de los niños con TDAH para que su desarrollo sea lo más óptimo posible.

5. METODOLOGÍA

El propósito de este trabajo es la elaboración de un programa educativo para los padres de pacientes con TDAH, para conseguir una mejor calidad de vida y un entorno familiar adecuado. La actuación de enfermería es imprescindible para la realización de una buena educación para la salud en atención primaria.

Para la realización de este programa de salud ha sido necesaria la búsqueda bibliográfica de diferentes artículos científicos en bases de datos como Cuiden Plus (<http://www.index-f.com/new/cuiden/resultados.php?>) , Dialnet (<https://dialnet.unirioja.es/>) , Scielo (<http://www.scielo.org.com>) , Science Direct (<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/>) y Google Académico (<https://scholar.google.es/>) (TABLA 1).

La selección y búsqueda de artículos ha sido a través de las siguientes palabras clave:

- "TDAH".
- "hiperactividad" AND "infantil".
- "déficit de atención" AND "infancia"
- "trastornos de conducta" AND "escolar".

Para realizar un trabajo lo más actualizado posible, solo se han seleccionado aquellos que cumplieran los criterios de inclusión siguientes:

- Artículos de los últimos 10 años (desde 2006, incluyendo este año)
- Artículos disponibles en texto completo.

Así mismo, el idioma no ha sido un criterio de exclusión.

Además de estas bases de datos, también se han consultado libros, disponibles en la biblioteca de la universidad de Zaragoza como el NANDA, NIC y NOC, y diferentes páginas webs (TABLA 2).

Tabla 1. Bases de Datos utilizadas.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº ARTÍCULOS REVISADOS	Nº ARTICULOS UTILIZADOS
Cuiden Plus	Hiperactividad AND infantil	22	6	4
Dialnet	TDAH AND infantil	62	5	3
	trastorno AND hiperactividad AND pediatría	18	3	1
Science Direct	Hiperactividad AND infantil	136	23	13
	Hiperactividad AND infantil AND enfermería.	44	2	1
Google Académico	TDAH AND enfermería AND escolar	826	7	1
Scielo	Hiperactividad AND infantil	22	4	2

Tabla 2. Páginas webs.

PÁGINA WEB CONSULTADA	ENLACE	DOCUMENTOS UTILIZADOS
Federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad	http://www.feadah.org/es/	1
Asociación Aragonesa del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad	http://www.aateda.es/	0
Aprendiendo con el TDAH	http://www.aprendiendocon-tdah.com	1
Organización mundial de la salud	http://www.who.int/es/	1

FASE DE CAPTACIÓN

En primer lugar para la realización de este programa de salud se necesita la captación de los padres con hijos con TDAH para que acudan a las reuniones que se van a realizar. Para ello utilizaremos dos vías diferentes:

- La captación a través de carteles que estarán repartidos tanto por el centro de salud, como por las partes del barrio en las que el ayuntamiento permite poner publicidad (ANEXO 5).
- La captación a través de la derivación de las enfermeras de los 3 centros de salud que hay en el Actur (a las que previamente habremos informado) que seleccionaran a los niños que cumplan criterio y contarán a los padres el plan propuesto.

Para apuntarse al programa los padres deberán rellenar una inscripción que entregarán a las enfermeras de su centro de salud, quienes le darán un díptico con el horario y plan establecido (ANEXO 5).

CONTROLES PROGRAMADOS Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se planifica un programa de cuatro sesiones por grupo. Las sesiones se realizarán los martes por la tarde con una duración de dos horas aproximadamente.

Cada grupo estará formado por un máximo de 20 padres.

Las sesiones se organizarán de la siguiente manera: las 3 primeras estarán separadas por una semana y serán sesiones informativas. La última de ellas se realizará un mes después de la última sesión y servirá para que los padres planteen las dudas que les han surgido en casa y evalúen el programa.

El programa se realizará en la sala multiusos del centro de Salud Actur Sur, y será impartido por dos enfermeras, una especialista en salud mental, y otra especializada en pediatría. Para el desarrollo de las sesiones se consulta toda la biografía y recursos mencionados anteriormente.

6. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD

a. PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA

Para realizar este programa de salud, se ha tenido que priorizar los problemas que podemos encontrar en pacientes con TDAH y en su familia. Para ello se ha realizado una valoración y a través de la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC, se han establecido los siguientes diagnósticos:

- Riesgo de soledad (00054) r/c falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.
- Riesgo de baja autoestima situacional (00153) r/c fallo, rechazo, expectativas reales sobre sí misma.
- Ansiedad (00146) r/c el estado de salud m/p autoevaluación o sentimientos negativos de sí mismo.
- Afrontamiento familiar comprometido (00074) r/c La persona de referencia tiene información o comprensión inadecuada o incorrecta m/p La persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas efectivas de ayuda y soporte.
- Disposición para mejorar los conocimientos (00161) m/p manifiesta interés en el aprendizaje.
- Disposición para mejorar el rol parental (00164) m/p manifiesta deseos de mejorar el rol parental (25-27) (ANEXO 6).

El diagnóstico en el que vamos a basar este programa es el afrontamiento familiar comprometido, ya que muchas veces, este diagnóstico trae consigo a los anteriores. Para los padres, la educación de sus hijos es una de sus preocupaciones principales, y cuando ven que no son capaces de dar a sus hijos lo que necesitan, ya que no entienden exactamente lo que les pasa, se crea una frustración en ellos que se traduce en diferentes trastornos que también afectan al niño. Cuando existe un conocimiento acerca de lo que el TDAH significa, y las dificultades que trae consigo, se le podrá ofrecer al niño muchas más posibilidades siendo esto positivo para su evolución, y para el estado psicológico tanto del hijo como de los padres. Ambas partes se entenderán mejor, creando una mayor armonía familiar (2,17).

b. POBLACIÓN DIANA

La población a la que va dirigido este programa, son los padres, madres, o parejas de alguno de ellos, de niños con TDAH de entre 5 y 16 años que residan en este momento en el barrio Actur. Deben tener el trastorno diagnosticado por personal facultativo de más de 1 año de evolución. Este trastorno debe suponer además de un problema de salud para el niño, un conflicto familiar, que están dispuestos a aprender a manejarlo.

