

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD
ROL DE ENFERMERÍA**

**Karen Ximena Ospina Piso
María de los Ángeles Vivas Riaño**
Estudiantes X semestre

Trabajo de grado
Revisión de la literatura para optar al Título de Enfermeras Profesionales

Asesor
Doctora María Elisa Moreno Fergusson
Profesora Titular y Decana

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
CHÍA, COLOMBIA
2014**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMÉN.....	4
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....	5
Causas del TDAH.....	6
Características e implicaciones en niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	8
Consecuencias sociales.....	10
Consecuencias escolares	10
Consecuencias familiares	11
Consecuencias a futuro	11
Diagnóstico y tratamiento de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	11
Impacto en los padres de niños relacionado con su condición de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	18
Medidas de Crianza y Mecanismo de Afrontamiento Familiar de padres de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	22
Estrategias de afrontamiento Sociales.....	30
Rol y abordaje de Enfermería asociado al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en los pacientes y su familia.....	31
Implicaciones en la Práctica de Enfermería	38
Conclusiones	43
Referencias Bibliográficas.....	45

RESUMÉN

Objetivo: El propósito de este trabajo es presentar una revisión de la literatura sobre los métodos de crianza y el proceso de afrontamiento y adaptación de los padres de niños diagnosticados con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y su importancia para el cuidado de enfermería.

Método: Se realizó una revisión de la literatura de Ciencias de la Salud, con enfoque selectivo en el área de Enfermería, en las bases de Datos: Proquest, Ebsco, Science Direct, Ovid, Pubmed y Biomedcentral, Md Consult. En total se identificaron 2078 artículos, y de estos se seleccionaron para el análisis 56.

Resultados: Los métodos de crianza y medidas de afrontamiento familiar establecidos por los padres de niños diagnosticados con Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad, se basan en las medidas farmacológicas, terapéuticas y sociales, para ayudar a la crianza efectiva de sus hijos, y el adecuado desarrollo social, familiar y escolar de los mismos, las cuales son de abordaje preciso y específico del profesional de Enfermería; con el papel fundamental de asesorar a las familias acerca de la complejidad del TDAH, los diversos métodos de tratamiento e intervención, además de los que los padres ya establecen, disminuyendo así las consecuencias que trae el TDAH en los pacientes y en los padres; eliminando las futuras adversidades que se presentan en base a esto.

Conclusiones: A menudo los profesionales de enfermería de atención primaria son el primer profesional de la salud quien atiende a un niño con TDAH; teniendo el conocimiento de los criterios de diagnóstico y tratamiento para éstos niños, identificando a su vez las percepciones y medidas de crianza y afrontamiento familiar de los padres y/o cuidadores de los mismos, lo que puede contribuir a eliminar el gran deterioro familiar que acompaña a esta enfermedad crónica.

Palabras Clave: Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH), Afrontamiento familiar, Familia, Enfermería (DECS)

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es el trastorno neuroconductual crónico más común en el 3% a 7% de niños en edad escolar (1). Síndrome común, que suele presentarse con características clínicamente significativas durante toda la vida. El diagnóstico se produce a los 3 años de edad; sin embargo, la edad promedio de diagnóstico es en realidad de entre 8 y 9 años (2). La prevalencia mundial del Síndrome de atención con hiperactividad o trastorno de hiperactividad (TDAH) en la infancia es de aproximadamente 5% (3).

El comienzo suele ser después de la etapa de la infancia o la niñez y se atribuye al déficit del procesamiento de la información por parte del sistema nervioso central (4). La falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad son los tres síntomas principales en los niños con un diagnóstico clínico de TDAH, conocida como la Triada cognitiva negativa. También tienen un riesgo significativamente mayor de sumergirse en grupos antisociales y desarrollar un trastorno de abuso de sustancias e inicio temprano del consumo de tabaco (5) en la adolescencia y en la edad adulta (6); acompañada de inadaptación a largo plazo y de problemas adicionales como depresión y elección de amigos rebeldes (7), se vuelven adictos a estas sustancias, son considerados como personas que no utilizan una sola sustancia si no muchas y sus hospitalizaciones son más frecuentes que las de otros pacientes sin TDAH o con otro tipo de trastornos y se asocia con mayores tasas de recaída después del tratamiento de la adicción con éxito (8). Con el fin de desarrollar programas de tratamiento óptimo para los pacientes con TDAH, es importante reconocer adecuadamente y ofrecer un adecuado diagnóstico de este trastorno. Esto puede ser complicado por la superposición de síntomas, tales como los efectos de intoxicación por abuso de sustancias (9).

El TDAH tiene 3 subtipos: **1. Predominantemente hiperactivo-impulsivo:** en el cual los niños pueden agitarse y retorcerse en sus sillas, hablar sin parar, tocar y jugar con cualquier cosa, presentan problemas para quedarse sentados en un solo lugar, están en constante movimiento, presentan dificultades para realizar sus tareas, son impacientes **2. predominantemente inatento:** los niños con este subtipo son menos propensos a actuar o tienen dificultades para llevarse bien con otros niños. Ellos pueden sentarse en silencio, pero no están prestando atención a lo que están haciendo. Por lo tanto, el niño puede ser pasado por alto, y los padres y los maestros pueden no notar los síntomas del TDAH y **3. Combinado**

hiperactivo-impulsivo y desatento: en este caso la mayoría de los niños con TDAH tienen el tipo combinado. Su clasificación dependerá de los síntomas que el niño padezca (10).

Actualmente, no se conoce un tratamiento definitivo para el TDAH, sin embargo, varios investigadores han informado que los síntomas del TDAH se pueden controlar con medicamentos, indicando así una preocupación grande para profesionales de la salud y padres de familia quienes temen exponer a sus hijos pequeños a medicamentos, convirtiéndolo así en un problema de Salud Pública (11); adicionalmente, el TDAH infantil tiene un efecto profundo en los cuidadores (padres o tutores), debido a que ellos son reconocidos como los guardianes y administradores del cuidado de sus hijos(12). Los profesionales de Enfermería se encuentran en la primera línea de la atención primaria y con frecuencia son los únicos proveedores que evalúan los niños antes de asistir a la escuela; teniendo en cuenta la evolución integral que sentará las bases para el alojamiento de la planificación de cuidados (13).

Causas del TDAH

Las causas específicas del TDAH no se conocen. Hay, sin embargo, un número de factores que pueden contribuir o exacerbar el TDAH. Ellos incluyen la genética, la dieta y los entornos sociales y físicos. Cuando se habla de genética estudios con gemelos indican que el trastorno es altamente heredable y que la genética contribuye en el 75 % de todos los casos de niños diagnosticados con hiperactividad. Se cree que una gran mayoría de los casos de TDAH surge de una combinación de varios genes, muchos de los cuales afectan a los transportadores de dopamina (14).

Los factores de riesgo ambientales familiares que se han identificado consistentes como predictores de un diagnóstico de TDAH, incluyen: bajo nivel socioeconómico, familia numerosa, antecedentes de la madre con enfermedad psiquiátrica, y la criminalidad paterna (15). Los padres de niños con TDAH reportan más disfunción familiar, disfunción relacionada con la comunicación, la resolución de problemas, y se ha observado relaciones complicadas en las familias con niños que tienen un diagnóstico de TDAH. Mientras que el nivel socioeconómico parece ser una variable universal de disfunción en las familias con niveles

socioeconómicos más altos que tienen niños con diagnóstico de TDAH, los niveles de disfunción familiar también siguen siendo altos.

Estudios indican que la heredabilidad constituye aproximadamente 70% de todos los casos de TDAH. Hay influencias que son importantes de destacar en el desarrollo de dicho trastorno, tales como: influencias familiares, influencias neurobiológicas, influencias ambientales, influencias psicosociales; haciendo énfasis en que los problemas conductuales y de aprendizaje no dependen solo de la dotación biológica, sino también del ambiente, la capacidad de adaptación, las características psicológicas, socioeconómicas y acontecimientos estresantes. La cultura también puede ser un factor muy importante en las necesidades de salud de los padres, ya que juega un papel importante en la comprensión de una enfermedad y su cuidado, así como la respuesta de un individuo para el papel de cuidador y dependiendo de cada cultura los padres tienen expectativas diferentes frente al comportamiento que se supone deberían tener sus hijos (16).

Existe también la probabilidad de que al menos uno de los padres de un niño con TDAH también tenga TDAH, o exhibir características prominentes de este trastorno. Se han identificado algunos factores ambientales implicados, como el alcohol y la exposición al humo del tabaco durante el embarazo y la exposición ambiental al plomo en la vida temprana. La relación de fumar para el TDAH podría ser debido a que la nicotina causa hipoxia (falta de oxígeno) para el feto en el útero. También podría ser que las mujeres con TDAH son más propensas a fumar y por lo tanto, debido al fuerte componente genético del TDAH, tienen más probabilidades de tener hijos con este síndrome⁴. La literatura ha encontrado que los niños con TDAH de tipo inatento son más propensos a tener madres que fumaban 10 o más cigarrillos al día. Un estudio doble basado en la comunidad informó que los niños con TDAH de tipo hiperactivo – impulsivo eran más propensos a tener madres que bebieron alcohol en exceso durante el embarazo y eran más propensos a tener bajo peso al nacer⁷.

Características e implicaciones en niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El TDAH es considerado una condición grave que causa especialmente los síntomas de falta de atención e hiperactividad-impulsividad, que constituyen los tres síntomas principales o Triada cognitiva negativa¹. El TDAH afecta el funcionamiento de los niños en todas las áreas de su entorno, debido a las dificultades con eficacia cognitiva, control del comportamiento y las interacciones sociales con la familia, los maestros y los compañeros; las dificultades que se desencadenan ocasionan trastornos de conducta tales como actuar precipitadamente a largo plazo². Estos síntomas a menudo se manifiestan como una necesidad constante de tocar las cosas y no poder esperar para el cumplimiento de sus deseos³, dificultades para mantener o centrar su atención, las relaciones interpersonales son difíciles con personas como vecinos, compañeros de clase, maestros e incluso los miembros de la familia y el retraso en la obediencia a los requisitos o normas individuales⁴, manifestaciones que pueden conducir a un bajo rendimiento académico, problemas para permanecer en sus asientos y permanecer en silencio en clase⁵. A menudo pueden manifestar conductas perturbadoras tales como agitación y rabietas⁶, y estas alteraciones interfieren significativamente con sus actividades de la vida diaria; los síntomas interfieren con su capacidad para funcionar normalmente en la escuela, el trabajo y en los entornos sociales y pueden llegar a limitar su potencial⁸. Los trastornos del sueño es otra característica importante en los niños con TDAH¹¹.

Para los investigadores del TDAH, este trastorno está presente en la mayoría de la gente⁸. Todo el mundo puede llegar a tener manifestaciones de los síntomas en algunas ocasiones⁹. Las personas con TDAH a menudo se caracterizan por sus inconsistencias¹⁰. Un día ellos pueden "hacerlo", y el siguiente no puede cumplir con funciones necesarias para su entorno, pueden tener dificultades para recordar cosas simples, y presentan complicaciones para resolver cuestiones complejas. Para evitar la decepción, la frustración y el desaliento tratan de creer que lo que realizan tiene un nivel estándar y normal en todas las personas⁷.

Por lo general, las personas con este síndrome tienen problemas al prestar atención poco adecuada a lo que tienen que atender, parecen no escuchar, ser

desorganizados, tener mala letra, perder detalles, además tienen problemas para iniciar las tareas y seguir indicaciones y parecen ser fácilmente distraídos u olvidadizos (17). Además, algunas personas con TDAH pueden ser inquietos, impulsivos verbales y no pueden esperar su turno, por lo tanto actúan por impulso sin importar las consecuencias que esto traiga¹⁵, lo que puede conducir a una baja autoestima y a una autopercepción negativa, razón por la cual los niños con este trastorno permanecen a menudo abrumados, deprimidos, ansiosos e irritables¹⁰. Estudios académicos y la investigación en la práctica privada sugieren que la depresión en el TDAH parece ser cada vez más frecuente en los niños a medida que crecen, con una mayor tasa en las niñas que en los niños. Para los niños en edad escolar, el aislamiento social y el rechazo son devastadores, porque a esta edad están experimentando cambios rápidos en el desarrollo de su propio valor y autoestima, que contribuyen al pobre desarrollo socio-emocional¹⁷.

El TDAH es también un trastorno definido operacionalmente como la ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como la deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas⁶; éste trastorno está asociado con una amplia gama de alteraciones psicosociales que incluyen las interacciones negativas entre padres e hijos (18).

