

# **El papel de Enfermería en la atención de niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.**

## **The role of Nursing in the care of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder.**

**Trabajo Fin de Grado**  
**Grado de Enfermería**  
**Curso académico 2020-2021**

Autora: CLAUDIA CAMPO GÓMEZ

Directora: BLANCA TORRES MANRIQUE

*Universidad de Cantabria*

## **AVISO DE RESPONSABILIDAD UC**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
ABSTRACT:.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
2.1 Antecedentes y justificación .....	5
2.1.1 Estado actual de tema de estudio .....	5
2.1.2 Circunstancias históricas y sociales .....	6
2.2 Objetivos.....	7
Objetivo principal:.....	7
Objetivos específicos:.....	7
2.3 Estrategia de búsqueda .....	8
2.4 Descripción de capítulos .....	9
3. CAPÍTULOS.....	9
3.1. TDAH y proceso asistencial .....	9
3.1.1 Fisiopatología .....	9
3.1.2 Clínica.....	11
3.1.3 Diagnóstico.....	12
3.1.4 Comorbilidades .....	15
3.1.5 Tratamiento.....	17
3.2 Papel de enfermería en el TDAH .....	22
4. REFLEXIÓN FINAL .....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS .....	35

## 1. RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la población infantil. Se caracteriza por presentar dificultad para prestar atención, impulsividad y sobreactividad motora en niveles clínicamente significativos. Esta sintomatología repercute en la vida del niño: ámbito personal, social, familiar y escolar. Con frecuencia, se acompaña de otros problemas y trastornos asociados.

No existe terapia curativa para el trastorno, siendo el tratamiento más efectivo y recomendado aquel que tiene un enfoque multimodal, el cual combina la terapia farmacológica, psicológica y apoyo familiar, incluyendo el entrenamiento parental. Además, debe individualizarse para cada niño, en función de sus necesidades y características, así como las de la familia. El trastorno afecta a la dinámica familiar, por eso también se debe apoyar y asesorar a los cuidadores de niños afectados.

Enfermería tiene un importante papel para la identificación precoz del trastorno y su seguimiento. Dentro del equipo multidisciplinar encargado del abordaje el TDAH, la función de enfermería, guarda relación con la educación en salud, con la parte psicoeducativa del tratamiento.

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática con el fin de analizar el rol de los profesionales de enfermería en la atención a niños con TDAH.

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, diagnóstico, terapéutica, enfermería, educación en salud.

## ABSTRACT:

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder in childhood. It is characterized by impulsivity, difficulty paying attention and hyperactivity, at clinically significant levels. This symptomatology affects the child's life: personal, social, familiar and academic field. ADHD is often accompanied by other associated problems and disorders.

There is no curative therapy for this disorder. The most effective and recommended treatment is that of a multimodal approach, which combines the pharmacological, psychological treatment and family support, including parental training. In addition, it must be individualized for each child, depending on their needs and characteristics, as well as those of the family. The disorder affects family dynamics, so caregivers of children with ADHD should also be supported and counseled.

Nursing has an important role in early identification of the disorder and its follow-up. Within the multidisciplinary team responsible for addressing ADHD, nursing function is related to health education, to the psychoeducational part of multimodal treatment.

A systematic literature review has been conducted in order to analyze the role of nursing professionals in the care of children with ADHD.

**Key words:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, diagnosis, therapeutics, nursing, health education.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1 Antecedentes y justificación

#### 2.1.1 Estado actual de tema de estudio

En la actualidad, el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se considera el trastorno neuropsiquiátrico más prevalente en la infancia(1,2). Se estima una prevalencia a nivel mundial del 5,29%(3,4). En España se encuentran prevalencias entre el 4,7% y 6,6%(5). Debe considerarse un problema importante de salud pública ya que la demanda clínica va en aumento y tiene un gran impacto a nivel individual (académico, laboral y social) y socioeconómico (exclusión social e incluso criminalidad, elevado riesgo de abuso de sustancias(2,4)).

La elevada prevalencia del trastorno y las variaciones que se encuentran por países se deben a diferentes características metodológicas utilizadas en cada uno de ellos, como son las diferencias culturales, la población a estudiar, la presión de las grandes empresas farmacéuticas o los criterios diagnósticos empleados(6,7), pudiendo tomar como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM)(8). En un estudio realizado en Canarias, de una prevalencia total de 4,9% de niños diagnosticados de TDAH, se determinó que el 3,1% eran de predominio inatento, el 1,1% hiperactivo y el 0,7% de tipo combinado(3). Por otro lado, según el DSM-5, en una relación niño: niña, la frecuencia del trastorno es de: 4:1 para el de predominio hiperactivo-impulsivo y 2:1 para el de predominio inatento(8).

Por otro lado, los estudios coinciden en que esta patología se da con mayor frecuencia en el sexo masculino que en el femenino(9), disminuyendo la diferencia conforme aumenta la edad, en una relación de 3/4:1 en la población general y un 9:1 en la población clínica(3,7). Hay autores que establecen que existe un claro infra diagnóstico de las niñas debido al hecho de no usar criterios diferenciales por sexo, todo esto podría deberse a que en ellas predomina la disfunción de tipo desatención, siendo menos relevante lo conductual, y pasando a ser así más desapercibidas. No siendo así en los varones, en los que suele predominar la hiperactividad, más que el déficit de atención(3).

Al mismo tiempo, el cuadro se manifiesta en todos los niveles socioeconómicos, sin embargo, es más prevalente en familias con un bajo nivel socioeconómico(9).

Habitualmente los síntomas del TDAH aparecen en la infancia y son varios los estudios de seguimiento que reportan estabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo, continuando así en la adultez el 50% de los casos(7,9).

A su vez, es frecuente la comorbilidad del TDAH con otras patologías, padeciendo entre el 50-80% de los niños afectados otro diagnóstico(1), siendo los más comunes: las conductas disruptivas y los trastornos del aprendizaje(9).

El TDAH no tiene una única causa, sino que probablemente se origina por la combinación de varios factores(10). Este trastorno tiene una importante base genética, en familiares de primer grado, en comparación con la población general, se multiplican entre 2 y 8 veces las probabilidades de padecerlo(11). Asimismo, existen factores ambientales tales como: la exposición fetal a sustancias o tóxicos, contextos psicosociales adversos o factores perinatales capaces de modular la expresión fenotípica(10,11).

Actualmente, el tratamiento más eficaz y recomendado es aquel que tiene un enfoque multimodal en el que se combina el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico con la implicación de la familia, los profesores y los orientadores escolares(1,10,12).

En cuanto a la farmacoterapia utilizada en el TDAH, se puede dividir en dos grupos: fármacos psicoestimulantes y no psicoestimulantes(13). La primera opción terapéutica son los psicoestimulantes, siendo el metilfenidato el más utilizado. Los fármacos no psicoestimulantes, como la atomoxetina, se utilizan en casos en los que el uso de estimulantes no es lo conveniente(14).

El trastorno tiene un importante impacto en la vida y entorno de los niños, y es por todo esto por lo que se requiere un correcto abordaje por parte del equipo multidisciplinar. En concreto, los profesionales de enfermería desempeñan un importante papel en la atención y cuidados de niños diagnosticados de TDAH y sus respectivas familias(15,16).

### 2.1.2 Circunstancias históricas y sociales

El concepto de TDAH ha ido evolucionando a lo largo de la historia(17). La primera descripción se realizó en 1845 por Heinrich Hoffman, un médico alemán, en el libro *Struwwelpeter* donde describe comportamientos inadecuados de niños hiperactivos(13,18,19).

En 1887, Bourneville describe a niños inestables e inquietos con actitud destructiva y un leve retraso mental(20).

En 1901, J.Demoor declara la existencia de niños muy hábiles comportamentalmente con dificultades de atención(20,21). Y en 1902, el pediatra británico George Still publicó un artículo en el que describe a niños incapaces de inhibir su comportamiento y que se muestran inquietos y con atención escasa(18). A Still se le atribuyó la primera descripción científica de conductas impulsivas y agresivas, lo que él apodó como: defectos del control moral(13,19).

En 1908, Augusto Vidal Perera, catedrático español, cambió la interpretación de los trastornos de conductas, incidiendo en la necesidad de tratar y no de castigar a los niños, que hasta ese momento eran maltratados por distracciones y ensimismamiento durante las clases(20).

Durante las primeras décadas del siglo XX, fueron varios los autores que asociaron los síntomas del TDAH a una lesión cerebral, encefalitis o disfunción cerebral humana(13,21).

En la segunda mitad del siglo XX fueron creadas las dos principales clasificaciones para los trastornos mentales: el DSM, publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y el CIE, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(19). La APA calificó la hiperactividad como síntoma ajeno a lesiones cerebrales, y fue en 1968 cuando introdujo en el DSM-II el término *Reacción hiperkinética de la infancia*(13,20).

Fue en 1970 cuando Virginia Douglas señaló que la clave de este tipo de trastornos se basaba en la dificultad de mantener la atención, impulsividad y déficit de autorregulación(20). Sus aportaciones fueron decisivas en la nominación del *Trastorno por Déficit de Atención (TDA)*, con o sin hiperactividad(13). Fue en 1980 cuando la APA introdujo en el DSM-III por primera vez el término TDAH, el cual empleamos actualmente, considerado como un subtipo del TDA(13,18). En 1972 el TDAH pasó a considerarse enfermedad(3).

La OMS publicó en 1992 el término *Trastorno hiperkinético* en la CIE-10(13). Seguidamente, en el DSM-IV (1994) se introdujeron 3 subtipos del TDAH: de predominio inatento, hiperactivo/impulsivo y el combinado, manteniéndose esta clasificación en la 4ª revisión (2000)(13,20).

Barkley en 1997 fue el primer autor en definir el TDAH como un déficit en el control inhibitorio o una alteración de las funciones ejecutivas tales como la planificación, autorregulación e inhibición de respuestas. Barkley afirma que estas funciones se organizan en un sistema atencional, el cual, encontrándose alterado, dará lugar a conductas sin planificación y sin un objetivo determinado(18,20,22).

En 2013 aparece el DSM-V en versión inglesa, y en el 2014 se publica su traducción al castellano(19,20). En relación a las diferencias entre el DSM-IV y DSM-V son escasas, la mayoría son algunas modificaciones en cuanto al diagnóstico del TDAH(20).

En resumen, se conoce y describe al niño hiperactivo, por lo menos, desde principios del siglo XIX, en diferentes países, con una gran similitud clínica en cuanto a los síntomas nucleares. Son múltiples las denominaciones que ha recibido en función de los diversos síntomas asociados, de las hipótesis etiológicas y de las variantes clínicas(21).

A continuación, en la tabla 1, puede observarse un resumen histórico del trastorno:

**Tabla 1: Resumen histórico del TDAH**

Autor	Año	Término
Hoffman	1845	Primero en describir el comportamiento de niños hiperactivos en el libro <i>Struwwelpeter</i> .
Bournerville	1887	Niños inestables
J. Demoor	1901	Niños muy hábiles comportamentalmente, con dificultades atencionales.
Still	1902	Niños con discapacidad en la fuerza de voluntad. Defectos del control moral.
Hohman, Kant, Cohen	1934	Síndrome de lesión cerebral humana.
Clements y Peters	1962	Síndrome de disfunción cerebral humana.
DSM II	1968	Reacción hiperkinética en la edad infantil
DSM III	1980	Déficit de atención con y sin hiperactividad
CIE-10	1992	Trastorno hiperkinético
DSM IV	1994	Déficit de atención con hiperactividad. Tres subtipos.
Barkley	1997	Déficit del control inhibitorio

*Fuente:* Fernandes SM, Piñón Blanco A, Vázquez-Justo E. Concepto, evolución y etiología del TDAH. THDA y trastornos asociados [Internet]. 2017 [citado 27 dic 2020];1–6. Disponible en: <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.1> (20)

Actualmente, el TDAH se caracteriza por la tríada clínica de: alteraciones en la atención, impulsividad e hiperactividad, y estos síntomas no se pueden explicar por ninguna deficiencia neurológica ni sensorial, retraso mental o trastorno emocional grave(20,23).

## 2.2 Objetivos

### Objetivo principal:

Analizar el papel de enfermería en el proceso de detección y seguimiento de niños diagnosticados de TDAH y sus familias.

### Objetivos específicos:

- Describir el diagnóstico, la etiopatogenia y los trastornos relacionados del TDAH.
- Explicar el tratamiento existente para el TDAH.
- Identificar las características y las necesidades de los niños diagnosticados de TDAH.

- Conocer el impacto, las necesidades de apoyo y el asesoramiento a familias con niños con TDAH.