Solo podrá asistir un familiar por niño, y el aforo máximo será de 20 personas.

c. RECURSOS NECESARIOS

PERSONAL

Dos enfermeras que llevarán a cabo tanto la preparación como el desarrollo del programa de salud. Además de forma altruista la ayuda del personal del centro de salud.

MATERIAL

- 10 carteles divulgativos
- 25 dípticos informativos
- 20 hojas de inscripción para los padres
- Fichas que se utilizarán en las diferentes sesiones (evaluación, encuesta, recomendaciones, entre otras)
- 20 bolígrafos

El centro de salud prestará las sillas, el proyector, la pantalla, pizarra, y un bolígrafo para la pizarra. Las enfermeras llevarán su ordenador personal con los documentos preparados para las sesiones.

Al finalizar las sesiones, se les ofrecerá recursos informativos como la guía práctica para padres de TDAH (disponible en la web de FEAADAH).

ESPACIO

El centro de salud prestará su sala multiusos para la realización del programa.

PRESUPUESTO ECONÓMICO

SESIONES	PREPARACION = 6H x 30€/H x 2 Enfermeras = 360 € SESIONES= 7H x 30€/H x 2 Enfermeras = 420€
CARTELES	10 x 0,40€ = 4€
DÍPTICOS	20 x 0,20€ = 4€
HOJAS INSCRIPCIÓN	20 x 0,02€ = 0,4€
FICHAS	200 x 0,02€ = 4€
BOLÍGRAFOS	20 x 0,50€ = 10€
TOTAL	802,40 €

d. ACTIVIDADES.

PRIMERA SESIÓN: “¿Qué es el TDAH?”

Los temas a tratar en la primera sesión serán los siguientes:

- Definición de TDAH.
- Causas de TDAH.
- Problemas a consecuencia del TDAH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODOS DIDÁCTICOS	MATERIAL	DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Que los padres conozcan la definición exacta de TDAH, y la prevalencia en España. - Conocer la sintomatología del TDAH, así como sus causas y consecuencias. - Resolver dudas sobre los conceptos previos que tienen de TDAH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesión teórica con el apoyo visual de la presentación power – point. 	<ul style="list-style-type: none"> - 20 sillas colocadas en 3 filas - Ordenador - Pantalla y proyector - Pizarra y rotulador - 20 encuestas iniciales y 20 bolis 	2 horas

En esta primera sesión lo primero que se realizará será una presentación tanto de las enfermeras, como de los participantes.

Al inicio de la sesión se entregará una encuesta para valorar los conocimientos previos de cada uno de ellos, y poder evaluarlo al final (ANEXO 7)

Esta sesión será prácticamente teórica, se explicarán a través de un power-point la definición, causas, consecuencias, prevalencia, etc. Todo esto se realizará en base a la revisión bibliográfica realizada anteriormente.

Al final de la sesión habrá tiempo de resolver todas las dudas que tengan los padres.

SEGUNDA SESIÓN: "Principales preocupaciones de los padres"

Los temas a tratar serán:

- Cuáles son los síntomas que más preocupan a los padres.
- Principales quejas de los profesores.
- La frustración de no saber dar a tu hijo lo que necesita.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODOS DIDÁCTICOS	MATERIAL	DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Expresar las principales quejas de los hijos tanto en casa como en la escuela. - Conocer las preocupaciones del resto de padres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio oral para expresar los miedos y preocupaciones. - Lluvia de ideas. - Vídeo de elaboración propia con el testimonio de diferentes familias. - Rellenar fichas para ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> - 20 sillas colocadas en 3 filas - Ordenador - Pantalla y proyector - Pizarra y rotulador - Fichas para rellenar y bolígrafos 	2 horas

En esta segunda sesión profundizaremos más en el tema e intentaremos que los padres se consigan contar sus inquietudes y aquellas cosas que les provocan ansiedad.

Lo primero que realizaremos es una ficha que tendrán que rellenar (ANEXO 8), después, a modo de lluvia de ideas, cada uno de los padres irá diciendo alguna de las cosas que haya escrito. Nosotros en la pizarra iremos haciendo un cuadro resumen en el que al final aparecerán todos miedos de los padres. Esto servirá para que se den cuenta que a todos les preocupan cosas parecidas, y que es normal.

Por último se proyectará un vídeo en el que se verán los testimonios de familias con niños con TDAH que han conseguido llevar una vida normal, tanto ellos como sus hijos.

TERCERA SESIÓN: “Maneras de ayudar y comprender a mi hijo”

Los temas a tratar serán los siguientes:

- Recomendaciones para padres en el cuidado de sus hijos con TDAH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉTODOS DIDÁCTICOS	MATERIAL	DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los diferentes métodos y técnicas que ayudan al manejo de un niño con TDAH. - Disminuir la ansiedad que provoca no saber cómo manejar la situación. - Resolver dudas sobre los métodos que normalmente utilizan en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Power point con las diferentes recomendaciones - Lluvia de ideas 	<ul style="list-style-type: none"> - 20 sillas colocadas en 3 filas - Ordenador - Pantalla y proyector - Pizarra y rotulador - Ficha de recomendaciones (ANEXO 10) 	2 horas

La tercera sesión, es la más importante, una vez entrados ya en materia, los padres van a aprender métodos para tratar a sus hijos.

Primero se realizará una lluvia de ideas, con las cosas que ellos creen que son efectivas y que pueden ayudar a otros padres. Más tarde se proyectará un power point con las diferentes recomendaciones de la FEEADAH. Se les entregará un resumen para que lo tengan siempre a su disposición.