Los demás síntomas del TDAH son especialmente difíciles de definir debido a que es difícil trazar la línea en donde la falta de atención, hiperactividad e impulsividad presentan niveles normales y niveles clínicamente significativos que requieren de intervención. Para ser diagnosticado con TDAH, los síntomas deben ser observados en dos configuraciones diferentes para un tiempo de seis meses o más y en un grado mayor que otros niños de la misma edad⁵.

El 87% de los niños presentan un diagnóstico comórbido y el 67% por lo menos dos asociados, siendo los más frecuentes el trastorno de conducta de oposición desafiante (TOD) y el trastorno de desarrollo de la coordinación (TDC) (19), los cuales interfieren significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria (20). Adicionalmente, se encuentran asociados a trastornos de la comunicación, elevando el riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura y trastornos del aprendizaje como dislexia, discalculia y disgrafía (21).

El TDAH se considera como un trastorno no benigno y que trae consigo un gran potencial de consecuencias significativas tanto para el individuo que lo posee como para su familia y personas que se encuentran a su alrededor¹. La variabilidad en el nivel de tolerancia de niños con TDAH se relaciona con la cultura, etnia y clase socioeconómica, siendo estos factores de gran influencia y desencadenantes de conflictos en el hogar. Se sabe, sin embargo, que los niños con TDAH a menudo reciben atención negativa debido a su comportamiento. Debido a sus habilidades sociales insuficientes, estos niños tienen menos éxito al interactuar con sus compañeros y el desarrollo de una estrecha amistad²⁰.

Es crucial que estos niños reciban intervenciones tempranas para ayudarles a establecer relaciones positivas con su entorno y mejorar las habilidades sociales para ayudar a prevenir el rechazo de sus compañeros, la soledad y la baja autoestima, que van junto con este rechazo¹⁹. Dentro de este síndrome se visualizan las siguientes consecuencias que afectan la vida familiar:

Consecuencias sociales

Las personas con TDAH mantienen comportamientos como inquietud, intrusismo, inhabilidad para comportarse adecuadamente en las diferentes situaciones, impacientes, argumentativos, e interrumpen las conversaciones, además en ocasiones pueden llegar a ser maleducados, apáticos, egoístas, ofensivos⁶, lo que puede ocasionar problemas de autoestima, afectos lábiles y demás alteraciones de la salud mental en estas personas.

El estigma se ha conceptualizado como un fenómeno social complejo evidenciado en los padres de niños diagnosticados con TDAH y en los niños correspondientes, se etiqueta al joven con este síndrome generando la exclusión de las actividades que realizan normalmente y la discriminación. Estos elementos se presentan en una situación social donde los individuos tienen la creencia del estigma de "Enfermedad Mental" y sobre todo cuando esto implica a un niño. Estas actitudes negativas son una barrera constante para la búsqueda de tratamiento efectivo para el niño que presenta este síndrome²¹.

Consecuencias escolares

Cuando un niño con TDAH entra en el sistema escolar, se reflejan problemas con el rendimiento académico y el comportamiento en clase; lo que se ve reflejado en sus notas escolares ya que se destacan por tener muy bajas notas, además con el

paso del tiempo y al llegar a la adolescencia y pasar a niveles educativos un poco más complejos se puede afianzar un poco más este comportamiento debido a la poca supervisión de los adultos sobre su rendimiento escolar, además de la complejidad de los trabajos y asignaturas que deben desarrollar a este nivel⁶.

Consecuencias familiares

Se ven reflejadas en que los demás hermanos de los niños con TDAH se sienten agredidos física y verbalmente por el comportamiento que tiene su hermano, además que pueden llegar a sentirse celosos o aislados por sus padres, debido a la gran atención que demanda un niño con TDAH; en cuanto a los padres se pueden ver sentimientos de depresión, culpa, estrés, ansiedad por el comportamiento de su hijo con TDAH, además de que pierden relaciones sociales y contacto con sus demás familiares ya que no son aceptados por los comportamientos inadecuados que presenta su hijo en determinados momentos⁶.

Consecuencias a futuro

Los adultos con TDAH diagnosticados demuestran cambios más frecuentes de empleo y desempleo, menos educación formal, los divorcios más frecuentes y las detenciones, y una menor satisfacción con las circunstancias actuales de la vida en comparación con otro tipo de personas y mayor riesgo de psicopatología comórbida. Las mujeres con TDAH muestran más problemas de crianza, especialmente relacionadas con la supervisión y disciplina de sus hijos (22). Por esta razón es de vital importancia ofrecer un diagnóstico a tiempo que permita a los profesionales de la salud hacer una excelente intervención y disminuir el riesgo de que estos niños diagnosticados lleguen a su adultez con mayor número de problemas (23). Algunas mujeres que tienen TDAH a menudo son mal diagnosticadas con distimia o con el trastorno afectivo bipolar¹⁶.

Diagnóstico y tratamiento de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El diagnóstico se produce a los 3 años de edad; sin embargo, la edad promedio de diagnóstico es en realidad de entre 8 y 9 años⁴, en un período crítico del desarrollo durante el cual se produce la formación de la autoestima y la competencia social¹⁹.

La autoestima es la evaluación que hace una persona de su propio valor individual, además del grado en que una persona cree en su potencialidad de ser capaz, significativo, exitoso y digno y la competencia social se refiere al nivel potencial u óptimo de funcionamiento social, dada la gran cantidad de respuesta social que la persona podría hacer, en base a sus habilidades¹⁹.

Establecer el diagnóstico de TDAH en los niños es un esfuerzo multifacético; Los enfoques recomendados incluyen las entrevistas clínicas, una historia clínica extensa, y la observación de los padres; debido a que como el TDAH es principalmente definido por conductas observables, pero no por análisis de sangre o análisis de las ondas cerebrales, por ello, los padres y los maestros juegan un papel crucial en la identificación, el diagnóstico y el proceso de tratamiento². Así mismo, son de especial interés, las pruebas psicológicas, las de inteligencia y las de personalidad², sin embargo, no existe una prueba válida independiente para el TDAH⁵, debido a que el TDAH se basa en el comportamiento y no implica una enfermedad neurológica y se clasifica como un trastorno de comportamiento perturbador¹⁰.

Sin embargo, es importante prestar atención a las características que definen el TDAH en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), debido a que a veces es difícil diferenciar los comportamientos relacionados con el TDAH de comportamientos normales de la infancia. A veces, la mayoría de los niños se comportan hiperactivamente⁷, sin embargo es importante aclarar que aunque el DSM-IV define características propias del TDAH del niño también podría incluir a mujeres, pues su criterio tiene un alcance limitado y se presenta falta especificidad de género, lo que impide a muchas mujeres ser diagnosticadas correctamente y recibir el tratamiento adecuado²³, además que los criterios por el DSM-IV están calificados por el indefinido "a menudo" (a menudo olvida, a menudo mueve en exceso) e incluye descriptores poco claros como "detalles", "errores por descuido", o "tareas necesarias" (11); lo cual influye en confusiones al momento de decidir el diagnóstico de TDAH en un niño⁸; entidad que debe ser descrita concretamente (24). Las bajísimas frecuencias de antecedentes de intervención terapéutica halladas en una muestra evaluada en Colombia; sugiere que la falta de tratamiento se relaciona con el desconocimiento de la existencia del trastorno por parte de los padres, los maestros y los profesionales de la salud (25).

El TDAH se diagnostica dos a cuatro veces más frecuente en niños que en niñas, aunque los estudios sugieren que esta discrepancia puede deberse en parte al diagnóstico subjetivo de los profesionales. El tratamiento del TDAH por lo general implica una combinación de medicamentos, modificaciones del comportamiento, cambios de estilo de vida, y consejería. Además, la mayoría de los profesionales de la salud no tienen el conocimiento adecuado para la evaluación y tratamiento del TDAH (26). Cuando la hiperactividad del niño, la distracción, la falta de concentración y la impulsividad comienzan a afectar su rendimiento en la escuela, las relaciones sociales con otros niños, o comportamiento en el hogar, la definición de TDAH ya se puede sospechar (27).

Los criterios para definir el TDAH han sido desarrollados por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y se indican en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición) (DSM -IV, 1994, pp. 78-85, 2000) (28), que destaca cinco criterios para un diagnóstico de TDAH:

- (a) El número y la gravedad de los síntomas.
- (b) La edad de inicio.
- (c) El establecimiento donde se produce el deterioro.
- (d) Pruebas claras de un deterioro.
- (e) La exclusión de otras causas.

Para ser diagnosticado con TDAH, el paciente debe presentar al menos seis síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad. Para el diagnóstico de TDAH, por lo menos algunos de los síntomas tienen que ser la causa de las dificultades en la escuela o en el hogar antes de la edad de 7 años. Además, el diagnóstico de TDAH requiere que algún deterioro de los síntomas esté presente en dos o más ambientes (casa, trabajo, escuela, o relaciones sociales) (29). Finalmente, el último criterio requiere que el médico o la enfermera determinen que los síntomas de falta de atención, impulsividad o hiperactividad no son causados por otro trastorno mental o físico⁵.

Son otras herramientas de diagnóstico la Escala de Evaluación de Vanderbilt o la Conners "Rating Scales –Revised" (CRSR); ambas escalas de evaluación pueden ser utilizados mediante un cuestionario inicial para padres y maestros. Otra escala con una larga historia de uso en la literatura del TDAH es la Swanson, Nolan y Pelham- IV⁴; fue una de las primeras escalas en utilizar criterio diagnóstico y

estadístico en un formato de escala de calificación para ser completado por los padres y maestros⁶.

Las guías basadas en la evidencia de las recomendaciones de tratamiento para el TDAH implementadas por la Asociación Americana de Psiquiatría (APP), desarrollaron pautas de tratamiento que se ocupan principalmente del niño sin mayores condiciones coexistentes, proporcionan un marco para la toma de decisiones, recordando siempre que el tratamiento del TDAH implica un enfoque de colaboración, que incluye a los padres, maestros, psicólogos y especialistas en educación. Muchos niños con TDAH requieren derivación a un psiquiatra infantil o de otros recursos de la comunidad¹⁸; dividiendo las recomendaciones de la siguiente forma:

1. **Primera recomendación:** Se refiere a los encuentros frecuentes que los proveedores de atención primaria tienen con los niños en edad escolar con TDAH en su práctica y necesitan tener una estrategia para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, estableciendo planes de tratamiento específicos para los niños describiendo a su vez los métodos y objetivos de tratamiento y seguimiento adecuado, educando a la familia, coordinar los servicios comunitarios, establecer metas, y hacer enlace de las familias con un grupo de apoyo a los padres con niños que tienen TDAH.
2. **Segunda recomendación:** Se centra en la maximización de funcionamiento de un niño con TDAH en la escuela y en casa. De tres a seis metas propuestas deben desarrollarse con la participación de maestros, padres, niños, y otro personal escolar que participan en el plan de manejo. Las metas deben ser realistas y alcanzables. Los resultados deben mostrar mejora en las relaciones con sus compañeros, maestros, hermanos y padres; disminución de la conducta disruptiva e incremento de autoestima.
3. **Tercera recomendación:** Los medicamentos estimulantes son muy eficaces en el tratamiento de los síntomas principales del TDAH: falta de atención, impulsividad e hiperactividad. El Instituto Nacional de Salud Mental con el estudio del Tratamiento Multimodal del TDAH (MTA) encontró que la medicación estimulante combina con terapia conductual ha demostrado mayores beneficios que la terapia conductual sola.

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, 2002; recomienda que todos los niños que comienzan la medicación estimulante tengan una evaluación completa que incluye los antecedentes familiares, (palpitaciones, síncope o convulsiones; miocardiopatía hipertrófica y síndrome de QT largo) y un examen físico, es aquí donde el Profesional de Enfermería debe monitorear los signos vitales, peso y altura durante las visitas de seguimiento (30):

La prescripción de medicamentos estimulantes para el tratamiento del TDAH requiere una cuidadosa documentación. El profesional de la salud debe mantener un registro de uso de la medicación previa, la dosis, los efectos secundarios, la duración del uso, valoración y estimación de cumplimiento¹.

Hay muchos medicamentos estimulantes disponibles para el tratamiento del TDAH. Ejemplos de estimulantes de liberación inmediata son: Adderal, Dexedrine, Ritalin, Methylin y Focalin. Para los niños que necesitan una mayor duración de acción se encuentran los productos de liberación sostenida como DAYTRANA, Concerta, Ritalin SR, Adderal XR, Dexedrine Spansule, Metadate ER y Vyvanse. Los medicamentos estimulantes aumentan la neurotransmisión de la dopamina y la norepinefrina. Los efectos secundarios más comunes de estos medicamentos son insomnio, aumento de la presión arterial, ansiedad, depresión, pérdida de apetito y de peso, tics, anorexia y la supresión del crecimiento disminución del apetito, dolor de cabeza transitorio, y dolor de estómago (31).