## 2.3 Estrategia de búsqueda

Este trabajo se trata de un Trabajo de Fin de Grado, en concreto del Grado de Enfermería.

Con el fin de lograr los objetivos expuestos con anterioridad, se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática que permite analizar y extraer información de publicaciones generalmente científicas de una determinada área de conocimiento, en este caso con un enfoque selectivo del TDAH y del rol de enfermería en la atención de niños con este trastorno.

La búsqueda bibliográfica para la recogida de datos e información han sido múltiples y se han realizado en diferentes buscadores y bases de datos, como son: Google Académico (Google Scholar), Dialnet, Cuiden, Pubmed, Web of Science y Cochrane library, obteniéndose guías, artículos, protocolos y monografías.

Los descriptores utilizados han sido: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, diagnóstico, terapéutica, enfermería, educación en salud.

Finalmente, se han revisado y empleado un total de 52 documentos para la realización del trabajo, como se refleja en la siguiente tabla:

**Tabla 2: Documentos utilizados para la realización del trabajo**

<u>Buscadores/Base de datos</u>	<u>Documentos encontrados</u>	<u>Documentos revisados</u>
<i>Pubmed</i>	59	5
<i>Cuiden</i>	4	1
<i>Cochrane library</i>	21	0
<i>Web of science</i>	76	1
<i>Google académico</i>	3290	44
<i>Libro</i>	1	1

*Fuente: Elaboración propia*

En un inicio, en la primera fase del trabajo, no se realizó la búsqueda completa de los artículos empleados sino que a medida que el trabajo avanzaba se han ido sumando y añadiendo nuevos documentos bibliográficos.

Los criterios de inclusión establecidos para la elaboración del trabajo han sido:

- Población: niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en un rango de edad entre los 4-14 años, cuidadores de niños/as con TDAH.
- Idioma: Español e inglés.
- Cronología: Informes publicados en los últimos 5 años (desde el 2015 hasta la actualidad).

- Texto completo disponible

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron:

- Población: Adultos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- Idioma: resto de idiomas.
- Cronología: Informes publicados con anterioridad al año 2015.



## 2.4 Descripción de capítulos

El TFG se ha estructurado:

### Capítulo 1: TDAH Y PROCESO ASISTENCIAL

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una enfermedad mental que suele aparecer en la edad infantil. En este capítulo se señalan las posibles causas del trastorno, la clínica con la que cursa, los tipos existentes, los trastornos comórbidos, el proceso diagnóstico y el tratamiento.

### Capítulo 2: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL TDAH

En este capítulo se describen las funciones del personal de enfermería en el proceso asistencial del TDAH, tanto para los niños afectados como para sus respectivas familias, así como las intervenciones llevadas a cabo en las consultas de enfermería y en el colegio.

## 3. CAPÍTULOS

### 3.1. TDAH y proceso asistencial

#### 3.1.1 Fisiopatología

El TDAH es un trastorno complejo y multifactorial, que no se explica por una causa única sino por la interacción de una serie de vulnerabilidades, con base neurobiológica y tendencia genética, junto a factores ambientales(10,16). Existen diferentes hipótesis etiológicas asociadas a este trastorno: la neurobiológica, la neurotransmisora, la genética y la ambiental. No se conoce la etiología exacta del TDAH, sin embargo, los estudios más recientes lo asocian a la interacción de todos estos factores(11).

En el TDAH se encuentran afectadas la mayoría de las regiones del cerebro(24). En los estudios con neuroimagen estructural se encuentran volúmenes inferiores del cerebro de manera global, y menores volúmenes de diferentes estructuras del sistema nervioso central como: cerebelo, núcleo caudado, lóbulo frontal derecho y lóbulo posterior-inferior del vermis cerebeloso(3,8,11). Estas alteraciones persisten con la edad, a excepción del núcleo caudado que tiende a desaparecer a lo largo del tiempo. A su vez, se observa un significativo retraso madurativo en el desarrollo de la corteza, principalmente en la región prefrontal, fundamental para el control de la inhibición, la atención y la planificación motora(3,8,24). Además, se ha hallado una reducción del metabolismo y flujo sanguíneo cerebral en la corteza parietal, el lóbulo frontal y los ganglios basales, y por otro lado, se ha detectado una función incrementada en la corteza sensorio-motora, la cual es responsable de la hiperactividad(11).

Por otro lado, algunos estudios señalan que la actividad química en los cerebros de pacientes con TDAH es significativamente más baja(8). Existe una desregulación de ciertos neurotransmisores, en especial de dopamina y noradrenalina(11). Los síntomas de hiperactividad e impulsividad se explican por la alteración de la actividad regulada por la dopamina. Mientras que los síntomas cognitivos y afectivos del TDAH, como son las dificultades en el aprendizaje, motivación, atención e interés, están relacionados con la alteración de las vías reguladas por la noradrenalina(3).

La base genética del trastorno se encuentra bien establecida, con una alta heredabilidad, en torno al 75%(3,9,23). Así, los familiares de primer grado de un individuo con diagnóstico de TDAH tienen un riesgo significativamente mayor de padecer el trastorno(11). Además se han identificado varios genes implicados en su etiología(3). El principal gen asociado es el DRD4\*7, que se sitúa en el cromosoma 11, y cuyo receptor correspondiente es el D4 del sistema dopaminérgico. El 50-60% de la población con TDAH presenta este gen, mientras que en el resto de la población general aparece en el 30%. Esto hace que se

promueva una síntesis de un mayor número de receptores, en comparación a personas que no poseen esta variante. Si bien, como ocurre en ese 30% de la población general, una elevación del número de receptores podría no dar lugar a una situación patológica en la persona(8,11,18).

Asimismo, existen factores ambientales y psicosociales capaces de modular la expresión fenotípica, al interactuar con los factores genéticos(9,23), ocurriendo con mayor facilidad en periodos sensibles como son la gestación, el parto o la pubertad(1,8). Estas modificaciones pueden ser inmediatas o acumularse con el tiempo ante factores ambientales tales como el ejercicio físico, el estrés y los hábitos de sueño(8).

Estos factores biológicos y ambientales, pueden presentarse de forma aislada o pueden coexistir, actuando como factores de riesgo para el TDAH, algunos de ellos son(3,8,10,11,13):

- Genéticos y familiares: al menos un 80% de la población con TDAH tiene un familiar de primer grado con esta sintomatología, siendo el mayor factor de riesgo del TDAH.
- Pre y perinatales: fumar durante el embarazo, maternidad a edad temprana, prematuridad extrema, mala salud materna durante el embarazo, bajo peso al nacer, hemorragias interventriculares, hidrocefalia, eclampsia, deficiencias nutricionales, exposición fetal a tóxicos como el plomo, alcohol o drogas (cocaína o heroína).
- Ambientales: contextos sociales adversos, dinámica familiar alterada, dificultades en la familia como sistema, bajo estatus socioeconómico, patología parental, dificultades en la escuela o con amistades y relaciones.

Según otros estudios, algunos aspectos relacionados con la dieta también actúan como posibles interferencias en el neurodesarrollo, entre ellos destacan: déficits de aminoácidos y de vitamina B, la función de los ácidos grasos esenciales, alergias a aditivos, toxicidad a metales pesados, dieta baja en proteínas y con alto contenido en carbohidratos(3,9,11,13).

La exposición fetal al alcohol puede inducir a anomalías en el cerebro y cerebelo. Los niños suelen presentar conductas disruptivas e hiperactivas, impulsividad y un aumento del riesgo de padecer trastornos psiquiátricos(6,8,13). Además, también repercute en el desarrollo motor y del lenguaje, memoria y funciones ejecutivas de estos niños(8). Sin embargo, según otro estudio, la exposición al alcohol y el abuso de otras drogas y su relación al TDAH parece estar más asociado a la posible enfermedad mental de la madre(11).

Por otro lado, la exposición prenatal al tabaco aumenta el riesgo de padecer TDAH, en una relación dosis-respuesta entre el consumo de tabaco durante la gestación y la hiperactividad. Todo esto se debe a que los receptores nicotínicos modulan la actividad dopaminérgica, y como ya se había mencionado con anterioridad parece que las alteraciones de la actividad de la dopamina guardan relación con la fisiopatología del trastorno(8,13).

Para continuar, el consumo de determinados fármacos durante el embarazo, como el bupropión (antidepresivo) y el labetalol (antihipertensivo) está relacionado con un aumento del TDAH, a pesar de que los datos no son claros(11).

Se requiere especial atención y seguimiento a los niños prematuros y con bajo peso al nacer, ya que presentan un mayor riesgo de padecer TDAH. De la misma forma, aquellos niños que han nacido en los últimos meses del año tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados de TDAH(3,6,11,13).

Asimismo, algunos autores relacionan el TDAH con la lactancia materna, siendo los problemas relacionados con el vínculo la causa de la sintomatología(3). Además, diversas investigaciones relacionan la aparición del trastorno con las alteraciones en la dinámica

familiar, ya sea por enfermedad o ausencia de los padres, o por cambios sociales o culturales que no propician el deseo de maternidad ni ayudan a mantener la relación madre-bebe(3,13).

### 3.1.2 Clínica

El TDAH es un trastorno neurobiológico caracterizado por inquietud motriz exagerada, atención lábil y dispersa e impulsividad(25). Su sintomatología y frecuente comorbilidad con otras patologías hace que tenga gran repercusión en el desarrollo evolutivo del niño a diferentes niveles: emocional, académico, cognitivo, social y conductual(25,26). El trastorno no desaparece a una edad específica, sino que en muchas ocasiones, continúa estando presente en la edad adulta(9,25).

En mayor o menor medida los síntomas nucleares del TDAH son inatención, hiperactividad e impulsividad, entendiéndose como(12,17):

- Inatención: dificultad para mantener la atención durante un periodo de tiempo en diferentes ámbitos. Los niños presentan dificultad para organizarse y finalizar tareas que empezaron, evitan actividades que suponen un gran esfuerzo mental, en ocasiones parece que no escuchan, no siguen instrucciones ni órdenes, se olvidan de cosas o las pierden, etc.
- Hiperactividad: exceso de movimiento, sobreactividad motora y/o cognitiva en situaciones en las que resulta inadecuado este tipo de conducta, dificultad para permanecer quieto.
- Impulsividad: impaciencia, actúan sin pensar, dan respuestas precipitadas, dificultad para esperar el turno, propensión a realizar interrupciones.

En el DSM-V se realiza una clasificación del trastorno en tres subtipos en función de la clínica predominante(7,10,13,22):

- Presentación combinada: si se cumplen ambos criterios de desatención e hiperactividad-impulsividad durante los 6 últimos meses.
- Presentación predominante de desatención: si se cumple el criterio de desatención pero no el criterio de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante de hiperactividad-impulsividad: si se cumple el criterio de hiperactividad-impulsividad pero no el criterio de desatención para los últimos 6 meses.

En relación a la gravedad, se establecen los siguientes niveles(8,13):

- Grave: exceso de síntomas de los necesarios para el diagnóstico del trastorno, o presencia de varios síntomas graves, o deterioro funcional notablemente afectado por la sintomatología.
- Moderado: sintomatología o deterioro del funcionamiento entre *grave* y *leve*.
- Leve: ausencia de síntomas o pocos por encima de los necesarios para el establecimiento del diagnóstico, y la sintomatología ocasiona un deterioro funcional de menor importancia.

La sintomatología varía con la edad, siendo más frecuente el predominio de la hiperactividad durante la infancia y pre-adolescencia, mientras que en la adolescencia y la adultez es más común el predominio de la desatención, además de mantenerse la impulsividad(6,16).