En esta sesión se invitará a los padres a que pongan en práctica todo lo aprendido en las sesiones.

CUARTA SESIÓN: “Dudas y problemas que me han surgido”

En la última sesión, que solo durará una hora, se resolverán todas las dudas y problemas que hayan podido surgir durante el último mes en casa.

Una vez acabada la sesión, se entregarán unas hojas de evaluación (ANEXO 11), para conocer todos los aspectos que se pueden mejorar del programa de salud

e. ORGANIGRAMA

SESIÓN	TÍTULO	LUGAR	FECHA	HORARIO
SESION 1	¿Qué es el TDAH?	Sala Multiusos C.S. Actur Sur	9 Mayo	18-20h
SESIÓN 2	Principales preocupaciones de los padres	Sala Multiusos C.S. Actur Sur	16 Mayo	18-20h
SESIÓN 3	Maneras de ayudar y comprender a mi hijo	Sala Multiusos C.S. Actur Sur	23 Mayo	18-20h
SESIÓN 4	Dudas y problemas que me han surgido	Sala Multiusos C.S. Actur Sur	20 Junio	18-19h

f. CRONOGRAMA

Las diferentes etapas del programa se ven reflejadas en el siguiente diagrama de Gantt:

MES	ENERO			FEBRERO				MARZO					ABRIL				MAYO				JUNIO					JULIO		
SEMANA	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3
Revisión bibliográfica																												
Preparación sesiones																												
Captación población Diana																												
Realización Programa																												
Evaluación programa																												

g. EVALUACIÓN

Se evaluará el grado de conocimientos adquiridos sobre el tema; la satisfacción de los participantes; el número de dípticos repartidos; la afluencia a las diferentes sesiones; y el grado de cumplimiento de los objetivos tanto específicos como generales.

7. CONCLUSIONES

El TDAH es una enfermedad que está en aumento, y cada vez son más los niños que la padecen, así como cada vez son más los dilemas que surgen en torno a ella. Existe controversia sobre si se debe medicar a los niños o no, así como teorías de hiper e hipo diagnóstico.

Se debe seguir trabajando tanto en atención primaria, como en salud mental educando a profesores y padres, porque entre todos se puede conseguir un futuro con más posibilidades para estos niños.

Con la realización de este programa de salud el niño conseguirá una mejor adaptación a su familia. Los padres disminuirán su ansiedad, y la frustración de no saber cómo cuidar a su hijo. Habrá un mejor entorno familiar, y serán capaces de superar mejor los problemas que pueden ir surgiendo a lo largo de la enfermedad.

Con este trabajo se pretende demostrar el papel tan importante que tienen las enfermeras en atención primaria, y toda la educación para la salud que pueden realizar, tanto de este, como de otros temas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Reátegui Villegas DA, Vargas Murgas H. Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención por hiperactividad. Rev Med Hered 2008; 19(3). Disponible en : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2008000300003&script=sci_arttext
2. López Collado B, Romero Ayuso DM. Influencia del entorno familiar en las actividades escolares en los niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad: una aproximación cualitativa. TOG (A Coruña) [internet]. 2012 [citado 24 abril 2017]; 9(15):1-26. Disponible en: www.revistatog.com/num15/pdfs/original7.pdf
3. López Sánchez GF, López Sánchez L, Díaz Suárez A. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y actividad física. EmásF [internet]. 2015 [citado 24 abril 2017]; (15): 53-65. Disponible en: http://emasf.webcindario.com/Trastorno_por_TDAH_y_actividad_fisica.pdf
4. Osma Santiago R, Sorlí Guerola JV. Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad: Importancia de una detección temprana desde atención primaria. Investigación y Cuidados. 2012-2013; 11(24-25):34-41. Disponible en: http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=688055_1
5. De Anta L, Alonso V, Octavio I, Quintero J. Trastornos mentales y del comportamiento en la niñez y la adolescencia. Medicine. 2015 [citado 24 abril 2017]; 11(86): 5127-5136. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215002309>
6. Lopez Seco F, Masana Marín A, Martí Serrano S, Acosta García S, Gaviria Gómez AM. Curso del trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad en una muestra ambulatoria. An Pediatr (Barc). 2012 [citado 24 abril 2017]; 76(5): 250-255. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403311005066>
7. Vegue Gonzáles M, Alvaro Brun E, Santiago Saez A, Danaan Danaan A. Retrospective evaluation of attention déficit hyperactivity disorder with the wender Utah rating scale in a sample of spanish prison inmates. J Forensic Sci. 2011; 56: 1556-61
8. Marín Méndez JJ, Borra Ruiz MC, Álvarez Gómez MJ, Sotullo Esperón C. Desarrollo psicomotor y dificultades del aprendizaje en preescolares con probable trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Estudio epidemiológico en Navarra y La Rioja. Neurología. 2016 [citado 24 abril 2017]; Disponible en:

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316001183>
9. Leavy P. "¿Trastorno o mala educación?" Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez y Juv.* 2013 [citado 24 abril 2017]; 11(2): 675-688. Disponible en: <http://revistalationamericanaumanizales.cinde.org.co>
 10. Iglesias García MT, Gutiérrez Fernández N, John Loew S, Rodríguez Pérez C. Hábitos y técnicas de estudio en adolescentes con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *European Journal of Educ and Psychol.* 2016 [citado 24 abril 2017]; 9(1): 29-37. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888899215000379>
 11. Vélez van Meerbeke A, Zamora IP, Gurmán G, Figueroa B, López Cabra CA, Talero Gutiérrez C. Evaluación de la función ejecutiva en una población escolar con síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología.* 2013 [citado 24 abril 2017]; 28(6): 348-355. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531200206X>
 12. Eliana Rodillo B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Rev Med Clin Condes.* 2015 [citado 24 abril 2017]; 26(1): 52-59. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000097>
 13. Wilma Ribera-Flores G. Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y la niñez. *Acta de investigación psicológica.* 2013 [citado 24 abril 2017]; 3(2): 1079-1091. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709530>
 14. Vélez van Maarkebe A, Talero Gutiérrez C, Zamora Miramón I, Guzmán Ramírez GM. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: de padres a hijos. *Neurología.* 2017 [citado 24 abril 2017]; 32(3): 158-165. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531500208X>
 15. Federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad [internet] [citado 24 abril 2017] Disponible en: <http://www.feadah.org/es/>
 16. Rico Martín MC, Campos Martínez EV, Hijano Muñoz JM. Intervención educativa del TDAH en niños. *Paraninfo Digital.* 2016 [citado 24 abril 2017]; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/030.php>