4. **Cuarta recomendación:** Establece que cuando la dirección seleccionada por el paciente no cumple con los objetivos debido a que la mayoría de los niños que no responden a un medicamento tendrán una respuesta positiva a un agente alternativo, entonces el profesional de la salud necesita reevaluar el diagnóstico¹⁸. Los niños con TDAH que no están respondiendo al tratamiento deben ser evaluados para enfermedades coexistentes como el trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, ansiedad/depresión, trastornos del estado de ánimo y problemas de aprendizaje. Estas condiciones a menudo complican el tratamiento del TDAH.

5. **Quinta recomendación:** Analiza la importancia de un plan de seguimiento apropiado. La frecuencia de la vigilancia depende de la gravedad de los síntomas, la reciente medicación o cambio de dosis, la adherencia al

tratamiento, y las preocupaciones de los padres. Inicialmente, el paciente debe ser seguido cada 2-4 semanas hasta que se establezca una dosis estable de medicamento³⁰. Una vez que el niño está estable, una visita al consultorio cada 3-6 meses es suficiente para evaluar el aprendizaje y el comportamiento. Es importante evaluar al paciente para detectar posibles efectos secundarios de los medicamentos.

El tratamiento del TDAH implica muchos canales (el hogar, la escuela y la comunidad de los trabajadores de salud) y es considerado como una enfermedad crónica que exige un tratamiento a largo plazo. Los métodos que implican tratamientos de niños hiperactivos incluyen principalmente el tratamiento farmacológico, el tratamiento conductual, el tratamiento psicológico, entrenamiento en habilidades sociales, el tratamiento de integración sensorial, y el buen estilo de crianza²⁰.

Sin embargo tras el uso de medicamentos, muchos niños con TDAH continúan teniendo problemas para hacer y mantener amigos, tener pocas habilidades sociales³⁰, teniendo persistencia en los problemas de comportamiento y sociales con sus compañeros y la solución no es simplemente cambiar o aumentar la dosis de la medicación; más bien la solución implica hacer cambios en la escuela y en casa⁹ razón por la cual es importante implementar y/o complementar a su vez las intervenciones psicosociales con los padres y los maestros al trabajar juntos para dar forma a la conducta del niño, que también pueden ser un método eficaz, lo que permite una menor cantidad de medicamentos que se utilizan con menos efectos secundarios (32). Sin embargo, otros estudios muestran que los tratamientos psicosociales relacionados con la familia y la escuela tienen resultados positivos; como se menciona anteriormente, el tratamiento del TDAH debe incluir la farmacoterapia, terapia cognitivo-conductual, o una combinación de ambos. Aunque los estimulantes son considerados habitualmente como agentes de primera línea para el tratamiento del TDAH, hay ciertos casos en los que se puede preferir no estimulantes. La educación y la terapia cognitivo-conductual debe acompañar al tratamiento farmacológico para ayudar a los pacientes a controlar su enfermedad (33).

La psicoeducación es un nuevo paradigma de tratamiento, que incluye información acerca de la enfermedad y su tratamiento, desarrollo de habilidades y capacitación de los pacientes y se considera como una práctica basada en la evidencia bien

establecida. Existe una multitud de estudios que han demostrado pruebas sólidas a favor de la eficacia de la psicoeducación como tratamiento ayudante de la farmacoterapia. El objetivo de este tipo de enfoques psicoeducativos es fomentar el reconocimiento de los síntomas, para permitir la participación activa en el tratamiento y así mejorar la adherencia al tratamiento - tanto farmacológico como no farmacológico - y para proporcionar a los pacientes y las familias habilidades de afrontamiento (34). Para los proveedores de tratamientos psicosociales, hay una diferencia importante entre la psicoeducación y terapia o tratamiento psicosocial. La psicoeducación debe entenderse como una intervención principalmente informativa que integra ambos componentes psicoterapéuticos y educativos; en este sentido, la psicoeducación podría incluir el intento de cualquier profesional en salud para proporcionar al paciente y / o cuidadores la información sobre la enfermedad y su tratamiento, por encima y más allá de simplemente proporcionar retroalimentación sobre el diagnóstico y tratamiento recomendado³⁴.

Es importante destacar la importancia del abordaje familiar en pro del control de dicho tratamiento, partiendo específicamente que todo tratamiento con niños y adolescentes incluye el trabajo con la familia, debido al rol determinante que cumplen los factores contextuales en todo sentido. Los niños dependen de sus padres, tutores y allegados significativos. Sus esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento están en formación y son particularmente permeables a sus influencias (35). Los maestros también individualizan la educación de estudiantes con TDAH a través de un asiento preferencial, los libros de asignación, plazos, y los avisos³⁵. Estas estrategias son altamente individualizadas, basadas en las necesidades del niño y estilo de enseñanza del profesor. Las reuniones mensuales de la maestra, los padres, el niño y el terapeuta de la escuela puede ser el enfoque más eficaz³⁵.

Sorprendentemente, a pesar de una amplia investigación sobre el TDAH que involucra múltiples intervenciones (medicamentos y de comportamiento), se sabe muy poco acerca de la influencia de las características de la familia sobre los resultados del tratamiento³². Es probable que las cepas parentales, el estrés familiar y psicopatología de los padres afecten la participación de los padres en el tratamiento del TDAH de su hijo³².

Impacto en los padres de niños relacionado con su condición de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

La familia es una estructura social vital en toda comunidad. Las definiciones de familia tienden a referirse a las relaciones de consanguinidad y a un sistema compartido de valores, pero las familias son tan diversas como los individuos que la componen (36). Algunos utilizan el término “parentesco” para referirse a la familia biológica, es decir, a los parientes por sangre o ancestro (37).

La familia es fundamental para el mantenimiento de los avances del niño y es el punto de partida de cualquier progreso. Su papel dentro del proceso no puede quedarse en cambiar rutinas y tradiciones en función de las nuevas necesidades y exigencias del medio. Partiendo del hecho de que la estructura familiar se rige por un orden natural y que al alterar este orden aparecen las dificultades, es claro que la mejor manera de prevenir y combatir los problemas de comportamiento es establecer dentro del funcionamiento familiar normas y rutinas propias que les den a los niños seguridad acerca de lo que se espera de ellos ante diferentes situaciones (38). La interacción entre padres e hijos es un proceso recíproco: los padres influyen en sus hijos y los comportamientos de los niños pueden influir en la forma en que son tratados por sus padres³⁷.

Un cuerpo de la literatura indica que las familias de niños con problemas de desarrollo, neurológicos y físicos se someten a efectos psicológicos que incluyen principalmente preocupación, ansiedad y depresión, disminución de la autoestima, dolor emocional, frustración, sentimientos de culpa y altos niveles de estrés y alteración en la vida social, en comparación con los de los niños de desarrollo normal, debido a las exigencias de cuidado que requieren y el apoyo social insuficiente, por parte de familiares y profesionales de la salud (39), afectando el comportamiento y el funcionamiento familiar durante varios años, de allí el interés por buscar ayuda para el tratamiento, y por seguir las recomendaciones del mismo (40). Uno de los aspectos que influyen en la decisión de buscar atención son las normas sociales y culturales, así como las actitudes y creencias sobre la enfermedad. Los padres sienten un bajo nivel de autonomía y auto eficacia en el cuidado, y no están satisfechos con sus habilidades como padres, lo cual complejiza el proceso de adaptación de la familia a esta situación (41). Esta

situación desencadena trastornos en la salud física de los padres, tales como, trastornos gastrointestinales y reducción de peso. Sin embargo, estos son menos graves que las implicaciones sociales, tales como la reducción de las actividades sociales y las malas relaciones interpersonales³⁹.

Pocos estudios se centran en los padres como actores fundamentales en la situación del TDAH, así como información sobre su situación y las opciones de crianza siguen siendo en gran parte anecdótica. Del mismo modo, se sabe poco acerca de qué información reciben estos padres⁸, e inclusive hay estudios que revelan que a veces los padres han experimentado dificultades en el aprendizaje y de atención muy similares a las de sus hijos cuando eran jóvenes⁹. Sin embargo, puede ser difícil para un padre el hecho de reconocer esas mismas características en él o ella⁹; reconociendo la propia forma de desorganización de los padres, las respuestas inconsistentes a un comportamiento inapropiado.

Los padres de niños con TDAH son parte del fenómeno TDAH, por lo general son los primeros en ser notificados por los profesores en las instituciones educativas con el TDAH⁸; como el comportamiento de sus hijos y / o el comportamiento impulsivo o reacciones agresivas⁹. Adicionalmente a esto, es importante tener en cuenta que el TDAH infantil tiene un efecto profundo en los cuidadores (padres o tutores)²; partiendo del concepto que tienen los padres sobre el TDAH, tal como "conductas incontrolables, difíciles o problemáticas; que afecta su aprendizaje en la escuela y en la vida diaria", presentado a su hijo por enfermo⁹.

Adicionalmente, los padres sienten un bajo nivel de autonomía y auto eficacia en el cuidado, y no están satisfechos con sus habilidades como padres¹⁶; terminando así en un complejo proceso de adaptación familiar. A pesar de que la paternidad puede ser a veces gratificante y satisfactoria, estudios recientes indican que los padres también experimentan una amplia gama de efectos físicos, psicológicos y sociales negativos en el cuidado de un niño con TDAH¹⁶.

Las quejas más comunes expresadas por las madres de los niños con TDAH son la falta de apoyo familiar adecuado, la necesidad de hacer frente a excesivas demandas y preocupaciones de que su hijo no va a cumplir las normas sociales relacionadas con la infancia. Muchas de estas madres también tienen poca confianza en sus habilidades para criar a sus hijos con TDAH con éxito². Esta falta de confianza en relación con falta de apoyo social hace que estas familias sean aisladas de la sociedad ya que esta trata de evitarlos para prevenir problemas de comportamiento en diferentes reuniones sociales tanto familiares como de amigos

y vecinos, ocasionando diversos problemas dentro de la familia por falta de comprensión entre los padres a causa del problema de salud de sus hijos; debido a que la mayoría de los padres no tiene certeza de los síntomas ni el desarrollo del TDAH en sus hijos⁴⁰.

El TDAH da lugar a muchos problemas de los padres, piensan que la crianza es insuficiente, se presentan problemas de ansiedad y del estado de ánimo de los mismos, sobre todo con las madres. Ellas habitualmente son las principales cuidadoras de la familia, estudios demuestran que son las más propensas a ser afectadas por las conductas del TDAH de sus hijos que los mismos padres, ya que a menudo interactúan con estos niños en situaciones de influencia de los síntomas del TDAH, como hacer la tarea, estar en el proceso de que su hijo siga las instrucciones para las actividades diarias. Ellas tienen más probabilidades de ser culpadas por los malos resultados académicos y sociales del niño. Por lo tanto, tener un hijo con TDAH aumenta notablemente la carga asistencial, el estrés y la frustración de las madres⁴¹.

Es por eso que muchas madres prefieren agotar otros recursos como cambios en la alimentación o técnicas de educación más acordes al comportamiento de sus hijos, dejando como última opción el uso de medicamentos debido a que quieren evitar los múltiples efectos adversos que estos producen²²; esto muestra como los padres en el afán por ofrecer un buen tratamiento a sus hijos no saben que camino escoger ya que no tienen los conocimientos necesarios que ayuden a tomar la decisión más fácil, y utilizan las fuentes primarias de información¹¹: 1) Miembros de la familia y parientes, 2) Otros padres en la misma escuela o amigos, 3) Información obtenida de seminarios, buscando en libros o internet y en última instancia 4) Profesionales de la salud; Enfermeras y Médicos.

Los niños diagnosticados con TDAH suelen ignorar las instrucciones de sus padres, y prestan menos atención a los quehaceres y tareas que se han asignado a los mismos. La interacción negativa entre los padres y los niños con TDAH provoca frustración y la agresión, desajustes y falta de equilibrio entre los miembros de la familia. La depresión, los conflictos conyugales y divorcio en las familias de niños con TDAH son más altos que en otras familias. El mal comportamiento de estos niños tiene un efecto negativo en la interacción padre-hijo y pueden causar una sensación de impotencia en sus familias. Como resultado de ello, parece que las capacitaciones orientadas a la familia, con

énfasis en el manejo del estrés podrían mejorar la salud mental de la familia y la interacción entre padres e hijos⁴². Algunos estudios indican que al parecer el temperamento de la madre y cualquier signo de deterioro en las madres se correlacionan con la salud de los niños; por lo tanto, cualquier programa de intervención para mejorar la salud mental de las madres también afectará a la salud general de sus hijos.