De acuerdo a las distintas etapas de desarrollo del niño, la sintomatología predominante varía(25) , como puede observarse a continuación en la tabla 3:

**Tabla 3: Clínica del TDAH según la edad**

<b>Edad infantil (1-3 años)</b>	Interacción limitada del niño con sus cuidadores y cambios en el temperamento y en la adaptación social.
<b>Preescolar (3-6 años)</b>	Inquietud motora, dificultades en la adaptación social, juegos menos intensos y de menor duración, desarrollo de déficits, conducta negativista desafiante
<b>Primaria (6-13 años)</b>	Fácil distracción, inquietud motora, conducta impulsiva, problemas asociados (trastornos del aprendizaje, baja autoestima, repetición de cursos, conductas agresivas, rechazo por parte de sus compañeros, relaciones familiares alteradas)
<b>Adolescentes (13-17 años)</b>	Dificultad de organización y planificación, déficit de atención persistente, conductas antisociales y violentas

*Fuente:* Gómez Gómez T, Manzano Barranco N, Navarro Mateo MA. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: Abordaje de Enfermería en el ámbito familiar y escolar. En: Asunivep ed. Perspectivas y análisis de la salud [Internet]. 2016. 65–69. (25)

### 3.1.3 Diagnóstico

A lo largo de la historia el TDAH ha recibido distintas terminologías, siendo así muy difícil llegar a un consenso para su definición, etiopatogenia, valoración y diagnóstico(5). Además, a lo largo de la evolución del TDAH, las distintas versiones de la clasificación DSM y CIE han variado(19) como se puede contemplar en la tabla 4:

**Tabla 4: Evolución del TDAH en las sucesivas versiones del sistema de clasificación DSM y comparativa con el CIE.**

<b>DSM I</b>	1952	106 categorías diagnósticas. No menciona el trastorno.
<b>DSM II</b>	1968	Reacción hiperkinética de la infancia, similar al CIE-8.
<b>DSM III</b>	1980	Déficit de atención con o sin hiperactividad, mientras que en la CIE-9 prima la hiperactividad. Punto de corte para el diagnóstico (inicio de sintomatología antes de los 7 años y la exclusión de otras enfermedades psiquiátricas).
<b>DSM III-R</b>	1987	Se renombra como TDAH.
<b>DSM IV DSM IV- TR</b>	1994 2000	357 categorías diagnósticas. Tres subtipos: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo. La CIE-10 es más exigente: -Un mínimo de síntomas en 3 dimensiones y disfunción en mínimo 2 contextos. El DSM solo requiere en 1 dimensión y “algunas alteraciones” en 2 contextos. -Trata los trastornos del desarrollo, del ánimo y la ansiedad como diagnósticos de exclusión. El DSM acepta el diagnóstico comórbido.
<b>DSM V</b>	2013	Aumento de la prevalencia del TDAH por: relajación del requerimiento de disfunción clínicamente significativa, disminución de 6 a 5 en mínimo de síntomas, incremento de 7 a 12 años la edad para el inicio de síntomas, consideración del autismo como comorbilidad en vez de diagnóstico de exclusión y rebajando la entidad de los subtipos.

*Fuente:* Saiz Fernández LC. Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018 [citado 21 dic 2020]; 38(133):301–330. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0301.pdf> (19)

Para establecer el diagnóstico deben cumplirse los criterios establecidos por el DSM-V o para el CIE-10, siendo el primero el más utilizado (14,27). El último es más restrictivo debido a que requiere la presencia simultánea de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, sin

embargo el DSM-V requiere 6 síntomas de desatención o 6 de hiperactividad-impulsividad(27). A continuación, en la tabla 5, se reflejan las diferencias entre los criterios a cumplir en función de la clasificación diagnóstica y la versión para establecer el diagnóstico del trastorno:

**Tabla 5: Criterios diagnósticos para el TDAH**

	DSM-IV	DSM-V	CIE-10
Inatención	6 a 9 síntomas	6 a 9 síntomas; 5 a 9 en mayores de 17 años	6 a 9 síntomas
Hiperactividad e impulsividad	6 a 9 síntomas	6 a 9 síntomas; 5 a 9 en mayores de 17 años	3 a 5 síntomas de hiperactividad ; 1 a 3 de impulsividad
Edad de inicio	Antes de los 7	Antes de los 12	Antes de los 7
Ambiente	2 o más ambientes	2 o más ambientes	Más de 1 ambiente
Duración	Más de 6 meses	Más de 6 meses	Más de 6 meses
Deterioro	Pruebas claras de deterioro clínicamente significativo en funcionamiento social, académico o laboral	Pruebas claras de interferencia en funcionamiento social, académico o laboral. Especificar deterioro leve, moderado o grave	Malestar clínicamente significativo o alteración en el rendimiento social, académico o laboral
Subtipos	Combinado, predominio del déficit de atención, predominio de hiperactividad/impulsividad	Combinado, predominio del déficit de atención, predominio de hiperactividad/impulsividad	No propone

*Fuente:* Bastardas Sardans J, Ortiz Guerra JJ, Sánchez Gistau V, Sabaté Chueca J. Diagnóstico del TDAH. Rev Esp Pediatr [Internet]. 2015 [citado 18 dic 2020]; 71 (2):69-74. Disponible en: [https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP\\_71-2.pdf](https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP_71-2.pdf) (27)

El CIE 10 considera el TDAH un trastorno hiperkinético debido a la existencia de una alteración emocional y de comportamiento(28).

Por otro lado, la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales define este trastorno como *un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento o desarrollo, que se caracteriza por desatención y/o hiperactividad-impulsividad*(8,28), (ver anexo 1):

Seguidamente, se establecen una serie de criterios diagnósticos: aparición de los síntomas del TDAH antes de los 12 años de edad (anteriormente era a los 7 años), la sintomatología está presente en dos o más ambientes diferentes (por ejemplo, en casa y en el colegio)(27). Otro criterio que debe cumplirse es el deterioro significativo de la actividad académica, social o laboral. Por último, es necesario descartar que los síntomas se deban a la presencia de un trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental(6,8). También resulta necesario especificar si el trastorno se encuentra en remisión parcial: si se cumplen los criterios mencionados anteriormente, pero no se cumple que los síntomas se hayan mostrado en los últimos 6 meses y/o siguen produciendo un deterioro en el funcionamiento académico, social o laboral(8,13).

En ocasiones, no se alcanzan los criterios exigidos para el TDAH. En estos casos se establece la categoría diagnóstica: *TDAH no especificado*, en el que existen síntomas

característicos del TDAH causando malestar significativo o deterioro funcional laboral, social o de otros ámbitos pero sin cumplir todos los criterios diagnósticos(29).

El TDAH tiene un importante componente social debido a que el diagnóstico se establece en función de los valores culturales de los cuidadores, profesores del niño y de la persona que realiza el diagnóstico, influyendo además el contexto social en el que se da. Los factores culturales de los que depende el diagnóstico son las expectativas de padres y profesores y el nivel de tolerancia a la sintomatología(3). Así, en sociedades occidentales, las cuales vienen determinadas por el éxito, ante el fracaso académico del niño los padres se frustran con mayor frecuencia, y se apresuran en buscar de soluciones externas, por esto se espera que aumente la prevalencia del diagnóstico de TDAH, produciendo así un sobrediagnóstico del trastorno, y en consecuencia una sobremedicación de la población(3,14,30). No obstante, según algún estudio, existe un infradiagnóstico del trastorno debido a que se cataloga a muchos niños como despistados, revoltosos, incorregibles o rebeldes(9).

El diagnóstico se basa en tres fases diferentes(18), las cuales se indican en la tabla 3:

#### **Gráfico 1: Fases del diagnóstico del TDAH**



*Fuente: Elaboración propia*

En la actualidad, no se ha determinado ningún marcador biológico, ni se dispone de ninguna otra prueba complementaria (pruebas de imagen o analíticas) que determinen un diagnóstico del TDAH de manera objetiva, por tanto, se trata de un diagnóstico puramente clínico(3,7,9). Para ello es fundamental la realización de una entrevista completa y se requiere la elaboración de una historia clínica detallada del niño. Se debe obtener información acerca de la sintomatología y su evolución a lo largo del tiempo, el contexto en el que se manifiesta, su discordancia con la edad y la disfunción que conlleva. Han de obtenerse también los antecedentes personales, la historia médica y psiquiátrica familiar y una historia social del menor que incluya información del entorno y datos escolares de este, así como el efecto del TDAH en los distintos miembros de la familia. Además, es necesario realizar un examen físico completo, incluyendo un examen neurológico. Por tanto, la exploración del niño y la anamnesis dirigida tanto a cuidadores como a profesores constituyen la principal fuente para establecer el diagnóstico(9,21,24,27).

Los síntomas del TDAH se pueden confundir fácilmente con los de otros trastornos, como: el trastorno negativista desafiante, trastorno disocial o trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Para diferenciar el TDAH del resto de trastornos es importante tener en cuenta la frecuencia y cantidad de los síntomas, su intensidad, su duración, las situaciones en las que se dan y cómo afecta al desarrollo del niño(8). Por tanto, lo primero es la realización de un diagnóstico diferencial, descartando otros trastornos mentales con sintomatología similar; además, se ha de identificar las posibles causas y valorar la existencia de otros trastornos concomitantes(27).

Existen diversas escalas de valoración homologadas, que suelen administrarse a los padres y maestros, y otras pruebas psicométricas útiles para la evaluación de los síntomas que orientan para la determinación del diagnóstico. Algunas de estas escalas son(3,6,14,19):

- ADHD Rating Scale- IV: Se trata de una de las escalas más utilizadas. Cuenta con 18 ítems para la valoración de la severidad de los síntomas. Se basa y guía por los criterios establecidos en el DSM-IV. Tiene en cuenta el género, edad y ambiente.
- Escala Conners para Padres (CPRS-93): Se creó en 1994. Está formado por 93 preguntas agrupadas en 8 factores: alteraciones de conducta, ansiedad, miedo, inquietud-impulsividad, conductas antisociales, hiperactividad, inmadurez-problemas de aprendizaje y problemas psicosociales. Valora la frecuencia con la que se dan una serie de comportamientos. Existe una versión abreviada de la escala: CPRS-48, la cual se compone de 48 preguntas repartidas en 5 factores: ansiedad, problemas de conducta, impulsividad-hiperactividad, problemas de aprendizaje y quejas psicósomáticas. Existen otras modalidades de esta escala: para profesores y una autoadministrada.
- Escala Conners para Profesores (CTRS-39): Creada en 1994. Está dirigida a los profesores y se compone de 39 preguntas agrupadas en 6 factores: hiperactividad, conducta antisocial, labilidad emocional, dificultades en el sueño, problemas de conducta y desatención-pasividad. La versión abreviada (CTRS-28) está formada por 28 preguntas divididas en 3 factores: hiperactividad, desatención-pasividad y problemas de conducta.
- SNAP-IV: Se trata de una escala en la que se valora la presencia y severidad de conductas indicadoras de TDAH. Está dirigida a padres y profesores para conocer su perspectiva.

A pesar de que todas ellas carecen de valor diagnóstico, permite conocer la percepción de los síntomas del TDAH y disfunción ocasionada en diferentes ámbitos del niño. Las escalas correspondientes al DSM-V y a la CIE-10 de la OMS son las que se aplican con mayor frecuencia. Algunos autores establecen que una de las causas principales de las variaciones en los datos epidemiológicos es la controversia entre los criterios diagnósticos de las dos clasificaciones anteriormente mencionadas(3,19).

A partir de los 5 años comienza a manifestarse una marcada hiperactividad, por lo que a estas edades es muy importante la observación directa del niño, así como el anamnesis a padres y profesores para realizar el diagnóstico del trastorno(9).

Por otro lado, se han realizado diversas revisiones estudiando la sensibilidad y especificidad de los métodos empleados para el diagnóstico del TDAH sin mostrar resultados suficientes. Recientemente se ha demostrado la relación entre el nivel de atención del individuo con la vergencia ocular. Se muestra que mientras se fija la mirada, los estímulos visuales modulan el ángulo de vergencia debido a su capacidad para captar la atención. En la realización de un estudio se logró discriminar con un elevado grado de precisión entre niños sanos y niños con diagnóstico de TDAH. Por tanto, la evaluación de la vergencia ocular puede ser una herramienta válida y objetiva que sirva de ayuda para establecer el diagnóstico clínico del trastorno(31).