17. Álvarez Fernández AJ. TDAH: Reflexiones y Desafíos. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria. 2008 [citado 24 abril 2017]; 8(2): 185-192. Disponible en: <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos8.2.pdf#page=53>
18. Cornellá Canals J, Juárez López JR. Sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con el maltrato infantil: predictor y consecuencia. An Pediatr (Barc). 2014 [citado 24 abril 2017]; 81(6): 398 e1-5. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/sintomatologia-del-trastorno-por-deficit/articulo/S1695403314003154/>
19. Balbuena Rivera F. La elevada prevalencia del tdah: posibles causas y repercusiones socioeducativas. Psicol Educ. 2016 [citado 24 abril 2017]; 22(2): 81-85. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135755X16000051>
20. Jara Segura AB. El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (CIE 10, DSM IV-R y CFTMEA-R2000). Norte de Salud Mental. 2009 [citado 24 abril 2017]; 8(35): 30-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830265>
21. Más Pérez C. El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. Clínica y Salud. 2009 [citado 24 abril 2017]; 20(3): 249-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009003300006
22. Fernández Pérez M, Gonzalvo Rodríguez C. Diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con 7sin hiperactividad mediante el cribado recomendado por la Academia American de Pediatría para la atención primaria en las cohortes de 8 años durante 4 años consecutivos. An Pediatr (Barc). 2012 [citado 24 abril 2017]; 76(5): 256-260. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1695403311005236>
23. Blasco Fontecilla H, Gonzales Pérez M, García López R, Poza Cano B, Pérez Moreno MR, de León Martínez V, et al. Eficacia del ajedrez en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un estudio prospectivo abierto. Rev Psiquiatr Salud Met (Barc.) 2016 [citado 24 abril 2017]; 9(1): 13-21. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989115000488>
24. Rodríguez- Salinas Pérez E, Navas García M, González Rodríguez P, Forminaya Gutiérrez S, Duelo Marcos M. La y escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006 [citado 24 abril 2017]; 8: 175-198. Disponible en: <http://pap.es/files/1116-598-pdf/623.pdf>

25. Henderman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2014.
26. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ªed. Barcelona: Elsevier; 2014.
27. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ªed. Barcelona: Elsevier; 2014.
28. Botero Franco D, Palacio Ortiz JD, Arroyave Sierra P, Piñeros Ortiz S. implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatría infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios. Rev Colomb Psiquiat. 2016 [citado 24 Abril 2017]; 45(3): 201-213. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0034745015001171>
29. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana; 2000 [citado 24 abril 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
30. Aprendiendo con TDAH [internet]. Schneider M, Robin A. "La técnica de la tortuga: un método para el autocontrol de la conducta impulsiva". Universidad del Estado de Nueva York (Stony Brook). Disponible en:
http://www.aprendiendocontdah.com/materiales/LA_TECNICA_DE_LA_tortuga.pdf
31. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Guía para padres. Función de Neuropsicología clínica [internet][citado 24 Abril 2017]. Disponible en:
<http://www.fnc.org.ar/pdfs/Guia%20para%20Padres%20sobre%20el%20TDAH.pdf>

9. ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA WURS

Escala comportamental Wender Utah, para la evaluación retrospectiva de TDAH en adultos.

DE PEQUEÑO YO ERA (O TENÍA)

- Nada en absoluto o casi nada
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Bastante
 - Mucho
-
1. Activo, no paraba nunca
 2. Miedo de las cosas
 3. Problemas de concentración, me distraía con facilidad
 4. Ansioso, preocupado
 5. Nervioso, Inquieto
 6. Poco atento, "en las nubes"
 7. Mucho temperamento, saltaba con facilidad
 8. Tímido, sensible
 9. Explosiones de genio, rabietas
 10. Problemas para terminar las cosas que empezaba
 11. Testarudo, cabezota
 12. Triste, deprimido
 13. Imprudente, temerario, hacia travesuras
 14. Insatisfecho con la vida, no me gustaba hacer ninguna cosa
 15. Desobediente con mis padres, rebelde, contestón.
 16. Mala opinión de mí mismo
 17. Irritable
 18. Extravertido, amigable, me gustaba la compañía de los demás.
 19. Descuidado, me organizaba mal.
 20. Cambios de humor frecuentes: alegre, triste
 21. Enfadado
 22. Popular, tenía amigos
 23. Me organizaba bien, ordenado, limpio
 24. Impulsivo, hacía las cosas sin pensar.
 25. Tendencia a ser inmaduro
 26. Sentimientos de culpa, remordimientos
 27. Perdía el control de mí mismo
 28. Tendencia a ser o a actuar irracionalmente
 29. Poco popular entre los demás chicos, los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con los demás

30. Mala coordinación, no hacía deporte
31. Miedo a perder el control
32. Buena coordinación, siempre me escogía de los primeros para el equipo
33. Un chico (sólo si es mujer)
34. Me escapaba de casa
35. Me metía en peleas
36. Molestaba a otros niños
37. Líder, mandón
38. Dificultades para despertarme
39. Me dejaba llevar demasiado por los demás
40. Dificultad para ponerme en el lugar de otros
41. Problemas con las autoridades en la escuela, visitas al jefe de estudios
42. Problemas con la policía