La educación para los niños con diagnóstico de TDAH hace parte de una de las maneras más eficaces para que los padres logren obtener un afrontamiento mejor, claramente debe incluir la capacitación sobre la comunicación efectiva con la familia para mejorar la atención a los niños con TDAH. Estudios demuestran la exigencia y dedicación que los padres deben tener con sus hijos y por eso exalta la necesidad de recursos equitativos y valederos para la educación de la salud en el área de TDAH (42); además la educación es importante, teniendo en cuenta los déficits de aptitudes y prácticas identificadas y de los efectos perjudiciales de la enfermedad en el funcionamiento de los niños, junto con los enormes costos sociales asociados³⁷.

La Organización Mundial de la Salud afirma que el diagnóstico de TDAH puede ser generador de la disfunción familiar y otros investigadores creen que las relaciones con los cuidadores tienen un profundo efecto en las capacidades atencionales y de autorregulación del niño que posee este síndrome²⁴.

La implicación social de recibir un tratamiento médico para una enfermedad mental trae consigo grandes problemas para las personas que se ven involucradas en estos tratamientos, es por eso que en ocasiones los padres de los niños diagnosticados con Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad se rehúsan a buscar un tratamiento oportuno o a mantenerse en el tratamiento ya que la creencia social es que el recibir un tratamiento para una enfermedad mental o por parte de un psiquiatra es algo catastrófico y es mucho más cuando el que recibe el tratamiento es un niño⁶.

Algunos estudios muestran como los padres perciben sentimientos de desesperanza y ansiedad al iniciar un tratamiento farmacológico para sus hijos ya que les preocupa que sean catalogados como malos padres, o faltos de disciplina con ellos, porque siempre van a tener problemas de comportamiento,

repercutiendo en problemas de adaptación; esto lleva a que los padres recurran a aislarse de los demás para evitar los comentarios ofensivos o el hecho de que puedan llegar a ser discriminados por el comportamiento de sus hijos, ocasionando que estas personas no tengan una buena red de apoyo que les ayude a afrontar de una mejor manera la enfermedad de sus hijos¹².

El efecto acumulativo de la crianza de un niño con TDAH entre moderada y severa, puede tomar un proceso serio en la toma de decisión frente a las necesidades de terapia familiar⁶, teniendo en cuenta también que la mayoría de estudios se basan en la crianza e interacciones madre-hijo (43), dejando de un lado las interacciones padre e hijo²⁰. Estudios evidencian que la participación en las interacciones padre-hijo se asocian con el bienestar, desarrollo cognitivo y la competencia social de estos niños, generando así resultados positivos, lo que puede influir en la disminución de conductas delictivas o angustia emocional que puedan presentar estos niños a futuro en su adolescencia²⁰.

Medidas de Crianza y Mecanismo de Afrontamiento Familiar de padres de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal que pueden disponer las personas. Cuando un miembro de ésta pierde total o parcialmente sus capacidades de auto cuidado, entendiendo por éstas, las acciones que la persona lleva a cabo para mantener su vida, salud y bienestar, o para adaptarse a las limitaciones que, en ocasiones, derivan de una enfermedad, va a precisar la ayuda, en primer lugar de las personas más cercanas. Estas constituyen la llamada red informal, en la que la familia es el cuidador principal y cuya atención va a determinar las condiciones y calidad de vida del sujeto. Bien es cierto que el apoyo y el estrés están siempre presentes en todas las familias, la afirmación del equilibrio entre estos dos polos será fundamental para afrontar la situación de desequilibrio que en mayor o menor intensidad, causa el diagnóstico de una enfermedad crónica a uno de sus miembros¹⁹.

Un ingrediente vital en el tratamiento de niños con TDAH es el reconocimiento de que este trastorno no sólo afecta a los pacientes sino también a sus padres, hermanos, compañeros y maestros⁶; dado que se han realizado pocos estudios relacionados específicamente con la crianza de los hijos y los padres, en relación con las adaptaciones a su cuidado y el funcionamiento diario. Hay una falta de comprensión acerca de los padres, razón por la cual se hace necesario la implementación de medidas que suplan las necesidades educativas en el cuidado de un niño con TDAH², esto ayuda a explicar las posibles dificultades que los padres pueden enfrentar en la crianza del niño con TDAH en comparación con la crianza de un niño "típico". Los síntomas principales del TDAH son: los niveles de desarrollo inadecuado de la atención, la concentración, la impulsividad, la agresividad o hiperactividad, que lleva a un deterioro funcional generalizado a través de múltiples entornos (el hogar, la escuela y en las relaciones entre iguales)²⁹. La gravedad de las deficiencias del niño crea dificultades considerables que exigen una amplia intervención de los padres, a menudo a un nivel de competencia superior al necesario para la crianza de un niño normal o típico²⁹. Estudios revelan que los padres de niños diagnosticados con TDAH utilizan materiales de autoayuda para la crianza de sus hijos⁹, que proporcionan información y asesoramiento sobre un sinnúmero de problemas y condiciones, autores lo definen como "Biblioterapia"⁹, con la presencia de coayudante especial en el cual las madres reconocen la necesidad de información, para manejar la situación que envuelve a sus hijos, información sobre TDAH que encuentran generalmente en internet (44), reflejando el deseo del rechazo de los padres por la ayuda profesional, y a su vez los profesionales también recomiendan a los padres el uso de libros de autoayuda, debido a que tienen un amplio uso documentado por los psicólogos y trabajadoras sociales; estos materiales son cada vez más populares en el campo del TDAH; debido a la cantidad de barreras que se presentan en los padres para poder asistir a los entrenamientos de crianza existentes como Guía para crianza de niños con TDAH⁹.

Las interacciones entre padres e hijos son a menudo influenciadas por varios factores, tales como la estabilidad emocional, trastornos del comportamiento y los estilos de crianza de los hijos. En muchos casos se observa una crianza hostil que aumenta la severidad de los síntomas del TDAH (45). Se encuentra aumento de la sobreprotección materna y controles autoritarios, esto por el contrario, puede reflejar un aumento de la carga para el cuidador y las relaciones con los niños tienden a convertirse en conflictivas e irritables, al mismo tiempo generan en los padres mal humor, temor y vulnerabilidad a factores de estrés³⁷. El TDAH ha

contribuido en el funcionamiento perturbador en la familia, las relaciones entre padres e hijos han sido vulneradas y el aumento de los problemas físicos y de comportamiento durante la etapa de desarrollo de la infancia a la adolescencia en jóvenes con TDAH añade aún más la carga y las dificultades a sus familias³⁹.

Los niños con TDAH a menudo ignoran las peticiones de los padres, la lucha con los hermanos y los compañeros se vuelve más frecuente y suelen provocar reacciones negativas por parte de los profesores, a su vez, los padres de niños con TDAH tienden a ser más dominantes con sus hijos por el rechazo que ejerce la sociedad sobre ellos y por la desobediencia que los niños tienen, es concebible que la psicopatología de los padres pueda estar relacionado con una mayor participación en la gestión del problema. Se ha atribuido que los trastornos de padres y rasgos de personalidad podrían contribuir diferencialmente a los resultados del comportamiento del niño. En realidad, los padres influyen en la enfermedad mental, directa e indirectamente en el desarrollo del niño afectado por el TDAH (46). Es importante tener en cuenta la relación entre las prácticas de crianza de los hijos y la psicopatología de los padres con respecto a los síntomas conductuales de los niños³⁷.

Algunos investigadores han encontrado que el entrenamiento para la crianza, puede mejorar la comprensión por parte de los padres del comportamiento de niños con TDAH, es de vital importancia motivar a los padres en el uso de técnicas de manejo de comportamiento y, lo más importante, ayudar a los padres a aceptar el hecho de que sus hijos tienen TDAH⁴; disminuyendo así el estrés en ellos, debido a que esto afecta la crianza de niños con TDAH, por encima y más allá de las características del niño³⁰, teniendo en cuenta que el estilo de crianza y el tratamiento para estos niños varía de una familia a otra⁹ y esto se relaciona también con el nivel de discapacidad del niño, por encima de los efectos de los síntomas del niño y finalmente el estilo de crianza se modera con la relación entre la gravedad de los síntomas y el funcionamiento del niño³⁰; también hay análisis que muestran que el temperamento del niño con TDAH se relaciona con el estrés parental materno, relacionado con el estilo de crianza materno y funcionamiento del niño; lo que demuestra que un estilo de crianza positivo juega un papel protector en el funcionamiento de los niños con TDAH³⁰.

Los estudios realizados por el Estudio de Tratamiento Multimodal (MTA) de colaboración de los niños con trastorno de hiperactividad y déficit de atención, han explorado comparativamente la medicación, la gestión, el tratamiento conductual intensivo y el uso del tratamiento combinado conductual y medicación estimulante

como intervenciones en el tratamiento del TDAH³⁰. El enfoque combinado se recomienda actualmente como el mejor enfoque de tratamiento para el TDAH en base a estudios de MTA que comparan la eficiencia y la eficacia de los métodos de tratamiento mencionados anteriormente³⁰.

Desafortunadamente, los tratamientos psicosociales para el TDAH han sido en general menos eficaces que la medicación, en términos de control de los síntomas principales de la enfermedad en muestras con diagnóstico clínico⁷. Razón por la cual se propone la realización del uso de un enfoque de tratamiento combinado: Medicamentos estimulantes y entrenamiento para la crianza en los padres, que permite tanto a corto plazo y largo plazo los beneficios de la medicación y la gestión de comportamiento para mejorar las acciones conjuntamente²⁹. Los medicamentos estimulantes pueden producir una respuesta inmediata de un mejor comportamiento de los niños dentro de los 30 minutos de su administración, investigadores han encontrado que cuando la conducta del niño se pone bajo control con medicamentos estimulantes, la respuesta de los padres refleja la disminución de la negatividad, estrés y comportamientos fuera de control²⁹. La combinación de medicamentos, la terapia de entrenamiento multimodal y el ambiente positivo permite una afrontamiento eficaz mas la presencia de mejora de las interacciones entre padres e hijos²⁹. El enfoque combinado, apropiado y ampliamente utilizado en el ámbito clínico , no siempre es una opción para los padres de niños con TDAH en el ámbito comunitario; para las familias con las siguientes limitaciones: el tiempo, acceso a los servicios psiquiátricos, medios económicos necesarios para gestionar la sintomatología TDAH de su hijo , el uso de medicación estimulante por sí solo puede ser útil para mejorar el funcionamiento familiar y la disminución de estrés de los padres²⁹.

La capacitación en el entrenamiento de los padres son estrategias de condicionamiento operante generales, tales como el refuerzo o el castigo de los contingentes, los padres las pueden usar después de que el niño exhibe comportamientos adecuados o inadecuados. Los refuerzos incluyen alabanza, actividades especiales, privilegios; y el castigo en la pérdida de atención positiva³². Algunos ejemplos de programas de capacitación en el entrenamiento para los padres con un fuerte apoyo a la investigación específica a los niños con TDAH pueden ser encontrados en Webster - Stratton (1992): Los Años Increíbles- una guía de solución de problemas para los padres de niños de 3 a 8 años, Defiant Children de Barkley : Manual de un médico para Evaluación y Capacitación de los Padres, Programa Triple P- crianza, que ha sido utilizado con niños que tienen problemas de conducta y comportamiento de confrontación que a veces se

combina con TDAH, dichos Programas se componen de sesiones semanales de entrenamiento , ya sea en grupos o con padres individuales; cada sesión se centra en un aspecto de un método de condicionamiento operante³².

Para los padres, la crianza de estos niños es difícil de afrontar, debido a los problemas de socialización que presentan, con conductas inapropiadas que causan rechazo social, especialmente en el ámbito escolar; lo cual demanda una elevada necesidad de atención. En algunas oportunidades, las madres deben dedicarse al cuidado y a la educación en casa de sus hijos y renunciar a actividades lúdicas y sociales que realizaban antes, como las actividades familiares, con amigos y hasta el tiempo para sí mismas, por estar al cuidado de sus hijos, actitud de crianza que debe mostrarse como cariñosa, atributos de autonomía y control positivo¹⁹. Esta situación despierta sentimientos de ansiedad y preocupación en las madres, por la calidad de educación que reciben (47). Los padres tratan de afrontar esta situación utilizando estrategias que ayuden a mejorar el comportamiento de sus hijos, estableciendo normas de conducta, para reducir los niveles de estrés⁴⁴. Dado el estigma social que tiene esta alteración, los padres se ven obligados a mentir sobre el verdadero diagnóstico de sus hijos y recurren a diagnósticos falsos para evitar ser puestos en ridículo o ser excluidos de la sociedad en que viven⁴⁴; teniendo el desconocimiento que al momento de ser diagnosticados sus hijos con TDAH, estos tienen derechos y deberes que los rigen en los gobiernos; tales como⁹: La ley de los individuos con discapacidades (IDEA), que contiene disposiciones para el desarrollo de un plan de educación individual (IEP) para un hijo calificado como TDAH, y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; en consecuencia, la mayoría de los niños con TDAH que reciben servicios en la escuela lo hacen bajo el Plan 504. Pero por desgracia, los requisitos para el Plan 504 varían considerablemente en los distritos escolares de cada país; si el rendimiento académico de un niño está en el nivel de grado, él o ella puede o no recibir servicios, incluso si la evaluación ha demostrado un potencial mucho mayor. Por lo tanto, un diagnóstico de TDAH no garantiza alojamiento en el aula⁹, lo cual muchos padres no entienden.