### 3.1.4 Comorbilidades

El TDAH no suele aparecer solo, hasta en un 70% de los casos se presenta junto a otros trastornos comórbidos(9), como se refleja en la tabla 6:

**Tabla 6: Comorbilidad del TDAH**

<b>Bastante habituales (más del 50%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Trastorno negativista desafiante</li> <li>❖ Trastorno de la conducta</li> <li>❖ Tempo Cognitivo Lento</li> <li>❖ Abuso o dependencia de sustancias</li> </ul>
<b>Habituales (50%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Trastornos de ansiedad</li> <li>❖ Trastornos del desarrollo de la coordinación</li> <li>❖ Trastornos del aprendizaje</li> <li>❖ Problemas del lenguaje</li> <li>❖ Trastornos del sueño</li> <li>❖ Dislexia</li> <li>❖ Disgrafía</li> <li>❖ Discalculia</li> </ul>
<b>Poco habitual (20%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fobia social</li> <li>❖ Depresión grave</li> <li>❖ Trastorno del humor</li> <li>❖ Tics, trastorno de Gilles de la Tourette</li> <li>❖ Trastorno generalizado del desarrollo</li> </ul>
<b>Inusuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Retraso mental</li> <li>❖ Trastorno de Asperger</li> <li>❖ Trastorno generalizado del desarrollo no especificado</li> </ul>

*Fuente:* Pérez-Hernández E, Corrochano L. Aspectos neurobiológicos y etiopatogenia del TDAH y los trastornos relacionados. Manual de neuropsicología pediátrica. Ed. Ruiz Sánchez de León JM. Madrid: Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP), 2016. 415-442. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680643/aspectos\\_perez\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680643/aspectos_perez_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (8)

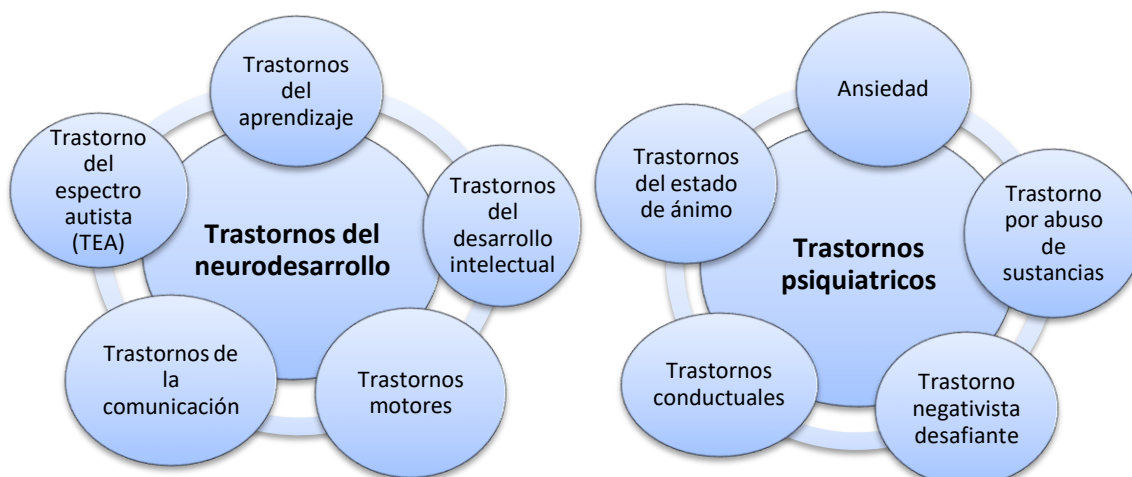
Estas comorbilidades suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada adecuadamente(32). La importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz del TDAH radica en la reducción del riesgo de comorbilidad y repercusiones en el desarrollo del niño(33). De la misma manera, resulta fundamental el diagnóstico de las patologías comórbidas para su tratamiento y pronóstico a largo plazo(27).

Las comorbilidades son aquellos procesos clínicos que aparecen al mismo tiempo que el TDAH y su presencia puede influir en la presentación clínica inicial(17,27). Además, dificultan la evolución y pronóstico del trastorno y complican su abordaje clínico (diagnóstico y tratamiento)(17,26). El curso de los pacientes con TDAH y comorbilidad suele ser más crónico y con peor funcionamiento que los pacientes sin comorbilidades(8,27).

El TDAH puede concurrir con otro trastorno del neurodesarrollo o psiquiátricos(27), como se puede ver en el gráfico 2:



**Gráfico 2: Comorbilidad del TDAH**



*Fuente: Elaboración propia*

Los trastornos del neurodesarrollo son aquellos que comienzan en el periodo de desarrollo, manifestándose a edades tempranas, y presentan déficits en el neurodesarrollo produciendo una alteración en el funcionamiento de la vida del individuo(27). Además, en la nueva clasificación del DSM-V no se excluye la comorbilidad con el TEA, por lo que muchos niños se diagnostican con frecuencia de patología dual(6). Adicionalmente, las comorbilidades pueden ser factores de riesgo para presentar otros trastornos comórbidos posteriormente, como los trastornos del comportamiento, que simultáneamente, actúan como factores de riesgo para los trastornos del estado de ánimo(27).

Se ha observado que los niños con subtipo combinado o subtipo hiperactivo-impulsivo desarrollan con más frecuencia y con mayor severidad trastornos comórbidos, tanto internalizados como externalizados, que aquellos con un subtipo inatento. No obstante, los trastornos de ansiedad y depresión se dan con más frecuencia en el subtipo inatento(15). Asimismo, los niños suelen presentar más cuadros comórbidos que las niñas(15,24).

### 3.1.5 Tratamiento

No existe terapia curativa para el TDAH, por lo que el objetivo del tratamiento es la disminución de la frecuencia e intensidad de los síntomas, así como facilitar estrategias para su control, mejorando con ello la calidad de vida del niño(10,12,14).

El empleo de psicofármacos en la población infantil no es una práctica generalizada, sin embargo en el caso del TDAH es una excepción(34). El tratamiento farmacológico es, sin duda, el más eficaz para la reducción de los síntomas nucleares del trastorno, mostrando una efectividad en más del 70% de los individuos con TDAH(24,33). No obstante, es insuficiente a largo plazo debido a que esta afección también repercute en aspectos psicológicos y habilidades sociales, que difícilmente puede abordarse con medicación, por lo que es necesario asociar otros tratamientos no farmacológicos(9).

Los principales objetivos del tratamiento no deben dirigirse únicamente a la mejoría a corto plazo de la sintomatología nuclear del trastorno, sino que resulta necesario atender al niño de manera global, tratar simultáneamente las posibles comorbilidades, así como propiciar cambios en el entorno familiar y escolar para lograr la mejor integración posible del menor(2). Se ha mostrado que se consiguen mejores resultados terapéuticos al combinarse el uso de medicación con la intervención psicológica a nivel conductual(34). El tratamiento combinado logró mayor satisfacción parental, beneficios en cuadros comórbidos, mejoría de las habilidades sociales del niño y se necesitaron menores dosis de medicación a las usadas con el

uso exclusivo de tratamiento farmacológico(6,9,35,36). Asimismo, es importante tener en cuenta las preferencias de los cuidadores y de los pacientes ya que es importante para la adherencia y aceptación al tratamiento. Normalmente suelen inclinarse hacia las terapias conductuales o tratamientos combinados(9).

Actualmente, en las principales guías de práctica clínica se define el abordaje multimodal del TDAH como el gold-standard(35). Por ello, el abordaje terapéutico del TDAH debe tener un enfoque multimodal incluyendo el tratamiento farmacológico, intervenciones psicológicas y psicopedagógicas, además de ser fundamental la implicación de los cuidadores, profesores y resto de profesionales involucrados en su tratamiento(10,12,25,33). Además debe ser individualizado para cada niño, haciéndole partícipe del tratamiento; y para cada tipo de TDAH, teniendo en cuenta las características del niño y de la familia, la presencia de comorbilidad, la adherencia al tratamiento, preferencias, características del fármaco y potencial uso inadecuado(1,9,18). El tratamiento estará prescrito por un facultativo (psiquiatra, pediatra) con experiencia en el TDAH(12).

La alternativa farmacológica de primera elección son los estimulantes(34). En España hay dos tipos de estimulantes aprobados para tratar a niños con TDAH: el Metilfenidato y las anfetaminas (lisdexanfetamina)(14), siendo el primero el más empleado debido a su eficacia, seguridad y coste-efectividad(10). Está indicado en niños a partir de los 6 años(37). Su mecanismo de acción es el bloqueo de la recaptación de noradrenalina y dopamina en la neurona presináptica, incrementando así la liberación de estas al espacio extraneuronal(38). El empleo de este tipo de fármacos mejora los síntomas y deterioro a nivel conductual, así como los problemas concomitantes como los cambios de humor, irritabilidad, baja autoestima, problemas cognitivos y el funcionamiento familiar y social(2,14). Las formas de liberación prolongada favorecen el cumplimiento terapéutico debido a que tienen un efecto más estable durante el día, así como menor riesgo de abuso, es por ello que son las de primera elección(2). Pese a los resultados positivos de los estimulantes, conviene señalar la presencia de efectos secundarios en un 10-15% de los niños que consumen esta medicación, entre ellos destacan el insomnio de conciliación, alteraciones del ánimo, disminución del apetito, tics, cefaleas y ocasionalmente molestias gástricas. Estos efectos normalmente son leves y desaparecen con la reducción de las dosis o al realizar cambios en el horario de toma de la medicación(12,14,34). Además, se pueden incluir como reacciones adversas: el efecto rebote (aumento brusco de la sintomatología al descender los niveles de la medicación en sangre a última hora del día) y el efecto “zombi” (situación de hiperconcentración en el que el infante aparenta estar triste y apagado)(2). No está indicado en todos los niños con esta patología y la decisión de utilizar esta medicación debe estar basada en una rigurosa estimación de la gravedad y cronicidad de la clínica del menor en relación a su edad(37).

El medicamento de segunda opción para el tratamiento del TDAH es la Atomoxetina, no estimulante(14). Es un potente inhibidor selectivo del transportador presináptico de la noradrenalina en los circuitos cerebrales, en especial en la corteza prefrontal(14,39,40). Está indicado en niños a partir de los 6 años(41). El efecto de la atomoxetina puede tardar varias semanas, al contrario que los estimulantes, cuyo inicio de acción es inmediato(39). Los efectos adversos son muy frecuentes pero poco significativos (insomnio, náuseas, leve pérdida de peso, fatiga, tos) y suelen presentarse al principio del tratamiento, mejorando al poco tiempo(12,14). Es una alternativa eficaz y segura para personas que no toleran, no tienen una respuesta adecuada o no quieren tomar estimulantes(10,14).

Estos fármacos reducen las manifestaciones clínicas de inquietud, impulsividad y desatención, mejorando el rendimiento académico y las relaciones sociales(3,12). Todos los niños tratados con fármacos requieren controles periódicos con monitorización y seguimiento, así como valoración de la evolución. La mayoría de ellos deben tomar la medicación correspondiente de forma diaria y durante largo tiempo. En algunos casos, si es necesario se

continuará hasta la edad adulta(14). Cabe destacar que un 84,2% de los niños con TDAH recibe medicación(10). En relación a si el tratamiento farmacológico del TDAH durante la infancia aumenta el riesgo de abuso en la adolescencia, la evidencia disponible no es concluyente(19).

En cuanto a las intervenciones psicológicas, los estudios demuestran que de forma aislada los efectos terapéuticos son inferiores a las medidas farmacológicas(3), sin embargo, al combinar las terapias se potencian los beneficios y se disminuyen los riesgos de manera significativa, además de carecer de efectos secundarios(42). Algunas de ellas se dirigen específicamente al niño diagnosticado de TDAH, y otras se dirigen a cuidadores y educadores tanto en el ámbito familiar como en el escolar. Entre estas medidas no farmacológicas, podemos encontrar: entrenamiento a padres, entrenamiento cognitivo, terapias conductuales, terapia cognitiva conductual, terapias basadas en mindfulness, neurofeedback y entrenamiento de las habilidades sociales(33). El abordaje psicológico en personas con esta enfermedad debe iniciarse cuanto antes, una vez establecido el diagnóstico del trastorno(14).

Las psicoterapias son una parte fundamental del tratamiento de trastornos psiquiátricos(33), constituyendo la primera opción de tratamiento para niños en edad preescolar y escolar que cursan con sintomatología leve o con escaso deterioro funcional(4). En ellas se tiene en cuenta diferentes aspectos del paciente, como su actitud, pensamientos, afectos, comportamientos, nivel de desarrollo y contexto familiar y social(33). Por otro lado, resultan difíciles de implementar en tiempo y en esfuerzo, ya que requiere una motivación y mantenimiento de la terapia por parte del niño a largo plazo(3,42).

El **entrenamiento para padres** se trata de una serie de intervenciones para la modificación de conducta del niño a través de cambios en el entorno llevados a cabo por los progenitores mediante procedimientos de terapia conductual, fundamentalmente de condicionamiento operante(9,42). La finalidad es que los padres comprendan la patología, siendo capaces de detectar los antecedentes y las consecuencias de los comportamientos, y dotarlos de habilidades como la aplicación de refuerzos positivos y negativos, para así promover la aparición de conductas deseables y reducir aquellas que son poco adaptativas(9,43). Para todo esto, es importante la psicoeducación, dar información sobre el trastorno y valorar la posible influencia en la adaptación del paciente a lo largo de su vida(14). Se pueden encontrar los siguientes beneficios en relación a los programas de entrenamiento de padres: mejora de las habilidades de crianza de los padres, mejora de la relación con sus hijos, incremento de la confianza, disminución del estrés familiar y reducción de los comportamientos oposicionistas y agresivos del niño(9,33,36). Asimismo, se ha demostrado la disminución significativa de los síntomas de hiperactividad, inatención e impulsividad en los niños con TDAH(42). Existen diversos programas que difieren entre ellos en las intervenciones y formatos utilizados, entre ellos destacan: *“Los Años Increíbles”*, *“Niños Desafiantes”*, *“COPE”* (*Community Parent Education Program-Cunningham*) y *“Triple P”*(9).