PROBLEMAS MÉDICOS EN LA INFANCIA

43. Dolor de cabeza
44. Dolor de estómago
45. Estreñimiento
46. Diarrea
47. Alergia a alimentos
48. Otras alergias
49. Me orinaba en la cama

DE NIÑO EN LA ESCUELA YO ERA (O TENÍA)

50. En general un buen estudiante, aprendía rápido
51. En general un mal estudiante, me costaba aprender
52. Lento para aprender a leer
53. Leía despacio
54. Dislexia
55. Problemas para escribir, deletrear.
56. Problemas con los números o las matemáticas
57. Mala caligrafía
58. Capaz de leer bastante bien pero nunca me gustó hacerlo
59. No alcancé todo mi potencial
60. Repetí curso ¿ cual?.....
61. Expulsado del colegio ¿ qué cursos.....

Fuente: Vélez van Meerbeke A et al. (14).

ANEXO 2

CRITERIOS DEL DSM-5: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

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

1. Inatención: Al menos 6 de los siguientes síntomas han persistido al menos 6 meses en un grado que no se corresponde con el nivel del desarrollo del sujeto y que repercuten directamente de manera negativa en las actividades sociales y académicas/ocupacionales. Nota: los síntomas no son una manifestación de comportamiento oposicionista, desafiante, hostil o una falla para entender las tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y adultos (17 años o más), se requiere de al menos cinco de los síntomas.

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, el trabajo u otras actividades (por ejemplo, se pasa por alto o pierde detalles, el trabajo no es exacto)
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego (por ejemplo, tiene dificultad para permanecer concentrado durante las conferencias, conversaciones o la lectura de textos extensos)
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (su mente parece en otra parte, incluso en ausencia de cualquier distractor externo evidente)
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones o no termina las tareas en la escuela, los oficios en casa o los deberes en el trabajo (comienza tareas, pero rápidamente pierde el objetivo y se desvía fácilmente)
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (tiene dificultades para manejar las tareas secuenciales y mantener los materiales y pertenencias en orden; el trabajo es desordenado, tiene mala gestión del tiempo y tiende a incumplir los plazos)
- f) A menudo evita, no le gusta o es renuente a hacer las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos o, para los adolescentes mayores y adultos, la elaboración de informes, llenar formularios o la revisión de documentos largos)
- g) A menudo pierde los objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, útiles escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, llaves, documentos, anteojos o teléfonos móviles)

- h) A menudo se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes (para los adolescentes mayores y los adultos, esto puede incluir pensamientos no relacionados con la actividad que deben realizar)
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias, las tareas y los mandados (para adolescentes y adultos mayores, devolver una llamada telefónica, pagar las cuentas y las citas)

2. Hiperactividad e impulsividad: Al menos seis de los siguientes síntomas han persistido al menos 6 meses en un grado que no se corresponde con el nivel del desarrollo del sujeto y que repercuten directa y negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales. Nota: los síntomas no son una manifestación de comportamiento oposicionista, desafiante, hostil o una falla para entender las tareas o instrucciones. Para los adolescentes mayores y adultos (17 años o más), se requiere de al menos cinco de los síntomas.

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado (por ejemplo, abandona su asiento en el salón de clase, la oficina o el lugar de trabajo o en otras situaciones en que se requiere permanecer en el lugar)
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud interior)
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si «tuviera un motor» (por ejemplo, le incomoda o no puede permanecer quieto durante un tiempo, como en un restaurante o una reunión, o los demás lo ven inquieto o incomodo)
- f) A menudo habla en exceso Impulsividad:
- g) A menudo da respuestas precipitadas antes de haberse completado la pregunta (por ejemplo, completa las frases a los demás, no espera los turnos en la conversación)
- h) A menudo tiene dificultades para respetar el turno (por ejemplo, esperar en una fila)
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos o usa las cosas de los demás sin pedir permiso; para adolescentes y adultos, se entromete en las actividades de los demás)

B. Varios síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 12 años de edad

C. Varios de los síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la casa, la escuela o el trabajo, con amigos o familiares y en otras actividades)

D. Evidencia clara de que los síntomas interfieren con la calidad del desempeño social, académico o laboral o la reducen

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de esquizofrenia u otro trastorno psicótico o de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad, intoxicación por sustancias o abstinencia)

- Nota: DSM-5 no excluye el diagnóstico de TDAH en personas con TEA
Especificar si: Presentación combinada: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses
Presentación con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1 pero no el A2 durante los últimos 6 meses
- Presentación con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2 pero no el A1 durante los últimos 6 meses

Especificar si:

- En remisión parcial

Especificar la gravedad actual:

- Leve, moderada, grave

Fuente: Botero Franco D et al. (28).

ANEXO 3

CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL TRASTORNO DE LA ACTIVIDAD Y LA ATENCIÓN CIE – 10

<p>DÉFICIT DE ATENCIÓN</p>	<p>Por lo menos seis de los siguiente síntomas durante al menos seis meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que le dice. 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas y otras omisiones. 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas, tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido. 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc. 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
<p>HI PERACTIVIDAD</p>	<p>Por lo menos tres de los siguientes síntomas durante al menos tres meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o revolviéndose en el asiento. 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
<p>IMPULSIVIDAD</p>	<p>Uno de lo siguientes síntomas durante al menos 6 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones de grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

Tabla: Datos obtenidos de la guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 de la Organización mundial de la Salud (OMS) (28) y tabla de elaboración propia.