Estudio reveló los 3 tipos de carga experimentados por los padres que cuidan a los niños con un diagnóstico clínico de TDAH: cargas en la crianza, cargas emocionales y conflictos familiares⁴.

- ✓ **Cargas en la crianza:** Cargas de los cuidadores, causadas por las dificultades en el establecimiento de una rutina diaria normal, las dificultades para hacer frente a una casa desordenada y las dificultades para controlar los impulsos y la prevención de accidentes. Todos los días de crianza y cuidado son difíciles desafíos que enfrentan los cuidadores. Estos padres tienen que estar en guardia constante para evitar que sus hijos causen⁴.
- ✓ **Cargas emocionales:** Gama de emociones de los cuidadores con la experiencia mientras cuidan de los niños con TDAH. Estas emociones son la frustración, la impotencia, la ira y la preocupación. Por lo tanto, los padres con niños que sufren de TDAH tienen que estar preparados para hacer frente a las cargas que se presentan, la ira hacia el niño con TDAH es un sentimiento común entre los cuidadores. Además, los sentimientos de preocupación constante acerca de la influencia del futuro del niño y el estado emocional de los cuidadores. Estos sentimientos aumentan la dificultad de criar a un niño con TDAH⁴; además que se encuentra la depresión materna en las madres que cuidan de un niño con TDAH, con la presencia de comportamientos menos positivos y por ende una crianza más negativa; implementando así en mayor proporción las técnicas de crianza coercitivas²¹.
- ✓ **Conflictos Familiares:** Barreras interactivas de los miembros de la familia en la solución de problemas que los niños con TDAH pueden causar en la vida cotidiana. En la mayoría de los casos, los principales cuidadores son las madres. El conflicto entre los esposos a menudo se debe a que el marido le atribuye la conducta impropia de los niños a cuidados cariñosos de la madre tiene con el niño. Por el contrario, el cuidador a menudo se queja de que su marido está demasiado ocupado y no presta suficiente atención a su hijo. Estos malentendidos y conflictos entre los cónyuges pueden causar muchos problemas en la familia. Los conflictos en la familia dan a una relación inestable entre esposos, o entre otros miembros de la familia⁴.

Estudios revelan que en ocasiones la crianza de los niños con TDAH, es dividida, dejando una carga mayor en las madres; razón por la cual estudios enfocan sus objetivos en la relación madre-hijo; dejando atrás la crianza establecida por la relación padre-hijo que es de vital importancia¹⁸. Los padres de niños con TDAH,

en la mayoría varones son más exigentes y tienen mayor poder asertivo y son menos propensos a expresar sentimientos de cariño hacia estos niños subjetiva y objetivamente; algunos estudios revelan que la disciplina inconsistente de un padre y una baja participación se asocian con síntomas de falta de atención del niño, independientemente de la gravedad y de los problemas de conducta del niño²⁰. El rechazo del padre puede empeorar los síntomas de TDAH del niño, adicionalmente altos niveles de síntomas de TDAH también podrían agravar la paternidad negativa de los niños con TDAH; también la ansiedad en los padres de niños con TDAH podría disminuir la propensión del padre a participar en la crianza coercitiva: Según la Teoría de la coacción de Patterson en 1982, es importante para comprender el desarrollo y mantenimiento de un patrón de coerción recíproca entre padres e hijos²⁹.

Algunos estudios indican que en las interacciones sociales aversivas entre un padre y un hijo, los eventos coercitivos son en serie dependiente y recíprocamente determinista; Cada evento (interacción) es a la vez una "reacción" a los eventos anteriores (ataque) y un "estímulo" (contraataque) para los eventos a seguir, las dos personas interactúan con comportamientos coercitivos para maximizar la rentabilidad a corto plazo (apagar los ataques o demandas de otro); por ejemplo, en este ciclo coercitivo, si un niño no cumple con una directiva de los padres y responde con conductas aversivas (gritando, llorando o lloriqueando) y el padre responde retirando el comando; el niño aprende a repetir o aumentar su comportamiento como un medio para poner fin a los comandos de los padres.

Sin embargo, si el padre responde al incumplimiento de sus hijos con otras conductas coercitivas, (aumento de gritos, amenazas o azotes) y el hijo completa la tarea como se lo indique, es aquí donde el padre se ve reforzado por el comportamiento coercitivo²⁹. Como se hace evidente se pronuncia en mayor medida al padre que a la madre, debido a que la participación del cuidado de los niños con TDAH es en la mayoría de la madre, que del padre. Adicionalmente a ello, los síntomas de falta de atención de los niños están relacionados únicamente con la baja participación paterna y disciplina inconsistente¹⁹; del mismo modo, los síntomas hiperactivos se asocian significativamente con las tasas de disminución de la comunicación padre-hijo¹⁹.

Es importante que los padres de familia tengan conocimientos frente a este trastorno, que les brinden la posibilidad de adquirir herramientas para su

identificación y remisión para tratamiento profesional oportuno de los escolares. En el caso de los padres, suelen ser ellos los que valoran si existe o no un problema, y quienes deciden si necesitan ayuda profesional³⁷. Ya que las probabilidades de identificar el problema dependen de la perturbación que el niño pueda crear en su ambiente familiar y en el medio escolar.

Secundario a ello es de vital importancia tener en cuenta los antecedentes familiares que se hayan tenido con los servicios de Salud Mental, en dado caso que alguna situación lo haya requerido debido a que esto puede influir en la decisión de acudir a servicios de Salud Mental para recibir ayuda, teniendo en cuenta que las experiencias pasadas con los servicios de Salud Mental pueden estar relacionadas con las expectativas acerca de los servicios y que las expectativas a su vez, podrían relacionarse con las intenciones de utilizar los servicios; añadiendo la relación con los proveedores de tratamientos en sus hijos y la autonomía que se les brinda a ellos como padres en el tratamiento de sus hijos; incluyendo el trato que tienen los padres y pacientes con TDAH en relación a la falta de respeto o atención e infracciones de la confidencialidad de la situación en ellos, puede influir a la no adherencia de la búsqueda de ayuda profesional en los padres de niños con TDAH⁵.

En última instancia se puede hacer referencia al afrontamiento familiar de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), como los esfuerzos o acciones que la familia hace de manera consensuada o no, para satisfacer las exigencias o estresores (normativos y no normativos) que se presentan a lo largo de la historia familiar, como los esfuerzos pueden ser acciones directas que reduzcan las exigencias o bien acciones que mantengan o aumenten los recursos (personales, familiares, comunitarios)¹⁸; en conjunto con las medidas de reordenación de la propia vida y comenzar una nueva vida para hacer frente a las nuevas circunstancias. Estudios de investigación muestran que no es fácil para los principales cuidadores aceptar el hecho de que su hijo tiene TDAH. También pueden ser intentos de manejar la tensión como condición de presión creada por las exigencias o bien de modificar el significado de las mismas¹⁸⁰. Estudios revelan que existen diferentes servicios de las necesidades parentales, se identificaron 4 tipos de soporte social: compañía, soporte emocional (compañerismo con otros mutuamente estrecho, expresión de aprecio), material de ayuda (recursos y asistencia dada en diferentes estilos, como ayuda formal: Psicólogos y profesores; y soporte informal: Amigos y otros familiares) e información; nombrándose también la comunicación por internet puede proveer

una única oportunidad de exponer con otros usuarios online sus experiencias estresantes similares, condiciones difíciles, mismos sentimientos, lamentaciones, frustraciones, esfuerzos, triunfos y derrotas en relación con la crianza de sus hijos con TDAH⁴². Además que dos importantes mecanismos de supervivencia que surgieron del análisis de los datos fueron estrategias cognitivas y sociales².

Estrategias de afrontamiento cognitivas

Los cuidadores primarios tienen que cambiar su estilo de vida para hacer frente a la tarea de educar a los niños con TDAH. Incluyendo el pensamiento positivo y la acumulación de conocimientos. Es posible identificar que si los cuidadores tienen una actitud positiva hacia el niño con TDAH y tratar de adquirir más información acerca de los métodos de hacer frente al nuevo estilo de vida, entonces el término "carga" en su punto de vista ayuda potencialmente a asociar positivamente con la educación de sus hijos².

Estrategias de afrontamiento Sociales

La mayoría de los cuidadores no pueden entender la forma en que deben cambiar su vida para criar a un niño con diagnóstico de TDAH. Obtener ayuda de los profesionales, amigos y familiares fueron los tres métodos principales de hacer frente al problema. El término "Profesionales" incluye tanto a los profesores y al personal de la salud. Los principales cuidadores buscaron ayuda profesional, lo que podría ayudarles a criar a sus niños con diagnóstico de TDAH: Los maestros bien educados saben cómo lidiar con niños que tienen diagnóstico de TDAH².

El afrontamiento familiar aquí aparece caracterizado por la emergencia de pautas coercitivas que buscan eliminar aquellos eventos que generan exigencias en el rol parental; difícilmente se considera la posibilidad de modificarlas a través de pautas de crianza no punitivas. Además, las parejas establecen límites intrasistémicos que develan acuerdos ilusorios sobre las relaciones conflictivas conyugales no resueltas. La pareja pretende tranzar su insatisfacción marital mediante las exigencias propias del rol parental¹⁸.

El afrontamiento familiar de los padres con niños diagnosticados con TDAH es complejo y comprende extensos parámetros necesarios para brindar un cuidado a sus hijos ya que se hace indispensable la compañía constante en sus labores, paciencia y perseverancia, tratando de contribuir con este afrontamiento. Estudios demuestran que para las madres al igual que los padres no es fácil de llevar y manejar este síndrome, en sus medidas afectivas en interacciones madre-hijo en la niñez tardía ha demostrado asociaciones entre las conductas interpersonales y la depresión materna. El impacto de la depresión materna puede afectar a los niños con TDAH. Estos resultados generan una comprensión más amplia y profunda del proceso interactivo madre-hijo y lo que ella puede generar en él. Estos resultados también apoyan la detección, prevención e intervención para la depresión en las madres de niños con TDAH (48).

No es de extrañar que los síntomas del TDAH de un niño son propensos a provocar crianza ineficaz o negativa por parte de los padres¹⁵. Se ha encontrado que los padres de niños con TDAH proporcionan disciplina disfuncional mediante la participación en la paternidad coercitiva y con el uso de estrategias reactivas más negativas, el castigo físico, las familias tratan de manejar el nivel de tensión eliminando, castigando, premiando a los niños frente a situaciones que se hacen “insoportables” o difíciles de controlar³⁶. Esto conduce a generar pautas recurrentes donde la problemática central la constituyen los comportamientos poco funcionales del niño. Las estrategias resolutorias están entonces dirigidas a lo manifiesto y evitan contactar con eventos no resueltos en el sistema³⁷. El sentido de pertenencia de los padres se define como la confianza de los padres y el autoestima en su papel de padre¹⁵. El establecimiento de una buena relación entre padres e hijos es un factor clave que influye en el ambiente de desarrollo para los niños¹⁵.

Rol y abordaje de Enfermería asociado al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en los pacientes y su familia.

Los profesionales de Enfermería, se encuentran en la primera línea de la atención primaria, con frecuencia son los únicos proveedores que evalúan los niños antes de asistir a la escuela⁴, en los controles de crecimiento y desarrollo y por ello tienen una gran responsabilidad en el diagnóstico y remisión oportuna de los

mismos para que reciban atención médica, e inicien un programa de rehabilitación que incluye terapias de tipo cognitivo- conductuales, terapias de grupo de padres e hijos y tratamiento farmacológico. Por ello se recomienda la modulación del comportamiento del niño y el efecto del medicamento, los cuales se combinan con tratamiento conductual y la terapia cognitivo-conductual a través de grupos de padres e hijos², teniendo en cuenta que como aspecto fundamental los profesionales de enfermería, constituyen un recurso de apoyo para los padres, cuando los orientan y dan educación sobre el diagnóstico y el tratamiento, farmacológico y no farmacológico, como son las medidas de crianza, y acompañándolos en el proceso de afrontamiento y adaptación a esta situación. Para lo cual es importante hacer mención a los modelos de Enfermería como guía de cuidado y atención a los pacientes y su familia.