Las **terapias conductuales** se basan en el análisis funcional de la conducta, en el refuerzo positivo, en la penalización dependiendo del comportamiento dado y en la identificación de factores que mantienen una conducta inadecuada. El fin es reforzar aquellos comportamientos deseados y eliminar o disminuir aquellos que no lo son. Los sujetos con TDAH responden mejor al refuerzo de sus conductas positivas que al castigo, además es importante que la respuesta sea lo más inmediata posible. Hay que tener en cuenta la importancia de aplicar los refuerzos a corto plazo por parte de los agentes in situ, generalmente padres y profesores, por lo que es necesario un previo adiestramiento de estos por parte de los profesionales. Existen diversas intervenciones basadas en este tipo de terapias como son: los programas de refuerzo, las técnicas de extinción de conducta, la estimulación aversiva, la retirada de privilegios, el aislamiento o tiempo fuera, la economía de fichas y los contratos de contingencia. Estas terapias están indicadas, principalmente pero no de manera exclusiva, cuando coexisten otros trastornos de conducta como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta

disocial(12,33). Se trata del tratamiento no farmacológico más eficaz(14). La mayoría de las guías de práctica clínica lo recomiendan como primera opción de tratamiento del TDAH en edad preescolar y en casos de niños con TDAH escolares sin intensidad importante de la sintomatología o sin importante deterioro funcional. Entre los resultados derivados de este tipo de tratamiento, podemos encontrar: mejoría significativa de los síntomas nucleares durante el tratamiento y en las dimensiones vinculadas al deterioro funcional(4,33). Sin embargo presenta limitaciones, como la eficacia de este tipo de terapia a largo plazo o la generalización de los resultados a otros ámbitos(33).

En cuanto a las **técnicas cognitivo-conductuales**, tienen como objetivo la normalización de los sentimientos y comportamientos del paciente, cambiando su modo de interpretar la realidad y, por tanto, su forma de pensar. Está basada en la enseñanza de estrategias eficaces para el autocontrol, la resolución de problemas y el entrenamiento de autoinstrucciones(9,33,43). Asimismo, es importante el aprendizaje de conductas sociales e interpersonales, por lo que también aprenden a relacionarse con el resto de personas. Es esencial la colaboración de los cuidadores. Las técnicas más utilizadas son las técnicas de autocontrol y la técnica autoinstruccional(33). Este tipo de abordajes no han mostrado ser efectivos para la sintomatología nuclear del TDAH(9), sin embargo ha demostrado resultados positivos en el TDAH comórbido con trastornos emocionales como ansiedad o depresión(33). Sin embargo, en un estudio de un caso realizado en España, este tipo de intervención mejoró la atención y la autonomía, así como disminuyó las conductas disruptivas de un niño con TDAH no especificado(29).

El **Mindfulness** consiste en llevar a la práctica un incremento de la atención y de la conciencia en el momento presente(4). Esta terapia ha surgido como una nueva aproximación prometedora para tratar la sintomatología nuclear del TDAH y las afectaciones relacionadas con el trastorno(44). Las terapias que se basan en ello se pueden dividir en: programas de uso clínico, programas grupales en el ámbito escolar y mindfulness en los entrenamientos para padres(9). En relación al uso terapéutico de este tipo de intervención con pacientes con TDAH, a pesar de la efectividad mostrada sobre la sintomatología del trastorno, la evidencia existente es muy limitada, mientras que el uso del mindfulness dentro de los entrenamientos para padres reporta resultados alentadores, sobre manera en la disminución de los síntomas internalizantes y externalizantes de los propios padres, además del consiguiente impacto en la dinámica familiar(9,45).

El **entrenamiento cognitivo** está constituido por intervenciones para la mejora de las funciones ejecutivas, atención y memoria de trabajo mediante la realización de una serie de ejercicios de forma repetitiva que incrementan la dificultad a medida que mejora el desempeño(4,9,42). No puede recomendarse este tipo de tratamiento como intervención basada en la evidencia(4); no obstante, algunos estudios aportan resultados alentadores para la población con TDAH, observando resultados significativos aunque pequeños en los síntomas de desatención aunque sin mejoría en la hiperactividad, impulsividad o en el rendimiento académico(9). Por otro lado, otros estudios asocian este tipo de entrenamiento a una mejoría en la impulsividad, análisis de la información y capacidad cognitiva, además de en la atención. Esta mejoría es observada incluso 3 meses después de haber finalizado la intervención(42).

El **Neurofeedback** es una técnica para incrementar la capacidad autorreguladora mediante el uso de electroencefalogramas y la aplicación de estas habilidades en la práctica diaria(4,42). A través del condicionamiento operante los individuos aprenden a mejorar su regulación si se les aporta información en tiempo real de su actividad cerebral. Para ello, se utilizan juegos computados en los que los resultados se asocian a la aparición de las conductas deseadas, de tal forma que la persona recibe un refuerzo positivo cuando es capaz de concentrarse y uno negativo cuando disminuye su atención. Con respecto a la eficacia de este tipo de intervención, se observaron resultados positivos únicamente a corto plazo, por lo que

se recomienda que se utilice como segunda línea de tratamiento(9). Otros autores no encontraron mejoría significativa de los síntomas, además de resultar costoso y con una latencia prolongada para la aparición de algún beneficio(4,42).

Por otro lado, los niños con TDAH presentan dificultades en las habilidades sociales y para relacionarse con los iguales. El **entrenamiento de las habilidades sociales** se realiza generalmente en grupos pequeños de edades similares y utiliza técnicas de terapia cognitivo-conductual(12,33). Se basa en el aprendizaje de respuestas adecuadas a las normas de conducta y prácticas apropiadas en distintas áreas como la cooperación y trabajo en equipo, sensibilización ante las necesidades de otro y el manejo de las críticas(33). La solución de los problemas interpersonales implica un proceso en el que el niño tiene que formular metas, planificar acciones, realizar estrategias para lograr los objetivos y después, evaluar el desempeño conseguido. A su vez debe entender el problema, es decir, representarlo y pensar estrategias para solucionarlo(46).

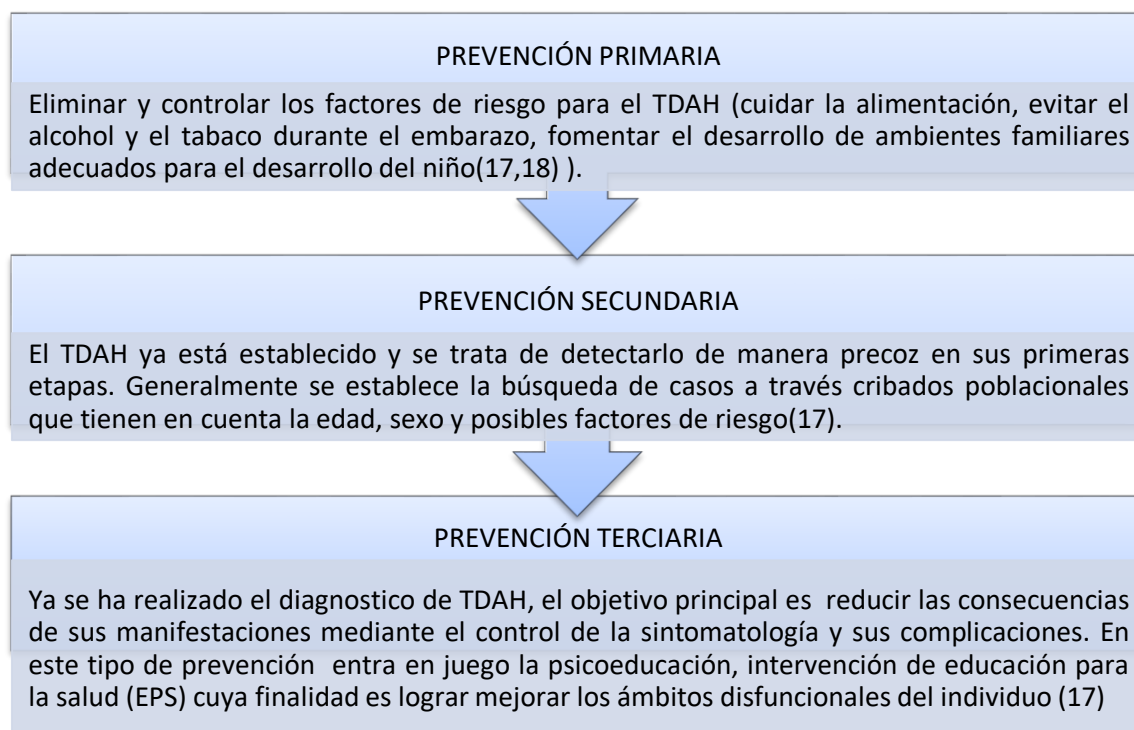
Asimismo, es importante el apoyo académico, el cual se dirige al entrenamiento de organización, planificación, funciones ejecutivas, motivación, memoria de trabajo, autoevaluación, flexibilidad cognitiva, etc. A veces, algunos niños también necesitan un apoyo específico de los trastornos del aprendizaje asociado al TDAH(9). Por otro parte, el éxito escolar del infante está, en gran medida, influenciado por el maestro, de manera que su disposición, conocimientos, experiencia, actitud y desempeño serán cruciales. Por tanto, resulta esencial lograr la implicación del personal docente, instruyéndole sobre la enfermedad y dotándole de estrategias para un adecuado manejo(43).

Se han comprobado además terapias alternativas que tienen un efecto beneficioso en el TDAH, por lo que se debería valorar y probar el empleo de este tipo de herramientas en las intervenciones para el trastorno. Entre ellas destacan: seguir una dieta adaptada (suplementos de ácidos grasos), la musicoterapia, cambios en el estilo de vida, incorporar ejercicio físico en la rutina o el juego(9,47). Se ha demostrado que el juego es el mejor instrumento de aprendizaje en la infancia, por ello se debe valorar su uso para la mejoría de los síntomas del TDAH. Los juegos tipo Simón dice, en los que uno debe esperar a responder cuando se le realiza una petición, ha conseguido que se mejore y logre un mayor control de la impulsividad en niños. A su vez, los libros tipo Buscando a Wally, ayudan a reforzar el vínculo parental, resultan útiles para mejorar la concentración y disminuir el impulso, así como fomentan el trabajo de la memoria visual. Además, jugar a otros juegos de mesa también muestra beneficios del aprendizaje colaborativo, como son los del tipo Scrabble o Scatergories(30). Por otro lado, la aplicación de musicoterapia en el tratamiento del TDAH resulta beneficiosa debido a que los estímulos auditivos ayudan a los niños a centrar su atención, aumentar el tiempo de concentración y a mejorar su autorregulación emocional(47).

### 3.2 Papel de enfermería en el TDAH

En primer lugar resulta necesario reforzar y mejorar las políticas preventivas del TDAH(30), existiendo tres niveles, como se puede observar en el gráfico 3:

**Gráfico 3: Tipos de prevención en el TDAH**



*Fuente: Elaboración propia*

El TDAH es un trastorno en el que su detección temprana es necesaria e importante para iniciar una intervención cuanto antes y evitar complicaciones a largo plazo, como el bajo rendimiento escolar o las dificultades en las relaciones sociales; además de propiciar estilos de vida saludables y productivos para los pacientes afectados(18,24).

El rol desempeñado por el personal de enfermería, en concreto, el de la enfermera pediátrica, es imprescindible para la detección precoz del TDAH, ya que estas enfermeras atienden a la población infantil desde los 0 a los 14 años, observando el crecimiento y desarrollo de los niños en las visitas concertadas del programa de Atención al Niño Sano. Además, también se atienden a los niños en el resto de consultas a demanda solicitadas por los padres, así como en las derivaciones realizadas por el pediatra. A partir de los 2 años, las siguientes revisiones programadas se realizan a los 4, 6, 8, 11 y 14 años. En todas estas revisiones la actuación enfermera es muy importante debido a que se realiza una valoración integral del sujeto permitiendo así la detección precoz de cualquier alteración del desarrollo del niño(16,21,34).

Las revisiones clave para establecer el diagnóstico precoz del TDAH son las comprendidas entre los 6 y 8 años(16). No obstante, existen casos de sospecha evidente a los 4 años, a pesar de que a esa edad no se pueden diagnosticar de forma definitiva. También se debe prestar especial atención durante las revisiones de los 11 y 14 años por si no se hubiera detectado algún posible caso previamente(34).