ANEXO 4

LA TÉCNICA DE LA TORTUGA

¿Qué es la Tortuga? ¿En qué consiste la técnica de la Tortuga? Esta técnica utiliza la analogía de la tortuga, la cual como bien se sabe, se repliega dentro de su concha cuando se siente amenazada. De la misma manera, se enseña al niño a replegarse dentro del caparazón imaginario cuando se sienta amenazado, al no poder controlar sus impulsos y emociones ante estímulos ambientales, etc. En la práctica:

- Se enseña al niño a responder ante la palabra clave "tortuga", encogiéndose, cerrando su cuerpo, metiendo la cabeza entre sus brazos.
- Después de que el niño ha aprendido a responder a la tortuga, se lo enseña a relajar sus músculos mientras hace la tortuga. La relajación es incompatible con la elevación de la tensión de los músculos necesaria para mostrar una conducta disruptiva/agresiva y, por tanto, decrece la probabilidad de la ocurrencia de esta conducta.
- Enseña al niño a utilizar las técnicas de solución de problemas para evaluar las distintas alternativas para manejar la situación que le ha llevado a hacer la tortuga. Esta tercera parte de la secuencia TORTUGA-RELAJACION-SOLUCION DE PROBLEMAS se puede enseñar de distintas formas, en un grupo de discusión, contando una historia, modelando, haciendo "role-playing" y con refuerzo directo, etc.

Se instruye a los niños en cada paso de la técnica hasta que tengan el dominio de la misma y entonces se puede pasar a la etapa siguiente. De esta manera, paso por paso, queda asegurado que todos los niños han aprendido el procedimiento.

Fuente: Aprendiendo con TDAH (29)

ANEXO 5

CARTEL Y DÍPTICO INFORMATIVO



es mas comunicación y formación

TDH MEDIDAS PRACTICAS PARA PADRES

9, 16, 23 MAYO Y 20 JUNIO 2017
Inscripciones en C.S. Actur Sur (Zaragoza)
PLAZAS LIMITADAS

The image is a promotional poster for a course on ADHD (TDH) for parents. It features a central photograph of a young girl with blonde hair in pigtails, wearing a red and white striped shirt. She has colorful paint (red, yellow, blue, green) on her hands and face, and she is smiling broadly. The background of the poster is green. At the top left, there is a logo for 'es mas' with the tagline 'comunicación y formación'. The main title 'TDH MEDIDAS PRACTICAS PARA PADRES' is written in large, white, hand-drawn style letters. Below the photo, the dates '9, 16, 23 MAYO Y 20 JUNIO 2017' and the location 'Inscripciones en C.S. Actur Sur (Zaragoza)' are written in a white, cursive font. At the bottom, 'PLAZAS LIMITADAS' is written in a white, bold, sans-serif font.

Fuente: Elaboración propia.

TDAH

MEDIDAS PRACTICAS
PARA PADRES



9, 16, 23 MAYO 2017

20 JUNIO 2017

C.S. Actur Sur
(Sala Multiusos)

“Todos los niños
nacen artistas.
El problema es cómo
seguir siendo artistas
al crecer.”

Pablo Picasso



9 Mayo 2017 (18-20h)

¿Qué es el TDAH?

Responderemos a tu pregunta y además se hablará de causas, consecuencias y sintomatología.

16 Mayo 2017 (18-20h)

Mayores preocupaciones

Hablaremos de cuáles son las cosas que más le preocupan, y veremos testimonios similares a los suyos .

23 Mayo 2017 (18-20h)

¿Cómo ayudar a mi hijo?

Explicaremos las diferentes recomendaciones para padres con hijos con TDAH.

20 Junio 2017 (18-19h)

Dudas y preguntas



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN	R/C	M/P	OBJETIVOS	INTERVENCIONES
Riesgo de soledad (00054)	Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás.	Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.		- Funcionamiento de la familia	- Apoyo emocional - Estimulación de la integridad familiar
Riesgo de baja autoestima situacional (00153)	Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.	Fallo, rechazo, expectativas reales sobre sí misma.		- Aceptación: estado de salud - Afrontamiento de problemas	- Potenciación de la autoestima - Apoyo emocional
Ansiedad (00146)	Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.	El estado de salud.	Autoevaluación o sentimientos negativos de sí mismo.	- Afrontamiento de problemas - Autocontrol de la ansiedad	- Técnicas de relajación - Apoyo emocional - Asesoramiento

<p>Afrontamiento familiar comprometido (00074)</p>	<p>La persona que habitualmente brinda el soporte principal (un miembro de la familia o amigo íntimo) proporciona en este caso, un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud</p>	<p>La persona de referencia tiene información o comprensión inadecuada o incorrecta.</p>	<p>La persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas efectivas de ayuda y soporte.</p>	<p>- Salud emocional del cuidador principal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la ansiedad - Apoyo a la familia - Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención
<p>Disposición para mejorar los conocimientos (00161)</p>	<p>La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.</p>		<p>Manifiesta interés en el aprendizaje.</p>	<p>- Motivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza: proceso de enfermedad. - Mejora de la autoconfianza
<p>Disposición para mejorar el rol parenteral (00164)</p>	<p>Patrón de provisión de un entorno para los niños u otras personas dependientes que es suficiente para favorecer el crecimiento y desarrollo y que pueda ser reforzado.</p>		<p>Manifiesta deseos de mejorar el rol parenteral.</p>	<p>- Funcionamiento de la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la autoconfianza - Mejora del afrontamiento

Fuente: Datos recogidos de NANDA – NIC – NOC (25-27) con tabla de elaboración propia.

ANEXO 7

CONOCIMIENTOS PREVIOS DE TDAH

Rodee con un círculo su respuesta

Género:

- a) Masculino b) Femenino

Género del niño con TDAH:

- a) Masculino b) Femenino

Edad _____

Edad del niño con TDAH _____

1. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el TDAH?

- a) Sí.
b) No.

2. ¿Cuánto cree que conoce sobre el TDAH?