En adición a ello, uno de los modelos que mas ha tenido aceptación es el modelo de Adpatación de Callista Roy (49), indicando los aspectos positivos para la valoración de Enfermería que éste tiene, con la implementación de identificación de comportamientos y estímulos, rotulación de diagnosticos de Enfermería y el establecimiento de metas e intervenciones en Enfermería, para aplicación en las familias de estos pacientes y así pontencializar su afrontamiento y adaptación con respecto a la situación de sus hijos, definiendo así el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender a las demandas del ambiente (50), que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, por eso el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar de la familia (51).

Los profesionales de enfermería son los llamados a ayudar a los padres a entender la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico, si bien, para lo que el profesional de Enfermería puede indicar también los variados profesionales y variedad de recursos útiles en el manejo del TDAH y así mejorar los resultados⁹, lo que puede contribuir a eliminar el gran deterioro familiar que acompaña a esta enfermedad crónica.

En la crianza y afrontamiento de los padres con respecto al diagnostico clínico y síntomas de sus hijos con TDAH, se encuentra la falta de sistemas de apoyo profesional para ayudar a la principal cuidadora a aceptar y criar a un niño diagnosticado con TDAH. Algunos estudios muestran que los profesionales de la salud se quejan de que no hay sistema de apoyo adecuado por parte de los padres y que no tienen la capacidad de hacer frente a la conducta de sus hijos².

Los padres refieren que cuando solo se sospechaba que su hijo podía padecer este trastorno, o cuando inicialmente llegaron a entender el problema, fue difícil comprender lo que debían hacer, o a quién deberían acudir para recibir asistencia profesional². De allí la importancia que tiene el profesional de enfermería, quien en los controles de crecimiento y desarrollo, debe tener la capacidad para identificar los síntomas del TDAH, diferenciarlo de otros trastornos similares y realizar la remisión a los especialistas para que el niño reciba un tratamiento y atención oportuna.

Uno de los problemas adicionales que deben afrontar algunos padres es el apoyo insuficiente por parte de los cónyuges y otros miembros de la familia para la crianza de un niño con TDAH². Los estudios han mostrado que en ocasiones el profesional de la salud no brinda una buena comprensión de la naturaleza del TDAH hacia ellos, que ayuden a desarrollar habilidades eficaces para tratar a los niños con TDAH y a manejar en forma eficiente los recursos. En comparación con la investigación sobre los niños con discapacidades físicas e intelectuales, hay pocos estudios sobre la percepción de los problemas de salud de los padres y las necesidades de educación en el cuidado de un niño con TDAH².

Las intervenciones de enfermería fundamentales en favor de los niños con TDAH incluyen: la evaluación de los conocimientos de los padres sobre el tratamiento, la escucha solidaria a los padres y la promoción de alianzas entre los padres, maestros y proveedores³⁰. Las enfermeras y enfermeros deben tratar de comprender los puntos de vista de los padres respecto a la situación clínica del niño y de la condición por la cual están pasando sus hijos en la que se encuentran directamente implicados, esto con el fin de promover la buena adherencia al tratamiento. Los resultados de estudios sobre este tema indican que los padres de niños con el TDAH, hubieran preferido un contacto regular con alguien que pudiera apoyarlos al momento de saber el diagnóstico de sus hijos²⁴. El consenso fue que la ayuda adicional debe estar disponible antes de que ocurran posibles crisis²⁴.

La capacidad de afrontamiento de las madres parece depender del nivel de soporte brindado por profesionales que sepan abordarla, especialmente profesional médico y profesional de Enfermería²⁴. Los profesionales de la Salud y las enfermeras escolares, debido a la falta de tiempo y la formación les impide involucrarse con las familias a pesar de la creciente evidencia de la eficacia de los

especialistas en salud, además, enfermeras voluntarias vieron su papel como importante en la prestación de apoyo y defensa a los padres, pero se destacaron los problemas de financiación con respecto a esta situación, adicionalmente el Profesional de Enfermería tiene como función vital vincular a los padres con la educación, el apoyo y los grupos de apoyo, tales como Niños y Adultos con TDAH; grupos locales que se pueden identificar a través del sitio web de TDAH (Sigla en Inglés) CHADD (<http://www.chadd.org>)⁹.

Muchos factores de estrés de la familia no se pueden cambiar, pero la participación clínica puede mejorar la participación de la familia en el tratamiento. Cualidades de un profesional de la salud, como la empatía, junto con la afirmación de los esfuerzos de la familia y la entrevista motivacional, son estrategias efectivas para el cambio³⁰. Dentro de esto varias otras intervenciones de enfermería son:

- Evaluar el potencial de las familias para participar en el tratamiento. Entrevistar a ambos padres de manera independiente, si es posible, para obtener sus puntos de vista únicos. Pida ver los registros de comunicación y tratamiento de padres y maestros diarios para validar la participación en el tratamiento. Ofrecer retroalimentación positiva por su arduo trabajo en la participación en el cuidado. Promover asociaciones con los proveedores de tratamiento y las familias. Algunas familias están estresados crónicamente, y los proveedores de tratamiento se pueden cansar de sus continuas crisis.
- El profesional de Enfermería, debe hacer la aplicación de un enfoque integral, que deben esforzarse por aumentar la comunicación entre los padres, maestros y proveedores en nombre del niño, educar a los padres de que el tratamiento puede ser eficaz si se adhieren positivamente al plan de atención, resolver asertivamente dudas frente a la información que es comúnmente inexacta sobre el tratamiento del TDAH. Evaluar la base de conocimiento de los padres con respecto a las dosis de los medicamentos y los efectos en las estrategias de comportamiento. Escuchar con atención y proporcionar la empatía y el apoyo a los padres de niños con TDAH.
- Vivir con un niño con TDAH es estresante; ver al niño hasta la edad adulta no es tarea fácil. Por ello es fundamental identificarse y aplaudir los esfuerzos de los padres, incluso los pequeños pasos. Los pacientes, los padres y los médicos deben formar una asociación para el éxito en el tratamiento del TDAH. Esta asociación terapéutica puede resultar en una

trayectoria más segura para el niño con TDAH a través de la infancia y la adolescencia, y por ello constituye una tarea que merece de los esfuerzos de todos.

Para lograr esta meta se requiere de asesorías en las que se fortalezca el enfoque multimodal para tratar a los niños con TDAH, tales como: Una evaluación integral eficaz, ya mencionada anteriormente; estrategias para mejorar el ambiente de aprendizaje y favorecer un ambiente tranquilo para potenciar la crianza eficaz para ayudar al niño a controlar los síntomas de TDAH; indicando las ventajas de complementar lo anteriormente descrito con una evaluación psicoeducativa o neuropsicológica integral, que tienen como objetivo entender mejor las fortalezas del niño y debilidades en el funcionamiento cognitivo y académico para identificar los trastornos consecuenciales de aprendizaje y dificultades en funciones ejecutivas; además de una consulta médica con el psiquiatra; por lo que es importante que el profesional de Enfermería en el tratamiento multimodal pueda asesorar frente a la situación que en verdad requiera medicación o sea solamente necesario la terapia psicosocial, con el fin de descartar posibles alteraciones físicas que la medicación pueda traer consigo en los niños con TDAH, lo cual afectaría y requeriría más intervenciones en tratamiento multidisciplinario; y es aquí donde el profesional de Enfermería tiene una importante labor en el apoyo de entendimiento y comprensión en los padres frente a dicha situación, proporcionando una lista de tareas durante la evaluación integral con los niños y padres⁷ que ellos pueden escoger.

- Proporcionar un asiento preferencial en el aula. Los niños con TDAH son susceptibles de beneficiarse de estar sentado cerca de su profesor en el aula, disminuyendo la probabilidad de ser distraído por los objetos y acontecimientos en el medio ambiente, favoreciendo así a responder a los intentos de socialización únicamente en los momentos apropiados.
- Asegurar que las instrucciones orales se mantengan cortas y sencillas. La Información adicional debe enfatizarse con señales avanzadas, como diciendo: "Esta información es importante saber. "Además, la alerta anticipada puede ayudar a los niños con TDAH a prepararse para una nueva tarea (por ejemplo, " En un momento, lo haremos... ").
- Aumentar la estructura en el entorno del hogar , incluyendo la provisión de un espacio tranquilo para hacer las tareas, una hora específica para hacerlo, así como la coherencia con respecto a las horas de comida , tareas

y rutinas efectivas de mañana y tarde, todo será útil en la reducción de problemas con la organización .

- Compartir al menos una comida al día para mejorar la estructura, modelo de organización y mejorar las interacciones dentro de la familia.
- Mejorar el espacio de trabajo del niño mediante el establecimiento de una zona adecuada, ejemplo: escritorio/estudio con todos los materiales que él o ella necesita en la mano.
- Pausas activas cortas (aproximadamente 5 minutos) durante el tiempo de la tarea puede ayudar al niño con TDAH.
- Ayudar a organizar las tareas, proporcionando una carpeta donde el niño coloca constantemente tareas por hacer y las tareas terminadas.

Las enfermeras escolares, los profesores y el personal vinculado a las instituciones educativas en el ámbito escolar deben conocer que existe una reglamentación que rige la inclusión de niños con TDHA, en las escuelas y la permanencia o no de ellos en esta⁸, situación que puede ser difícil de aceptar por los padres; es aquí donde el profesional cumple otra importante función explicando a los padres las diferencias entre el Plan de Educación Individual (IEP) y un Plan 504⁸ establecidos de la siguiente manera:

Diferencias entre IEP y el Plan 504

Plan de Educación Individual (IEP)	Plan 504
Caídas bajo Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA).	Sección de la Ley de Rehabilitación de 1973.
La ley federal que rige la educación especial y proporciona fondos a los distritos escolares para apoyar la educación especial.	Una ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación sobre la base de condiciones de discapacidad en los programas y actividades que reciben o se benefician de la asistencia financiera federal.
Provee servicios de educación especial para aquellos que cumplen con los	Cubre las personas que tienen o han tenido un impedimento físico o mental

<p>critérios de elegibilidad en un número de categorías distintas de la discapacidad.</p>	<p>que limita sustancialmente una actividad importante de la vida (como el aprendizaje).</p>
<p>TDAH puede ser cubierta por IDEA en la categoría "Otros problemas de salud", si los síntomas del niño están afectando a su rendimiento educativo.</p>	<p>Cubre los niños que requieren servicios relacionados, incluso si no requieren educación especial.</p>
<p>Los niños son elegibles para IDEA sólo si requieren de educación especial con el fin de responder a las dificultades causadas por su discapacidad.</p>	<p>Los niños cubiertos bajo la Sección 504 o tienen discapacidades menos severas o que no encajan en las categorías de elegibilidad bajo la ley IDEA.</p>

Recurso: Becker, Goobic, & Thomas, 2009⁸

Adicionalmente la literatura documentada informa que la crianza de los niños con trastornos de salud mental y de comportamiento puede causar deformación de la familia, pero se sabe menos sobre el estrés añadido de múltiples diagnósticos comórbidos. El modelo de doble ABC-X de estrés familiar es un modelo útil para la comprensión de cómo los diferentes estresores y recursos familiares tienen un impacto en los niños con este síndrome. El modelo de doble ABC-X se ha utilizado en varios escenarios (psicólogos, enfermeros) para explicar los mecanismos subyacentes de la tensión de la familia y de afrontamiento familiar (52). Los factores estresantes pueden estar relacionados con el niño con TDAH y con la salud general, la severidad de los síntomas del TDAH y trastornos de salud físicos y mentales comórbidos. La frecuencia y severidad de los síntomas del TDAH y los deberes de cuidado adicionales pueden causar estrés para los padres así como otras preocupaciones tales como el bajo nivel de ingresos, poca educación de los padres, las barreras lingüísticas, el déficit de salud del niño y la gravedad de la enfermedad⁴⁹.

La característica definitoria de las intervenciones de enfermería es el empoderamiento de las personas para lograr recuperar y mantener su independencia, teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales (53). Esta característica ha informado del desarrollo de las teorías y modelos de enfermería en los últimos 50 años⁵⁰. Los Modelos de enfermería son una guía para la mejora constante ya que incluye la planificación, implementación y evaluación de la prestación de atención. Muchos

aspectos de la práctica de enfermería y el papel de la enfermera han cambiado desde la concepción de los modelos de enfermería y hay diferentes puntos de vista acerca de su utilidad. Algunos autores han señalado que los modelos de enfermería permiten a las enfermeras trabajar con flexibilidad y creatividad y seguir siendo pertinentes⁵⁰.