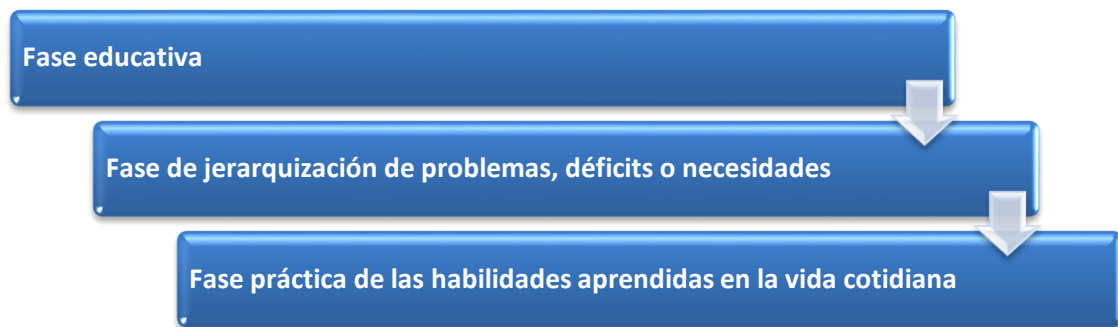
Las enfermeras pediátricas son, a menudo, las primeras en interactuar con el niño diagnosticado de TDAH(48). Es importante reconocer las necesidades individuales de cada uno y ofrecer los servicios necesarios para lograr una adaptación adecuada en los distintos ámbitos

de su vida(18). Enfermería, a su vez, debe recopilar información relacionada con el rendimiento en la escuela y las relaciones sociales y familiares del infante(24). Al niño se le proporcionan pautas con el fin de: mejorar la concentración y la atención, conseguir una mejoría del control de su comportamiento (hacer una lista de actividades para recordar las cosas, horas de sueño suficientes, pautas de alimentación, etc.)(21).

Para la atención de pacientes con necesidades psicológicas, las enfermeras se basan en la teoría de Dorothea Orem en la que se define el objeto de enfermería como la ayuda otorgada a la persona fomentando que esta lleve a cabo las acciones del cuidado propio con el fin de conservar su salud y afrontando las consecuencias que pueden surgir. Por esto, la consulta de enfermería es el lugar ideal para llevar un control del niño diagnosticado del trastorno y al mismo tiempo, enseñar y apoyar a los cuidadores(18). Para ello, enfermería aplica la psicoeducación, en la que la información es terapéutica en sí misma y permite que el individuo desarrolle estrategias más efectivas de afrontamiento, detecte dificultades y defina sus propios objetivos terapéuticos(14).

Se entiende por psicoeducación como la herramienta terapéutica en la que se proporciona información específica acerca del TDAH, tanto al paciente como a su familia. Esta información señala los datos científicos más actuales del trastorno en cuestiones como la evolución y el correcto abordaje, así como la implementación de consejos y adiestramiento en técnicas para abordar problemas que pudieran surgir. El programa psicoeducativo contiene diferentes fases(17,49), las cuales se indican en el gráfico 4:

**Gráfico 4: Fases de la psicoeducación**



*Fuente: Elaboración propia*

En atención primaria las enfermeras intervienen en la educación de pacientes y cuidadores, y ayudan a resolver las crisis familiares(15). Estas tienen la oportunidad de evaluar la comprensión del cuidador sobre la condición del niño, enseñar estrategias o guiar aquellas que están utilizando, valorar cómo afecta, físicamente o emocionalmente, el cuidado del niño con TDAH a todos los miembros de la familia, así como anticiparse a las dudas o preocupaciones del cuidador sobre la evolución del trastorno(48).

Los profesionales de enfermería deben comenzar por el empoderamiento parental, proporcionando información exhaustiva(30) sobre las características más importantes del TDAH, enseñándoles actitudes y procesos específicos, facilitando así una atención integral(25,30). En la tabla 7 se pueden observar algunas estrategias proporcionadas a los cuidadores:

**Tabla 7: Estrategias/normas para cuidadores de niños con TDAH**

<b>Confianza en los profesionales sanitarios respecto al abordaje y tratamiento del trastorno</b>
<b>Son niños que requieren mucha atención</b>
<b>Aceptar que el menor padece un trastorno crónico, pero que con esfuerzo y cariño puede mejorar y llevar una vida con normalidad</b>
<b>Comprender y entender cómo piensa un niño con TDAH: excesivo interés por el presente, exceso de impulsividad que puede conllevar a diferentes problemas</b>
<b>Establecer normas claras, concisas y de introducción paulatina</b>
<b>Mantener rutina y orden familiar</b>
<b>Empleo del refuerzo positivo, marcar retos sencillos</b>
<b>Mejorar el autoestima del niño con mensajes positivos, no realizar comparaciones con otros niños</b>
<b>Recordar que usted sirve de ejemplo para su hijo</b>
<b>Buscar la implicación de los profesores del niño</b>

*Fuente:* Gómez Gómez T, Manzano Barranco N, Navarro Mateo MA. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: Abordaje de Enfermería en el ámbito familiar y escolar. En: Asunivep ed. Perspectivas y análisis de la salud [Internet]. 2016. 65–69. (25)

Ofrecer información y recursos sobre cómo integrar el cuidado del infante con TDAH en la vida familiar resulta una intervención que proporciona herramientas esenciales para el manejo del niño(48). Las enfermeras deben informar a los familiares sobre los cuidados crónicos que requiere este tipo de trastorno. También se debe transmitir que el comportamiento del niño no es intencional y proporcionar estrategias para conseguir una adecuada adaptación del niño en la familia(24).

Un desconocimiento por parte de los cuidadores acerca del trastorno repercute en un correcto tratamiento(25). En un estudio se observó que la educación que desempeña el personal de enfermería, permitió a los cuidadores conocer el trastorno, el manejo de este y su remisión. Al aumentar el conocimiento de estos, se facilita realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, y en consecuencia disminuir el riesgo de fracaso escolar y de deterioro psicosocial del niño, además de reducir el riesgo de alteraciones en su salud mental(16).

A los padres, además de educar sobre la patología y proceso médico, es importante brindarles apoyo y asesoramiento: reglas claras, consecuencias y premios, dividir tareas, establecer rutinas y eliminar distracciones y ruidos; con el fin de ayudar al niño a desenvolverse con mayor efectividad en su día a día(21,25,50). A continuación se reflejan algunas de las actividades desarrolladas por la enfermera en la atención al niño con TDAH y su familia:



**Tabla 7: Actividades de Enfermería en la atención al TDAH**

<b>Actividades psicoeducativas</b>
Dirigidas a padres y/o cuidadores
Deben incluir información sobre el TDAH, psicoeducación a padres, uso de guías o manuales
Participación en psicoterapia grupal
<b>Actividades complementarias</b>
Educación sanitaria grupal
Participación en el ámbito escolar
Formación e investigación en el TDAH

*Fuente:* Gómez Gómez T, Manzano Barranco N, Navarro Mateo MA. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: Abordaje de Enfermería en el ámbito familiar y escolar. En: Asunivep ed. Perspectivas y análisis de la salud [Internet]. 2016. 65–69. (25)

Asimismo se ha demostrado que colaborar y comunicarse de manera continua, así como mantener una buena relación entre los cuidadores, el niño, la enfermera y el resto de los profesionales encargados del abordaje del TDAH es importante para lograr resultados positivos. En ocasiones, los padres resultan poco colaboradores y no comunican a la enfermera sus preocupaciones sobre el desarrollo del niño o es el niño quien no conversa con esta, sobremanera aquellos con menor edad(16,48). Como se ha señalado anteriormente, el rango de edad idóneo para el diagnóstico del trastorno es entre los 6 y 8 años; sin embargo, en un estudio algunas enfermeras afirmaron que las entrevistas con los infantes tienen mayor relevancia a mayor edad, mostrando más interés. Por otra lado, en el mismo estudio, algunas enfermeras manifestaron no tener claro del todo sus funciones y competencias en la atención al niño con TDAH(16).

Actualmente, el abordaje diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de niños con TDAH se asume que debe ser multidisciplinar, siendo fundamental la colaboración y coordinación entre el pediatra de atención primaria, enfermera pediátrica, equipo de psicología y psiquiatría infantil, neuropediatras y psicopedagogos de orientación escolar, así como la implicación de la familia para conseguir una mejoría de los niños con el trastorno(21,25,34).

El tratamiento del TDAH es un proceso complejo que implica la cooperación y colaboración de diferentes profesionales, la familia y el paciente. Como parte del equipo de atención clínica, las enfermeras tienen la tarea de analizar los síntomas, diferenciar comorbilidades, recopilar información de salud de múltiples fuentes e implementar un tratamiento personalizado, incluyendo la adherencia y monitorización de la medicación prescrita por el pediatra(15). La función de enfermería es realizar un control y seguimiento de los pacientes con TDAH que reciben tratamiento farmacológico regularmente, controlar el peso, la talla, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca e identificar reacciones adversas. Las evaluaciones periódicas deben determinar la necesidad de continuar con el tratamiento prescrito, realizar cambios en él o suspenderlo debido a la remisión de los síntomas(24,50).

Al inicio del tratamiento farmacológico se requiere un seguimiento frecuente para el control de los efectos de la medicación, así como para resolver las dudas que les surjan a los cuidadores(24). El papel de enfermería es fundamental para motivar al seguimiento del tratamiento farmacológico, educar en el manejo de efectos adversos (inapetencia(50), la pérdida de peso, la cefalea, la boca seca) y orientar a los cuidadores en su preocupación por el consumo de medicación varias veces al día, con la posibilidad de: aparición de efectos rebote,

falta de adherencia al tratamiento y posible olvido o pérdida de los medicamentos por parte de los niños cuando los cuidadores no están presentes (por ejemplo en el colegio), derivando esto en problemas para el menor y en preocupaciones para los padres(21).

También es importante que las enfermeras posean conocimientos básicos en relación a la farmacológica empleada para tratar el TDAH pudiendo sugerir cualquier modificación en la dosis, pauta u horario si precisara por ausencia de efecto o efecto indeseado(50). A su vez, han de ser conscientes de las posibles opciones de tratamiento farmacológico para ayudar a guiar en el manejo óptimo del paciente. Por ejemplo, los formatos tradicionales de los fármacos en el TDAH (como son: comprimidos o cápsulas) no son ideales para algunos pacientes, y esto ha propiciado el desarrollo de nuevos formatos de medicamentos en la última década(15). Las recomendaciones que se dan en relación al tratamiento varían dependiendo la edad del niño(24).

Los principales síntomas del trastorno dificultan la adaptación del menor, además de conllevar otros problemas, como: dificultades de aprendizaje, problemas del comportamiento, dificultad en las relaciones sociales, baja autoestima, retraso motor y del lenguaje, baja motivación por el deporte o alteraciones emocionales causando un importante deterioro en la vida del niño. Asimismo es frecuente una menor calidad de vida relacionada con la salud, además de problemas y trastornos del sueño. Los niños con TDAH suelen presentar mayor dificultad en el aprendizaje, debido a la alteración de las funciones ejecutivas y a la dificultad para: focalizar, mantener la atención, realizar esfuerzos mentales prolongados, organizarse, etc. Adicionalmente, presentan también mayor tasa de fracaso escolar que el resto de la población pediátrica, siendo este uno de los motivos de consulta más comunes(10,17,21,29).

Las funciones ejecutivas más afectadas en el TDAH son: el habla auto-dirigida, la memoria de trabajo, el control inhibitorio y la monitorización; estas permiten que la persona sea capaz de controlar sus impulsos y de comportarse dentro de los parámetros esperados. El entrenamiento de estas funciones ejecutivas podría reducir notablemente la presentación de la sintomatología del TDAH. Es muy importante comenzar a intervenir en niños preescolares con síntomas desde edades tempranas debido a que la actuación en el inicio del proceso madurativo permitirá evitar un cuadro de TDAH más complejo en el futuro del niño (22).

Además, muchos de estos niños presentan conductas disruptivas, pudiendo deberse a la frustración que sufren por los continuos mensajes negativos, estigmatización y rechazo recibido de manera prolongada, fundamentalmente en la escuela. Ante los conflictos interpersonales, las respuestas de estos niños son pasivas o agresivas, siendo desproporcionadas a los acontecimientos, pudiendo conllevar a conductas inapropiadas como insultos, rabietas, gritos o desobediencia(6,29).

Tanto los niños como sus respectivas familias presentan distintas dificultades para relacionarse con el resto de la sociedad, y es por esto por lo que se requiere la ayuda de profesionales preparados y con conocimientos sobre el problema. Enfermería desarrolla un papel fundamental identificando las necesidades y complicaciones que pueden aparecer proporcionando una intervención lo más precoz posible que garantice la atención y continuidad de cuidados(18). A su vez, las enfermeras debemos combatir la exclusión social, el autoestigma y la estigmatización existente hacia las personas con TDAH. Es importante defender a estos pacientes con un enfoque positivo para conseguir normalizar la vida del niño más allá de la enfermedad, así como la comprensión de la existencia de diferencias individuales(21,30).