- a) Nada.
b) Poco.
c) Regular.
d) Mucho.

3. ¿Conoce las causas y consecuencias del TDAH?

- a) Sí.
b) No.

4. ¿Sabe cómo tratar a su hijo con TDAH?

- a) Sí.
b) No.

5. ¿Conoce alguna secretaria, institución, ONG, personas, etc. que se ocupen de esta problemática?

a) Sí.

b) No.

En caso de afirmativo, indique cuáles. _____

6. ¿Alguna vez ha buscado ayuda para su hijo?

a) Sí.

b) No.

En caso afirmativo, índice de que tipo _____

7. ¿Cree que la enfermera de su centro de salud podría servirle de ayuda tanto a su hijo como a usted?

a) Sí.

b) No.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 8

PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

Rellena este cuestionario:

1. Escribe las tres cosas que más le preocupan acerca del comportamiento de su hijo:

-
-
-

2. Escribe las tres principales quejas que tienen los profesores respecto al comportamiento de su hijo:

-
-
-

3. Escribe los principales miedos que le produce este trastorno:

-
-
-

4. Escribe aquellos comportamientos que le resulten más molestos:

-
-
-

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 9

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LOS FORMADORES:

1. ¿Crees que la información proporcionada ha sido útil y clara?
2. ¿Sería necesaria alguna sesión más para aclarar el tema propuesto?
3. ¿Los medios, así como las instalaciones eran adecuados?
4. ¿Consideras que la preparación de los formadores era suficiente?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 10

RECOMENDACIONES PARA PADRES CON TDAH

1. Confirman el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad por medio de profesionales especialmente capacitados.
2. Obtengan una devolución diagnóstica específica: por ejemplo, "su hijo tiene problemas emocionales" no es un diagnóstico aunque podría ser la puntada inicial de una descripción. De ser necesario, solicite al profesional que efectúe el diagnóstico por escrito.
3. Inicien el tratamiento solamente con profesionales que tengan adecuada formación en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
4. Busquen información sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad prestando más atención a quienes tienen un sólido respaldo científico. En el campo del TDAH, como en cualquier otro aspecto de la vida, podrán encontrar opiniones diferentes, pero sepan diferenciar entre discusiones científicas y aquellas que son solamente pseudo científicas.
5. No se conformen con un listado de problemas o síntomas: "lados débiles", procuren desarrollar una perspectiva integral de su hijo, para lo cual tengan bien presentes tanto ustedes como los profesionales sus virtudes: "lados fuertes". No irán lejos en el tratamiento de si no revalorizan a su hijo ante ustedes mismos.
6. Obtengan un Tratamiento Multimodal. Los fármacos a veces son imprescindibles, pero no menos necesario es aprender formas nuevas para educar al niño y que éste, desarrolle estrategias tanto para afrontar las dificultades del TDAH como para potenciar sus aspectos positivos.
7. Una parte esencial del Tratamiento Multimodal es el Entrenamiento de Habilidades Parentales. No se conformen con consejos del tipo: "póngale límites", "pase más tiempo con su hijo". Demande que el profesional le transmita una metodología para cambiar la relación con su hijo en una dirección positiva, lo oriente y supervise en esos esfuerzos.
8. Organicen actividades en las que ustedes tengan una involucración positiva con su hijo, en el entrenamiento parental se les enseñará "el tiempo especial de juego", pero además seleccionen actividades artísticas, recreativas, deportivas, de hobby, etcétera que favorezcan una conexión positiva.
9. Pidan información concreta sobre qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de manera tal que ustedes piensen y sientan que ahora "entienden" por qué su hijo se comporta como se comporta.
10. Busquen una escuela con autoridades y docentes que conozcan el trastorno, lo comprendan, sepan cómo remediarlo, al menos

parcialmente, mediante adecuadas intervenciones en el aula y/o modificaciones en la instrucción o el currículo (o se hallen dispuestas a aprender).

11. Busquen una escuela que disfrute de la interacción con profesionales externos y esté dispuesta a dialogar con ellos sobre los cambios que la escuela puede favorecer tanto desde la óptica educacional como psicológica y social.
12. Comprometa al profesional que atiende a su hijo a que brinde asesoramiento a la escuela si ésta no dispone de los conocimientos o profesionales de las ciencias de la educación entrenados y si ésta sí dispone de ellos, que esté abierto al diálogo con el fin de elaborar consensos.
13. Colabore intensamente con la escuela de sus hijos, aprendan a desarrollar programas de intervención en forma conjunta.
14. El 50% de los niños con TDAH padecen otro trastorno en comorbilidad (es decir, que tienen más de una dificultad trastorno), por ende asegúrese de que se han diagnosticado correctamente todos los aspectos del problema. Muchas veces el diagnóstico debe ser Multidisciplinario.
15. Busque el tratamiento apropiado y más eficaz para cada uno de los trastornos acompañantes. Si hay trastornos de aprendizaje deberá realizar un tratamiento psicopedagógico, etcétera. En estos casos, es muy importante que un profesional tome la responsabilidad de "administrar" el caso, de forma tal que los profesionales involucrados acuerden con ustedes un plan de trabajo.
16. La educación de un niño con TDAH puede ser una tarea difícil aunque excitante. Los padres deben prestarse apoyo recíprocamente, ser equilibrados, justos y ejecutivos en la resolución de problemas.
17. Manténganse calmos: ustedes no pueden darse el lujo de perder la calma con la misma facilidad que su hijo cambia de canal el televisor. Conozca cuáles son las situaciones que lo perturban más y desarrolle estrategias para afrontarlas. La ira de los padres en vez de disuadir ciertos comportamientos tiende a potenciarlos.
18. Parte de la Ayuda que deben prestarse es tener claro cuándo deben actuar juntos y cuándo turnarse de forma tal de evitar la sobre exposición.
19. Muchos padres tienden a aislarse social y familiarmente como consecuencia de las disconductas del niño. Esto se debe evitar, por ejemplo, poniendo en práctica estrategias que faciliten al niño el desarrollo de sus habilidades sociales. Existen programas de entrenamientos de habilidades sociales y técnicas de modificación comportamental para conseguir que su hijo se comporte más apropiadamente fuera del hogar.
20. Los padres deben proveer a su hijo de un ambiente estructurado con moderación pero sin rigideces innecesarias: horarios de comida,