Implicaciones en la Práctica de Enfermería

El trabajo en conjunto con otros profesionales de la salud proporciona atención de calidad⁶, siempre teniendo como base un modelo que potencialice la exitosa adaptación y afrontamiento en los padres, con validez y confiabilidad, como lo es el modelo de Adaptación de Callista Roy⁴⁶. Adicionalmente es de motivo de interés en la práctica clínica en Enfermería reconocer las necesidades de salud percibidas en las familias que están al cuidado de niños con TDAH, en los diferentes contextos socio demográficos y culturales, incluyendo a su vez las percepciones de vida y la guía para manejo de factores estresores día a día, las preocupaciones y las necesidades en estas familias, que pueden estar potencialmente condicionadas por la salud⁸.

A pesar de que se ha presentado un aumento de la prevalencia del TDAH alertando a nivel mundial sus grandes repercusiones tanto en servicios de salud mental y en las familias de estos niños enfermos, investigaciones sugieren el estudio a fondo de las necesidades de salud de estas familias, que se han centrado en algunas áreas importantes, como la mayoría de las necesidades de educación según la percepción por profesionales de la salud y las intervenciones de manejo del comportamiento o del estrés basado en la literatura, la evaluación de las necesidades y de sus factores asociados⁸.

Estudios demuestran que la mayoría de los niños con problemas psicosociales que pueden ser causados por un trastorno del desarrollo no reciben servicios especiales de salud mental, sino que se gestionan en la práctica de atención primaria (54). Sin embargo, muchos de estos niños no están siendo identificados con precisión, lo que implica una profunda preocupación por la pronta identificación, intervención y prevención de problemas a lo largo de la infancia de los niños con este síndrome. Los enfermeros deben mantenerse al tanto de los

cambios importantes en el cuidado de la salud del niño ya que este es un proceso continuo. Si estos proveedores de atención primaria pudieran defender las guías de práctica clínica, serían reconocidos por su contribución continua al mantenimiento del cuidado de la salud⁴⁵.

Para lograr un buen abordaje del enfermero con la familia y con el niño diagnosticado con este síndrome, es necesario emplear pruebas de detección temprana, esto debe convertirse en una parte rutinaria de las visitas de mantenimiento de la salud, en la cual los profesionales de Enfermería tienen que ser hábiles con los métodos de evaluación que utilizan (55), teniendo como base la teórica enfermera Callista Roy que con su “modelo de adaptación” y su “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación”(ESCAPS), define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender a las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, por eso el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar de la familia⁴⁸ y cuando se habla de adaptación se refiere al “el proceso y el resultado por el que piensa y siente la persona. Utilizando el conocimiento consciente y la opción de crear la integración humana y ambiental. Adaptación que conduce a la salud y el bienestar óptimo de calidad de vida y hasta la muerte con dignidad”.

Los supuestos del Modelo de Callista Roy se clasifican en 3 categorías: supuestos filosóficos, supuestos científicos y supuestos culturales. En este caso,

Los supuestos filosóficos incluyen lo siguiente⁴⁶:

- Las personas tienen una relación mutua con el mundo y con la figura de Dios.
- El significado humano tiene sus raíces en un punto de convergencia omega del universo.
- Dios está íntimamente revelado en la diversidad de la creación y es el común destino de la creación.
- Las personas utilizan las capacidades creativas humanas de conciencia, iluminación y fe.
- Las personas son responsables de entrar en el proceso de derivación, el mantenimiento y la transformación del universo.

Los supuestos científicos incluyen lo siguiente:

- Los sistemas de la materia y el progreso de la energía a niveles más altos de auto-organización compleja
- la conciencia y el sentido son constitutivas de la persona y de integración medioambiental.
- conciencia de sí mismo es constitutiva de la persona y la integración del medio ambiente.
- Las decisiones humanas son explicables para la integración del proceso creativo.
- Los pensamientos y sentimientos intermedios de la acción humana.
- sistema de relación incluye la aceptación, la protección y el fomento de la independencia
- Las personas y la tierra tienen patrones comunes y relaciones integrales.
- Las transformaciones de las personas y el ambiente son creados en el conocimiento humano.
- La integración del medio ambiente humano que significa resultados en la adaptación

Los supuestos culturales son los siguientes:

- Las experiencias dentro de una cultura específica influirán en cómo se expresa cada elemento del modelo de adaptación de Roy.
- Dentro de una cultura puede ser un concepto que es central y que influirá en todos o algunos de los elementos del modelo de adaptación de Roy en mayor o menor medida.
- Las expresiones culturales de los modelos de adaptación del modelo de Roy pueden conducir a cambios en las actividades de práctica como la valoración de enfermería.
- Los elementos del modelo de adaptación de Roy se desarrollarán dentro de una perspectiva cultural, las implicaciones para la educación y la búsqueda pueden diferir de la diferencia de la cultura original.

Si se quiere identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer frente a sus situaciones difíciles o críticas, Callista Roy ofrece un método específico de gran ayuda como lo es el **Instrumento: escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS)**.

Los procesos de afrontamiento de la persona están dados por el subsistema regulador y cognitivo. El primero es innato, se expresa fundamentalmente en el modo fisiológico. El segundo está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano. El subsistema responde a través de cuatro canales, cognitivo- emotivo, procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emoción. Gracias a estos procesos la persona interpreta la situación y otorga un significado a los estímulos y con base en ellos da una respuesta consiente para promover su adaptación. Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales las cuales están relacionadas entre sí⁴⁸.

1. **ENTRADAS:** Involucran los procesos de alerta, atención, sensación y percepción. El estado de alerta y la atención procesan la información en una forma automática o controlada.
2. **PROCESOS CENTRALES:** Los estímulos percibidos son procesados mediante la codificación y formación de conceptos, la memoria y el lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar la información codificando representaciones de la experiencia.
3. **SALIDAS:** Planeación y respuesta motora, los seres humanos actúan de acuerdo con la interpretación que hacen del ambiente y con ello formulan unas metas y unas etapas para cumplirlas.

De acuerdo a esto con el fin de que el conocimiento en la práctica sea más completo y la valoración y comprensión del subsistema de afrontamiento cognitivo logre identificar las habilidades que utiliza una persona para controlar el estrés y promover la adaptación Roy crea un instrumento que logre cumplir con este objetivo, instrumento conformado por 47 ítems agrupados en 5 factores y un formato likert con cuatro criterios, rara vez cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento desafortunado. De acuerdo con los 5 factores los 3 primeros miden los comportamientos, las relaciones y los recursos de afrontamiento que utilizan las personas y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Estos son⁴⁸:

FACTOR 1: Recursivo y centrado (10 ítems)

Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.

FACTOR 2: Reacciones físicas y enfocadas (14 ítems)

Resalta las relaciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.

FACTOR 3: Proceso de alerta (9 ítems)

Representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los 3 niveles de procesamiento de la información entradas, procesos centrales y salidas.

FACTOR 4: Procesamiento sistemático (6 ítems)

Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

FACTOR 5: Conocer y relacionar (8 ítems)

Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación⁴⁸.

Estudios han demostrado la alta validez y confiabilidad que tiene el Instrumento de evaluación de Roy y certifica la utilidad del instrumento en diversas culturas, además que se reconoce como propio de enfermería y permite la intervención de la enfermera por medio del cuidado en un proceso complejo como lo es el de afrontamiento, llegando al logro de la adaptación humana, fomentando así una identificación y abordaje del profesional de Enfermería con la familia y el niño que presentan relación con el TDAH⁴⁸.

El uso de esta herramienta permite conocer así, como todos los factores que afectan el afrontamiento familiar están relacionados con las medidas de crianza y los procesos de afrontamiento que tienen los padres frente al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con sus hijos, con el fin de poder ofrecer por parte del profesional de enfermería una ayuda a los padres para establecer estrategias de afrontamiento efectivas que los ayuden a llevar con mayor eficacia la enfermedad de sus hijos, evitando que hayan problemas secundarios en la familia o en los niños que padecen de este trastorno, ya que para enfermería es de gran importancia ofrecer un cuidado en forma holística, no solo al paciente sino también a su familia, para de esta forma prevenir enfermedades futuras o complicaciones de la misma; direccionando así mejor el cuidado, estableciendo intervenciones eficaces frente a esta situación que haga que los afrontamientos sean efectivos y así mismo ayudar a otras familias que estén inmersas en este Trastorno; del mismo modo concientizar a la sociedad que

esta situación no es un problema limitante, eliminando así el estigma social que se tiene frente a ello.

El modelo de adaptación de Roy es comúnmente usado en la práctica de enfermería. Utilizar el modelo en práctica permite que la enfermera siga el proceso de enfermería evaluando al individuo desde varios factores que influyen de una u otra manera en su bienestar (56).

Conclusiones

Los métodos de crianza y medidas de afrontamiento familiar establecidos por los padres de niños diagnosticados con Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad, se basan en las medidas farmacológicas, con la implementación de asesoramiento de profesional de la Salud frente a la administración de medicamentos estimulantes en sus hijos; sin embargo es importante tener en cuenta que esta es la medida menos implementada por los padres de niños con TDAH. Las medidas terapéuticas tales como el entrenamiento para la crianza de niños con TDAH, es la medida más importante aplicada por los padres para afrontar de una mejor manera la situación de sus hijos, buscando una guía de aprendizaje para la crianza de sus hijos y así sobrellevar esta situación y mejorar su desarrollo académico y social; sin embargo es importante tener en cuenta que frente a esta medida de afrontamiento se presentan muchas barreras para poder ejecutarla; pero de igual manera los profesionales de Enfermería están en la ardua labor de implementar y aconsejar medidas alternativas que los padres pueden poner en uso para hacer frente a dicha situación, tomando como guía los modelos conceptuales de Enfermería; todo con el fin de ayudar a la crianza efectiva de sus hijos, y el adecuado desarrollo social, familiar y escolar de los mismos, las cuales son de abordaje preciso y específico del profesional de Enfermería; con el papel fundamental de asesorar a las familias acerca de la complejidad del TDAH, los diversos métodos de tratamiento e intervención, además de los que los padres ya establecen, disminuyendo así las consecuencias que trae el TDAH en los pacientes y en los padres; eliminando las futuras adversidades que se presentan en base a esto.

Se considera necesario la detección e intervención temprana para prevenir síntomas en el niño que interfieran de manera directa con el comportamiento y rendimiento escolar, asegurando un bienestar físico, mental y emocional a su

misma vez estimulando el crecimiento normal del niño y su excelente proceso de desarrollo y generando una confortable calidad de vida.

Los niños en edad escolar (tiempo en que el síndrome empieza su intervención) están en un punto crítico del desarrollo del auto-concepto y se ven especialmente influenciados por sus compañeros, es necesario una intervención temprana por parte de los padres, maestros y profesionales de la salud quienes deben facilitar el desarrollo de una autopercepción positiva y saludable en los niños, especialmente aquellos con TDAH, que pueden requerir atención y asistencia precisa, ya que este síndrome es causa de sus dificultades con la socialización y las relaciones interpersonales. Por este motivo es de suma importancia que los proveedores de atención primaria obtengan información clara y específica sobre las áreas de la auto-percepción para que se pueda ofrecer un mejor cuidado basados en la integridad física, mental y moral de estos niños.

Los datos recopilados apoyan la necesidad de un profesional de Enfermería como referencia para los niños con TDAH y sus familias, lo que puede mejorar la comunicación, fomentando el diálogo claro entre padres y profesionales debido a que es esencial para garantizar que la prestación de servicios sea aceptable y centrado en el paciente y su familia; brindando apoyo clínico y educativo proactivo que tiene que ser accesible y bien publicitado, lo que puede animar a los padres a buscar ayuda temprana y de buena calidad tanto para sus hijos como para ellos; fomentando así medidas de crianza positivas y formación de un programa de intervención o técnicas apropiadas para mejorar la crianza, basándose en los fundamentos de crianza cariñosa y así fomentar la buena autoestima tanto en los niños con TDAH como en sus familias, evitando de esta forma la depresión materna producto de la sintomatología del TDAH, que repercute de manera negativa en una crianza y afrontamiento eficaz de dicha situación.

De igual manera el hecho de que el enfermero se convierta para los padres en una guía generadora de soporte en varias facetas de la cotidianidad podría establecer un estilo de crianza saludable de los padres para con su niño con diagnóstico de TDAH y se puede mejorar la comprensión por parte de los padres del comportamiento de sus hijos, de igual manera se motiva a los padres para que hagan uso de técnicas de manejo de comportamiento y lo más importante ayudarlos para que acepten el hecho de que sus hijos tienen TDAH.