Por otro lado, las enfermeras que trabajan con niños y familias deben reconocer el profundo trabajo, desgaste y demanda que requiere la educación y el cuidado infantil del TDAH(18,48). Se debe ofrecer apoyo y soluciones dentro de los planes de cuidado de enfermería y en las recomendaciones que se dan a lo largo de las visitas. Estas soluciones

deben considerar no sólo al niño con TDAH, sino también a sus cuidadores y otros miembros de la familia. Por lo que también es importante evaluar si los cuidadores están experimentando alguna carga física, emocional o psicológica significativa, secundaria a la atención del niño con TDAH para así incluir recomendaciones, consejos, servicios psicosociales o brindar apoyo(48). Enfermería debe informar sobre la existencia de diferentes asociaciones de personas que se cuentan en la misma situación (18).

Los síntomas y comorbilidades del TDAH en los niños afecta en la adaptación, afrontamiento y calidad de vida de sus cuidadores. Según un estudio, unas de las dimensiones más afectadas de calidad de vida de los cuidadores son el descanso/sueño, las emociones y las conductas de estos, así como las relaciones familiares. En relación al grado de satisfacción de los cuidadores con respecto a la preparación recibida para brindar los cuidados oportunos al individuo con TDAH, un alto porcentaje no está satisfecho(5,51). La intervención enfermera aplicada en estos casos es de tipo psicoeducativa y está basada en el modelo de adaptación de Callista Roy(51) y en el sistema de apoyo educativo de Dorothea Orem mediante el uso de técnicas participativas, en la intervención grupal. Este tipo de intervención obtuvo resultados positivos mejorando el autoconcepto de los cuidadores, el desarrollo de habilidades comunicativas y el intercambio de experiencias y percepciones, todo ello reflejándose en la mejora de la capacidad de afrontamiento y adaptación, mayor satisfacción y aumento de la calidad de vida de los cuidadores(5,51).

Otra función importante de la figura enfermera es la identificación de familias desestructuradas o sin apoyo para que reciban lo antes posible una atención personalizada y orientación psicológica con el fin de gestionar y disminuir la ansiedad en los cuidadores evitando complicaciones mayores(21).

En la atención pediátrica, los cuidadores son la pieza clave que permite garantizar la evolución adecuada del niño y su integración a la sociedad(51). La crianza de niños diagnosticados de TDAH plantea varios retos para sus cuidadores, sufriendo a su vez altos niveles de frustración en el intento de manejo y control de su conducta(51,52). Estos requieren apoyo profesional encaminado a la preparación para el cuidado mediante el uso de estrategias y mecanismos que faciliten la adaptación y mejoren el afrontamiento ante las situaciones(52). Los cuidadores de infantes con TDAH necesitan de la atención enfermera, encaminada a conseguir una respuesta eficaz, mediante la satisfacción de sus necesidades, orientando y llevando a cabo un manejo del trastorno y la comorbilidad asociada, así como garantizar el cumplimiento del tratamiento(51).

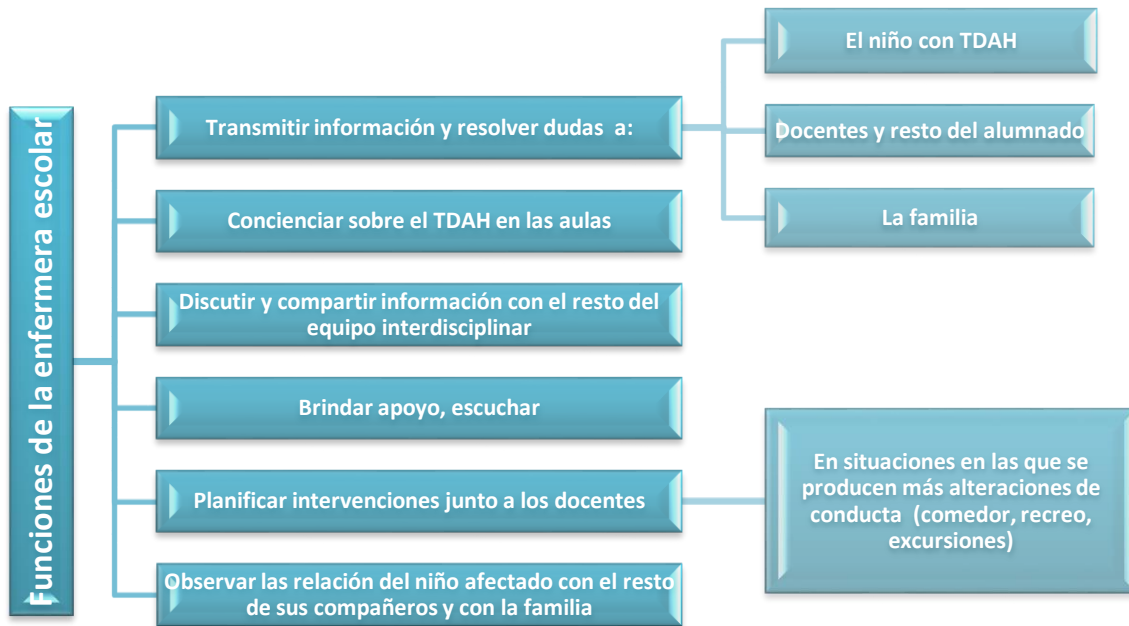
Por otro lado, en el colegio se requiere una valoración pedagógica para determinar las necesidades académicas del paciente pediátrico y así diseñar un plan de intervención escolar personalizado(25). Por todo esto, con el fin de optimizar el rendimiento académico/ocupacional del paciente y mejorar su calidad de vida, es muy importante la colaboración entre la familia y los maestros, además del intercambio de experiencias e información(15,18,25).

El colegio es el lugar ideal para la detección del TDAH ya que el niño pasa mucho tiempo en él, además resulta esencial para su manejo. Por esto es imprescindible que los maestros reciban información y formación sobre el TDAH y así, ante la aparición de cualquier signo o síntoma, estén alerta para su detección. Además, los profesores deben saber cómo atender a las necesidades de los niños afectados, mejorando así su rendimiento y favoreciendo un entorno adecuado para el aprendizaje, llevando a cabo acciones con un modelo de enseñanza más activo, como: recordar horarios o actividades pendientes, favorecer la participación, evitar reñir en público, etc.(18,25). Las herramientas educativas proporcionadas por el personal de enfermería a los docentes y cuidadores a través de la implantación de determinadas actividades son la clave para llevar a cabo un correcto diagnóstico y tratamiento del TDAH(25).

La enfermera debe orientar al profesorado para que supervisen las actividades, organicen grupos y feliciten al niño por sus logros(21).

Existe también la figura de: enfermera escolar, la cual al encontrarse en el ámbito educativo, tiene una importante labor en la detección precoz del TDAH, así como en el seguimiento del niño tras el diagnóstico médico(16,21). En el siguiente esquema se reflejan las diferentes funciones de la enfermera escolar:

**Esquema 1: Funciones de la enfermera escolar**



Fuente: *Elaboración propia*

## 4. REFLEXIÓN FINAL

El TDAH es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la edad pediátrica, cuya clínica y diagnóstico se basa en la tríada de: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. Es multifactorial, influyendo tanto factores internos del niño (biológicos y genéticos) como factores ambientales. Asimismo, es frecuente la comorbilidad del trastorno con otras patologías.

Uno de los criterios para establecer el diagnóstico del TDAH es que los síntomas se observen en diferentes ambientes (escuela, hogar, trabajo) y ocasionen un deterioro en la vida familiar, académica o laboral.

El enfoque actual del tratamiento del trastorno es el multimodal y debe individualizarse para cada niño en función de sus características y necesidades. La sintomatología se controla a través del uso de fármacos y de intervenciones psicológicas, aunque también se proporciona a los niños habilidades educativas y estrategias de conducta con el objetivo de disminuir las complicaciones a largo plazo. Además, hay que tener en cuenta la atención a los cuidadores ya que son las figuras más próximas al menor. El trastorno también repercute en la dinámica familiar, por lo que el apoyo y colaboración con la familia resultan necesarios.

La mayoría de las fuentes bibliográficas coinciden en que el papel de enfermería resulta imprescindible tanto en la elaboración del diagnóstico del TDAH como en el seguimiento posterior del niño y su familia.

Una de las funciones básicas del personal enfermería es la educación para la salud y estrategias educativas que se proporcionan, tanto a los niños como a sus cuidadores, sirviendo de herramienta y facilitando así, especialmente a estos últimos, el manejo específico y adecuado del niño en el hogar. Además, el personal de enfermería resulta ser la figura de enlace con el especialista ya que en muchas ocasiones es la profesional que más tiempo pasa con el niño y su familia. Todo esto contribuye a un manejo más eficaz y seguro, así como ayuda a reforzar la adherencia al tratamiento del niño con TDAH.

Por otro lado, resulta necesario desarrollar protocolos de actuación ante el TDAH tanto en centros de salud como en las escuelas. Asimismo es fundamental una correcta coordinación y colaboración entre los distintos profesionales implicados para lograr una detección precoz, reduciendo así los trastornos comórbidos y consiguiendo una mejora en la calidad de vida del niño afectado.

Al estar presente en el entorno educativo, la enfermera escolar tiene un papel relevante a la hora de identificar el trastorno, así como en el control posterior, además de resultar una figura más accesible para el menor y su familia que otros profesionales sanitarios.

A su vez, se ha de señalar la escasa bibliografía encontrada en relación al rol enfermero durante la atención del paciente pediátrico con TDAH, por lo que sería conveniente seguir investigando y realizar más estudios sobre ello.

Para concluir, la enfermera realiza una labor de gran relevancia para la educación, información y apoyo del menor y de su familia durante todo el proceso del TDAH. Enfermería resulta una pieza clave para la detección precoz, actuando tanto en las consultas como en las escuelas, aunque todavía no quedan totalmente claras sus competencias. Por todo esto, resulta necesario que el personal enfermero posea los conocimientos adecuados con el fin de que el trabajo desempeñado con los niños con TDAH y sus cuidadores sea lo más riguroso posible para prestar una atención de calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pelaz A, Autet A. Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev Esp Pediatr [Internet]. 2015 [citado 18 dic 2020]; 71(2):57. Disponible en: [http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP\\_71-2.pdf#page=5](http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP_71-2.pdf#page=5)
2. García Ron A, Blasco-Fontecilla H, Huete Hernani B, Sabaté Chueca J. Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. Rev Esp Pediatr [Internet]. 2015 [citado 18 dic 2020]; 71(2):75-81. Disponible en: [https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP\\_71-2.pdf#page=23](https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP_71-2.pdf#page=23)
3. Isorna Folgar M. El niño hiperactivo y las polémicas en torno al diagnóstico y al tratamiento del TDAH. Innovación Educ [Internet]. 2016 [citado 18 dic 2020]; (26):181–200. Disponible en: <https://revistas.usc.gal/index.php/ie/article/view/2913>
4. López-Villalobos JA, López-Sánchez MV, De Llano JA. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: revisión del tratamiento psicológico. ReiDoCrea Rev electrónica [Internet]. 2019 [citado 19 dic 2020]; 8(9):95-105. Disponible en: <https://www.ugr.es/~reidocrea/8-9.pdf>
5. Enquirez González C, Torres Esperón JM, Alba Pérez LC. Intervención de enfermería a cuidadores de infantes con TDAH. XVIII Congr la Soc Cuba Enfermería; 2019; Cuba. Disponible en: <http://www.enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/viewFile/322/108>
6. Balbuena Rivera F. La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. Psicol Educ [Internet]. 2016 [citado 19 dic 2020]; 22(2):81–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>
7. González Collantes R, Rodríguez Sacristán A, Sánchez García J. Epidemiología del TDAH. Rev Esp Pediatr. 2015 [citado 27 dic 2020]; 71(2):58–61. Disponible en: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
8. Pérez-Hernández E, Corrochano L. Aspectos neurobiológicos y etiopatogenia del TDAH y los trastornos relacionados. Manual de neuropsicología pediátrica. Ed. Ruiz Sánchez de León JM. Madrid: Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP), 2016. 415-442. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680643/aspectos\\_perez\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680643/aspectos_perez_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Scandar M, Bunge E. Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. Rev Argentina Clin Psicol [Internet]. 2017 [citado 20 dic 2020]; 26(2):210-219. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281952112008.pdf>
10. López Sánchez GF, López Sánchez L, Díaz Suárez A. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y actividad física. EmásF Rev Digit Educ física. 2015 [citado 23 dic 2020]; 32(32):53–65. Disponible en: <http://emasf.webcindario.com/>
11. Martínez-martín N, Albaladejo Gutiérrez EF, Espín Jaime JC, Güerre Lobera MJ, Sánchez-