- sueño, estudio y esparcimiento deben estar ordenados razonablemente.
21. Si el entrenamiento parental no ha logrado que los padres puedan trabajar de manera conjunta y apropiada, se debe considerar la Terapia Familiar. Recomendamos los abordajes sistémicos. No vacilen en pedir ayuda para ustedes mismos.
 22. Los niños con TDAH pueden beneficiarse en extremo de la realización de actividades físicas, éstas no lo curan, pero siempre es preferible que haya participado de actividades deportivas, especialmente grupales, a que haya pasado la tarde mirando televisión. Esto en función del común déficit social que presentan muchos niños con TDAH.
 23. Alíentén también las actividades creativas, ligadas a todas las formas artísticas: pintura, dibujo, música, etcétera; pero en contextos estructurados.
 24. Los movimientos ociosos de su hijo que no perturben o sean peligrosos no deben ser bloqueados. A la larga el niño fallará en conseguir lo que usted quiere y simplemente habrá aumentado su nivel de stress. Concéntrese en restringir sólo lo que es necesario.
 25. Ayude a su hijo a manejar la tendencia que tiene de querer tocarlo todo, por ejemplo, proporciónale un objeto o juguete para manipular en las situaciones que debe permanecer mucho tiempo sentado (en un viaje, por ejemplo), favorezca la presencia entre sus juguetes de equipos que el permitan manipulaciones y armados de estructuras tridimensionales, y si su hijo, mientras presta atención necesita manipular un objeto permítalo siempre y cuando "realmente" preste atención.
 26. Establezcan límites claramente delimitados: por ejemplo, si está tratando que el niño aprenda respetar una regla específica coloque carteles recordatorios, explíquelo cuál es el comportamiento correcto, ejecútelo usted mismo como demostración y haga que lo reproduzca: insista hasta haber moldeado correctamente la respuesta.
 27. Realicen una especificación precisa y concreta de qué comportamientos consideran aceptables y cuáles no. Confirman que el niño conoce el desempeño que se le solicita (por ejemplo, por el procedimiento recién descrito).
 28. Establezcan consecuencias positivas o negativas claramente. El niño debe saber con exactitud cuáles serán las consecuencias de sus conductas.
 29. Provea control, dirección y supervisión estrecha. La mayoría de los niños con TDAH responden "casi" normalmente en situaciones de uno a uno, especialmente si se refuerza en forma positiva su comportamiento.

30. Organice y supervise su agenda: un momento y un lugar para cada cuestión. No vacile en que esa agenda sea un inmenso letrero en la habitación del niño. Supervise y aliente su uso.
31. Ayuden a su niño a organizarse, dividiendo las tareas en partes que él pueda manejar: por ejemplo, si un niño de 7 años debe hacer una tarea tediosa que lleva 30 minutos para ser ejecutada, puede ser apropiado dividirla en tres partes con pequeños y breves descansos. Supervise estrechamente.
32. Tome conciencia de las capacidades reales de su hijo en cada momento y no lo empuje más allá: suba la escalara un peldaño por vez.
33. Asegúrele un lugar tranquilo despejado de distractores para trabajar en el hogar: nada de televisión o música cantada; el escritorio preferentemente contra una pared sin demasiadas cosas atractivas, aunque allí bien puede estar su horario escolar, su agenda y recordatorios escolares.
34. Regule la cantidad de tiempo en que tiene acceso a la televisión o vídeo games. No es necesario prohibirlos ni apropiado, pero establecer un límite horario es prudente. Las capacidades atencionales de un niño no mejoran cuando mira televisión, aunque sí “deje de molestar”.
35. Ayuden a que establezcan prioridades sobre criterios eficaces. Los niños con TDAH cuando tienen más de 3 o 4 tareas a ser ejecutadas pueden presentar problemas en hacer un plan y ejecutarlo ordenadamente.
36. Recompense a su hijo frecuentemente y en especial, de forma cercana al momento en que ha exhibido un buen comportamiento. Prefiera las recompensas (¡Qué bien que has hecho esto!) a los castigos (¡Nunca vas a cambiar!). Premie, aliente, apruebe y asista, más que corregir y castigar.
37. Si tiene que reprobar una conducta, ponga en práctica formatos positivos. Por ejemplo, en vez de decir: “No me grites” o “Hables en ese tono” usted podría decirle: “Desearía seguir conversando contigo de esto cuando me hables respetuosamente”. Una vez que el niño exhibe el comportamiento correcto, no vacile en reconocerlo.
38. Si el niño tiende a ser opositor y argumenta en exceso en vez de seguir instrucciones, no aliente este comportamiento permitiendo esos largos comentarios y tome distancia. Espere otro momento para continuar el diálogo pero no negocie.
39. No permita que las dificultades hagan que la mayoría de las interacciones con su hijo sean negativas; signadas por castigos, comentarios adversos, críticas, etcétera. Por ejemplo, manténganse atentos a los aspectos positivos de conducta y háganselo saber. Muchos padres necesitan ayuda para abordar esta tarea, los años los han enfocado excesivamente en lo disfuncional.

40.No abandonen el tratamiento, el TDAH es “crónico”, en especial, los síntomas de inatención e impulsividad tienden a continuar durante la adolescencia y en la vida adulta, aunque se sí modera la hiperactividad.

Fuente: artículo de la fundación de neuropsicología clínica (30)