La mejora de los servicios profesionales que son brindados por el personal de enfermería en el cuidado de la familia deben ser constantes y deben convertirse

en una de las principales preocupaciones de todos los profesionales de la salud, estos servicios deben cubrir las necesidades del niño que presenta TDAH y de su familia, razón por la cual es de vital importancia que los profesionales de Enfermería identifiquen la existencia de personalidad neurótica y síntomas agresivos en los padres de niños con TDAH, para poder realizar intervenciones con ellos, debido a que esto influye en los resultados negativos en la crianza y desarrollo de el trastorno en estos niños, haciendo más difícil el afrontamiento de los padres frente a esta situación; fomentando la participación positiva de los padres enfatizando en la importancia de la equidad en la crianza, sin la delegación de cuidados de padre a madre; aliviando así la carga materna causada por los síntomas del TDAH, conllevando así a la mejora del funcionamiento familiar y la calidad de vida de los niños y sus padres. De acuerdo con esto la importante intervención de Enfermería en el tratamiento integral de la familia, potenciando la participación positiva del padre en la intervención, eliminando así la estigmatización de la crianza exclusivamente materna; se debe aclarar que para poder brindar este excelente cuidado el personal necesita contar con todos los conocimientos requeridos para generar bienestar en el niño diagnosticado con TDAH y lograr la tranquilidad de su familia al saber que es manejado por unas buenas manos; para ello se necesita más educación a los profesionales de la salud para que puedan dar una orientación y apoyo adecuado obteniendo unos resultados satisfactorios.

Referencias Bibliográficas

1. Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente.2002.
2. Szewan Carol ho, Waitong Chien, and Li-qun Wang. Parents' perceptions of care-giving to a child with attention deficit hyperactivity disorder: An exploratory study. 2011. *Contemporary Nurse. Volume 40, Número 1.* 41–56.
3. Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente.2002.
4. Mei-Jue Lin, Xuan-Y Huang and Bai-Jin Hung. The experiences of primary caregivers raising school-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. 2008*Journal of Clinical Nursing, Volume 18.* 1693–1702.

5. Wai-Tong Chien, Isabella Y.M. Lee. An Exploratory Study of Parents' Perceived Educational Needs for Parenting a Child with Learning Disabilities. 2012. *Asian Nursing Research, Volume 7*. 16-25.
6. APA2000. American Psychiatric Association.
7. Patricia A. Salmeron. Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: Diagnosis, clinical practice guidelines, and social implications. 2009. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, Volume 21*. 488–497.
8. APP2001. Manual de la American Psychological Association.
9. Won-Oak Oh, Eun Sook Park, Min Hyun Suk, Dong Ho Song and Yeojin Im. Parenting of children with ADHD in South Korea: the role of socio-emotional development of children with ADHD. 2011. *Journal of Clinical Nursing Volume 21*. 1932–1942.
10. Melanie Sberna Hinojosa, Ramon Hinojosa, Daniel Fernandez-Baca, Caprice Knapp, Lindsay A. Thompson. Parental Strain, Parental Health, and Community Characteristics Among Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Academic pediatrics, June 21 2012, pp 5015- 508*.
11. Richard Thompson; Barbara L. Dancy; Tisha R. A. Wiley; Cynthia J. Najdowski; Sylvia P. Perry; Jason Wallis; Yara Mekawi; Kathleen A. Knafl. African American Families' Expectations and Intentions for Mental Health Services. 2012. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. Volumen 40. Número 5*. 371-383.
12. Bora Pajo, Paul H. Stuart. A comparative review of “how to” books for parents of ADHD children and “how to” books for parents of typical children. 2012. *Children and Youth Services Review 34*. 826–833.
13. Lise Becker, Kara Goobic, Susy Thomas. Advising Families on AD/HD: A Multimodal Approach. 2009. *PEDIATRIC NURSING Vol. 35/No. 1*. 47-52.
14. Anas Rasheed, Iffath Fathima, Mohammed Altaf. Attention deficit hyperactivity disorder (adhd): an overview; *Rasheed et al., IJPSR, January 2013; pp 1669-1683*.
15. Marie Folie. A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and

families of children without ADHD.2011.*Journal for specialist in Pediatric Nursing, Volume 16.* 39–49.

16. Won, Park, Min, Dong, & Yeojin. Attention deficit hyperactivity disorder: More than a child's disease, *Formulary Journal, November 2010 pp 318-327.*
17. Won-Oak Oh, Eun Sook Park, Min Hyun Suk, Dong Ho Song and Yeojin Im. Parenting of children with ADHD in South Korea: the role of socio-emotional development of children with ADHD.2011.*Journal of Clinical Nursing Volume 21.* 1932–1942.
18. Chang, Li-Ren; Chiu, Yen-Nan; Wu, Yu-Yu; Gau, Susan Shur-Fen. Father's parenting and father–child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder.2013.*Comprehensive Psychiatry Volumen 54. Número 2.* 128-140.
19. Alyson C. Gerdes, Betsy Hoza, L. Eugene Arnold, William E. Pelham, James M. Swanson & Timothy Wigal & Peter S. Jensen. Maternal Depressive Symptomatology and Parenting Behavior: Exploration of Possible Mediators.2007*Journal Abnorm Child Psychologic, Volume 35.* 705–714.
20. Sara Barber, Laurie Grubbs, Barbara Cottrell. Self-Perception in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of Pediatric Nursing, August 2005, pp 235- 245.*
21. Alligood, T Omey. Attention deficit hyperactivity disorder: More than a child's disease, *Formulary Journal, November 2010 pp 318- 327.*
22. Ruediger Kissgen, Maya Krischer, Vanessa Kummetat, Ralf Spiess, Roland Schleiffer, Kathrin Sevecke. Attachment Representation in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Psychopathology 2009; pp 201–208.*
23. Roberta Waite. Women and attention deficit disorders: A great burden overlooked. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2007 pp 116–125.*
24. Dosreis, Susan; Mychailyszyn, Matthew P; Myers, MaryAnne; Riley, Anne W. Coming to Terms With ADHD: How Urban African-American Families

Come to Seek Care for Their Children.2007.Psychiatric Services, Volume 58, Número 5. 636-641.

25. Roberta Waite, J. Russell Ramsay. A Model for Parental ADHD: Help-Seeking and Readiness to Change. 2010.National Library of Medicine. Issues in mental health nursing Volume 31, Número 12. 793-803.
26. Margaret J. J. Thompson, Cathy Laver-Bradbury, Michelle Ayres, Emma Le Poidevin, Sarah Mead, Catherine Dodds, Lamprini Psychogiou, Paraskevi Bitsakou, David Daley, Anne Weeks, Laurie Miller Brotman, Howard Abikoff, Penny Thompson, Edmund J. S. Sonuga-Barke. A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. 2009.European Child Adolescent Psychiatry, Volume 18. 605–616.
27. Dennis, Tanya; Davis, Monica, Johnson, Ursula, Brooks, Hoplyn, Humbi, Annette. Attention deficit hyperactivity disorder: parents' and professionals' perceptions. 2008Community Practitioner, Volume 81, Number 3. 24-28.
28. Charlotte Dianne Strahm. Parents' Experience Raising a Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.2008.Rush University, College of Nursing, UMI Dissertations Publishing. 1-132.
29. Parisa Tajalli , HA.Hooman, GH A.Afroz , B.Ghobaribonab. Examine The Presence of ADHD in Families of Students with/ without ADHD, Procedia - Social and Behavioral Sciences 2013, pp 346 – 350.
30. Perrin JM, Friedman RA, Knilans TK. Cardiovascular monitoring and stimulant drugs for attention-deficit/hyperactivity disorder. 2008.Pediatrics. 451-453.
31. Kay, Randye. Parental decision making in the administration of stimulant medication for their latency age children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). 2007Nursing & Allied Health Source. University of San Diego, UMI Dissertations Publishing. 1-213.
32. Teena M. McGuinness. Helping Parents Decide on ADHD treatment for their children. 2008.Journal of Psychosocial nursing. Vol. 46, no. 8. 23-28.

33. Kathleen C. Knutson, Maureen O'Malley. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A survey of diagnosis and treatment practices, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* , 2010 pp 593–601.
34. A. Montoya , F. Colom , M. Ferrin. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review, *European Psychiatry* 2 February 2011, pp 166–175.
35. Lidy M. Pelsser, Klaas Frankena, Jan K. Buitelaar, and Nanda N. Rommelse. Effects of food on physical and sleep complaints in children with ADHD: a randomised controlled pilot study. 2010. *European Journal Pediatrics*, Volumen 16. 1129–1138.
36. Akram Paranda, Gholamali Afrooza, Mahmood Mansoor, Mohsen Shokoohi, Yekta Mohammadali Besharata, Katayoon Khooshabib, Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health, *Procedia social and behavioral sciences*, March 9, 2010, pp 1135–1139.
37. Graziano, McNamara, Geffken, Reid. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. 2008. *Acta Neurológica de Colombia*. 6-12.
38. Hsin-Hsin Chang, Ching-Sheng Chang, Ying-Ling Shih. The Process of Assisting Behavior Modification in a Child With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Nursing Research* 2007, pp 147- 155.
39. Pei-chin Lee , Keh-chung Lin , Deborah Robson , Hao-jan Yang , Vincent Chin-hung Chen, Wern-ing Niew. Parent–child interaction of mothers with depression and their children with ADHD, *Research in Developmental Disabilities* 2013 pp 656–668.
40. Lisa M. Goos , Payam Ezzatian , Russell Schachar. Parent-of-origin effects in attention-deficit hyperactivity disorder, *Psychiatry Research* 9 August 2007, pp 1–9.
41. Susan Shur-Fen Gau , Jane Pei-Chen Chang. Maternal parenting styles and mother–child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder, *Research in Developmental Disabilities* 2013, pp 1581–1594.

42. Jennifer J. Brown, John L. Hertzler, Robert L. Findling. Assessment of Core Competencies in Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Practice, *Journal of Child and Adolescent psychopharmacology* 2011, pp 33- 41.
43. Marcia Gibbons. A Descriptive Study of Parental Stress Associated with the Disruptive Behavior of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2007. Capital University, UMI Dissertations Publishing, 2007. Páginas 135. 1-135.
44. Margalit, Malka; Raskind, Marshall H. Mothers of Children with LD and ADHD: Empowerment Through Online Communication. 2009. *Journal of Special Education Technology*, Volume 24, Número 1. 39-49.
45. Katelijne van Emmerik-van Oortmerssen , Geurt van de Glindc , Wim van den Brink, Filip Smit , Cleo L. Crunelle, Marije Swets, Robert A. Schoeversf. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis, *Drug and Alcohol Dependence research* 2012, pp 11– 19.
46. Francesco Margari, Francesco Craig, Maria Giuseppina Petruzzelli , Annalinda Lamanna , Emilia Matera , Lucia Margari; Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Research in Developmental Disabilities* 3 January 2013, pp 1036–1043.
47. Kathleen Peters & Debra Jackson. Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. 2008.
48. Sheri Lynn Vlam. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnostic Assessment Methods Used by Advanced Practice Registered Nurses, *Pediatric Nursing*, January- February 2006, pp 18- 24.
49. Sister Callist Roy, 2009. Roy Adaption Model.
50. García Suárez, Dolores Cristina; Díaz Domínguez, María Isabel; Viljanen, Kristiina Elisabeth. INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES CON HIJOS ADOLESCENTES CON CONDUCTA DISOCIAL O TRASTORNOS DE CONDUCTA. Biblioteca Lascasas, 2011.
51. Carolina Gutierrez López, Mónica del Mar Veloza Gómez, María Elisa Moreno Fergusson, María Mercedes Durán de Villalobos, Clara López de Mesa, Osvaldo Crespo. Validez y confiabilidad de la version en español del

instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy”. Revista Aquichan, vol. 7, núm. 1, 2007, pp. 54-63.

52. Paulo A. Graziano, Joseph P. McNamara, Gary R. Geffken, Adam Reid. Severity of Children’s ADHD Symptoms and Parenting Stress: A Multiple Mediation Model of Self-Regulation. 2011. Journal Abnorm Child Psychologic, Volume 39. 1073–1083.
53. Keoghan, Sue. Attention deficit hyperactivity disorder: a model of nursing care. 2011. Mental Health Practice Volume 15, Número 3. 1-6.
54. Charles E. Cunningham. A family centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention - deficit /hyperactivity disorder, Ambulatory Pediatrics , January- February 2007, pp 60- 72.
55. Daniel Clay, Karen Farris, Ann Marie McCarthy, Michael W. Kelly, Robyn Howarth. Family perceptions of medication administration at school: Errors, risk factors, and consequences. 2008. The Journal of School Nursing, Volume 24, Número 2. 95-102.
56. Ghanizadeh, Ahmad, MD; McGuinness, Teena M. Explaining The Nurse's Role In Adhd Treatment/Response. 2009. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. Volumen 47. Número 2. 13-14-50.