- García J, Jiménez Hernández JL. Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Rev Esp Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 23 dic 2020]; 71(2):62-68. Disponible en: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP71-2.pdf>
12. Angel Alda J, Serrano E, Ortiz JJ, San L. El TDAH y su tratamiento. *Serv Psiquiatr y Psicol infanto-juvenil* [Internet]. 2015 [citado 27 dic 2020];1–8. Disponible en: [https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora\\_tdah.pdf](https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf)
  13. González Elorrieta C. TDAH: nuevas estrategias de diagnóstico e intervención [Internet]. Sevilla: Punto rojo libros; 2017 [citado 27 diciembre 2020]. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iWpTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=nuevas+estrategias+de+diagnostico+claudia+gonzalez&ots=T05-nZzqVt&sig=0aEtakePm\\_qHYMeuOYaitUpHQrQ#v=onepage&q=nuevas+estrategias+de+diagnostico+claudia+gonzalez&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iWpTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=nuevas+estrategias+de+diagnostico+claudia+gonzalez&ots=T05-nZzqVt&sig=0aEtakePm_qHYMeuOYaitUpHQrQ#v=onepage&q=nuevas+estrategias+de+diagnostico+claudia+gonzalez&f=false)
  14. Moreno Fontiveros M, Martínez Vera MJ, Tejada González A, González Igeño V, García Resa O. Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2015 [citado 21 dic 2020]; 8(3):231-239. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v8n3/especial2.pdf>
  15. Leahy L. Diagnosis and treatment of ADHD in children vs adults: What nurses should know. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2018 [citado 21 dic 2020]; 32(6):890–895. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883941718301365>
  16. Gutiérrez Rodríguez L, Hernández Ballesteros R, Gómez González AJ. El papel de enfermería en la atención al niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Revisión de la literatura. En: Asunivep ed. Dependencia emocional en adolescentes [Internet]. Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar. 2016 [citado 21 dic 2020]. 61–66 . Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5859982>
  17. Torés Pacheco J, Ferrero Colomo S, Rodríguez Hernández A. Título: Importancia de la psicoeducación enfermera dirigida a grupos de padres de niños diagnosticados de TDA/H. Ponencia presentada en el XIII Congreso asociación nacional de Enfermería coordinadora de recursos materiales; 22 oct 2019; Madrid.
  18. Llovet Romero LE, Ariza Riera T, Martínez Uceda JL. El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad desde el papel de enfermería. En: scifoper ed. Perspectivas Psicol y Educ de las Necesidades Educ Especiales [Internet]. 2017. 11-18. Disponible en: <http://cipse2017.com/files/LIBRO+perspectivas-psicologicas.pdf#page=38>
  19. Saiz Fernández LC. Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2018 [citado 21 dic 2020]; 38(133):301–330. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0301.pdf>
  20. Fernandes SM, Piñón Blanco A, Vázquez-Justo E. Concepto, evolución y etiología del TDAH. THDA y trastornos asociados [Internet]. 2017 [citado 27 dic 2020];1–6. Disponible en: <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.1>

21. Posada Abadía CI, Ramírez Cardesin M. Sobre-diagnóstico del TDAH: Propuesta Enfermera [tesis]. España: Universidad Autónoma de Madrid; 2016 [citado 27 dic 2020]. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/309785215\\_Sobre\\_diagnostico\\_del\\_TDAH\\_Propuesta\\_Enfermera](https://www.researchgate.net/publication/309785215_Sobre_diagnostico_del_TDAH_Propuesta_Enfermera)
22. Ramos-Galarza C, Bolaños M, Paredes L, Ramos D. Tratamiento Neuropsicológico del TDAH en Preescolares: Entrenamiento de la Función Ejecutiva. *Rev Ecuatoriana Neurol.* 2016 [citado 21 dic 2020]; 25(1–3):61–69. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2017/05/Tratamiento-neuropsicologico-TDAH-preescolares-funcion-ejecutiva.pdf>
23. Bianchi E. El futuro llegó hace rato. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia. *Rev Estudios Soc [Internet].* 2015 [citado 3 ene 2021]; 2(52):185–199. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079825>
24. Wesemann D, Van Cleve SN. ADHD: From childhood to young adulthood. The nurse practitioner [Internet]. 2018 [citado 3 ene 2021]; 43(3):8–15. Disponible en:  
[https://journals.lww.com/tnpj/Fulltext/2018/03000/ADHD\\_\\_From\\_childhood\\_to\\_young\\_adulthood.2.aspx](https://journals.lww.com/tnpj/Fulltext/2018/03000/ADHD__From_childhood_to_young_adulthood.2.aspx)
25. Gómez Gómez T, Manzano Barranco N, Navarro Mateo MA. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: Abordaje de Enfermería en el ámbito familiar y escolar. En: Asunivop ed. *Perspectivas y análisis de la salud [Internet].* 2016. 65–69.
26. Catalá-López F, Hutton B. El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes: epidemiología, multimorbilidad y servicios de salud integrados. *An Pediatr (Barc) [Internet].* 2018 [citado 7 ene 2021]; 35(9):2. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6721936>
27. Bastardas Sardans J, Ortiz Guerra JJ, Sánchez Gistau V, Sabaté Chueca J. Diagnóstico del TDAH. *Rev Esp Pediatr [Internet].* 2015 [citado 18 dic 2020]; 71 (2):69-74. Disponible en:  
[https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP\\_71-2.pdf](https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP_71-2.pdf)
28. Díaz Rivera AC, Martínez Herrera AL. Estrategias de enfermería en el afrontamiento familiar de niños con diagnóstico de TDAH. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. 2020 [citado 3 ene 2021]. Disponible en:  
<https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/3715/Proyecto%20de%20grado%20Alison%20-Lorena.pdf;sequence=1>
29. Nieves-Fiel MI. Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Rev Psicol Clin con Niños y Adolesc.* 2015 [citado 7 ene 2021]; 2(2):163–168. Disponible en:  
[http://www.revistapcna.com/sites/default/files/10-10\\_nieves-fiel-tdah-no\\_espec.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/10-10_nieves-fiel-tdah-no_espec.pdf)
30. Blanco Presas M. El TDAH: ¿verdad o mito?. *Rev Esp Enfermería Salud Ment [Internet].* 2017 [citado 3 ene 2021]; (3):29–32. Disponible en:  
<http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/18/22>
31. Supèr H, Cañete J. Hacia un diagnóstico más objetivo del TDAH: el papel de la Vergencia Ocular. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil.* 2016 [citado 4 feb 2021]; 33(3):397–406. Disponible



en: <https://aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/33/35>

32. Santurde del Arco E. Evolución de la sintomatología a lo largo del desarrollo evolutivo en casos de TDAH. *Int J Dev Educ Psychol Rev* [Internet]. 2016 [citado 15 ene 2021];2(1):269-275. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/43/68>
33. Fenollar Iváñez F, Gómez Sánchez JA, Muñoz Ruiz A. Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar. *Rev Esp Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 7 ene 2021]; 71(2):90-97. Disponible en: [https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP\\_71-2.pdf#page=38](https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP_71-2.pdf#page=38)
34. Rico Martín MC, Campos Martínez EV, Hijano Muñoz JM. Intervención educativa del TDAH en niños. *Rev Paraninfo digital* [Internet]. 2016 [citado 12 feb 2021]; (25). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/030.php>
35. Martínez-Núñez B, Quintero J. Actualización del estudio del Tratamiento Multimodal en TDAH (MTA): dos décadas de aprendizajes. *Actas españolas Psiquiatr* [Internet]. 2019 [citado 7 feb 2021]; 47(1):16–22. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/117/ESP/21-117-ESP-16-22-684912.pdf>
36. Walls M, Allen CG, Cabral H, Kazis LE, Bair-Merritt M. Receipt of medication and behavioral therapy among a national sample of school-age children diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Acad Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 3 feb 2021]; 18(3):256–265. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.10.003>
37. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Metilfenidato. Cima [Internet]. 2020 [citado 12 feb 2021]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/77777/77777\\_ft.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/77777/77777_ft.pdf)
38. Vidal Vademecum Spain. Metilfenidato. Vademecum [Internet]. 2017 [citado 12 feb 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-metilfenidato-n06ba04>
39. Amado Puentes A, Gómez Guerrero L, Muñoz Ruiz A. Tratamiento farmacológico no estimulante en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Rev Esp Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 12 feb 2021]; 71(2):82-89. Disponible en: [https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP\\_71-2.pdf#page=30](https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP_71-2.pdf#page=30)
40. Vidal Vademecum Spain. Atomoxetina. Vademecum [Internet]. 2016 [citado 12 feb 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-atomoxetina-n06ba09>
41. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Atomoxetina. Cima [Internet]. 2015 [citado 12 feb 2021]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/67660/FT\\_67660.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/67660/FT_67660.pdf)
42. Alonso E, Diz L, Fernández MA, García L, Giachetto G. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): controversias terapéuticas. *An Fa Med* [Internet]. 2015 [citado 21 dic 2020]; 2(1):36-47. Disponible en: <http://anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/156/69>
43. Ramírez Pérez M. Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño

- con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Rev Psicol Clin con Niños y Adolesc* [Internet]. 2015 [citado 7 ene 2021]; 2(1):45–54. Disponible en: [http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-14\\_0.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-14_0.pdf)
44. Forcadell López E, Astals Vizcaino M, Treen Calvo D, Chamorro López J, Batlle Vila S. Mindfulness training for patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Adhd): a descriptive review. *Rev Psicoter* [Internet]. 2016 [citado 3 feb 2021]; 27(103):203–213. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399249>
  45. López Secanell I, Pastor Núñez S. Mindfulness y el abordaje del TDAH en el contexto educativo. *Rev Bras Educ Espec* [Internet]. 2019 [citado 12 feb 2021]; 25(1):175–188. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382519000100011>
  46. Russo D, Bakker L, Rubiales J, Betina Lacunza A. Intervención en habilidades de solución de problemas interpersonales: resultados preliminares en niños con diagnóstico de TDAH. *Rev chil Neuropsicol* [Internet]. 2019 [citado 5 feb 2021]; 14(1):1–5. Disponible en: [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/106515/CONICET\\_Digital\\_Nro.41a72f05-c35b-4596-a460-f7f400e33785\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/106515/CONICET_Digital_Nro.41a72f05-c35b-4596-a460-f7f400e33785_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
  47. Acebes-de Pablo A, Giráldez-Hayes A. El papel de la musicoterapia y las terapias alternativas en el tratamiento del TDAH: un estudio exploratorio. *Med Natur* [Internet]. 2019 [citado 5 feb 2021]; 13(1):15–20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6761080>
  48. Paidipati C, Deatrick J, Eiraldi R, Ulrich C, Brawner B. Family management in childhood attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative inquiry. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2020 [citado 3 feb 2021]; 52:82–90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596319301472>
  49. Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017 [citado 7 ene 2021]; 14(3):207–218. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300453>
  50. Millán MC. Protocolo asistencial Trastorno Deficit Atención e Hiperactividad (TDAH). *Consorc Hospital Gen Univ Val* [Internet]. 2017 [citado 25 feb 2021]. Disponible en: <https://chguv.san.gva.es/documents/10184/894041/Protocolo+asistencial+trastorno+d%C3%A9ficit+atenci%C3%B3n+e+hiperactividad+%28TDAH%29.pdf/56053047-026e-4c20-b498-85a42fe880f1>
  51. Enriquez González E, Pérez Rodríguez M, Noda Valledor M. Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infante-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Médica del Cent* [Internet]. 2018 [citado 17 feb 2021]; 12(1):57–64. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec181g.pdf>
  52. Enriquez González C, Torres Esperón JM, Alba Pérez L C, Crespo Borges T. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en cuidadores primarios. *Medicent Electrón* [Internet]. 2020 [citado 27 feb 2021]; 24(3):548–563. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300548](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300548)

# ANEXOS

## Anexo 1: Criterios del TDAH en el DSM-V

**CRITERIO A1.** Seis o más de estos síntomas de déficit de atención persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas).

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (lectura larga, conferencias...)
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (inicia tareas, pero rápidamente pierde el foco)
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (desordenados, desorganizados, mala gestión del tiempo...)
- A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos, preparar informes...)
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, lápices, gafas...)
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (en jóvenes y adultos pueden pensar, por ejemplo, en cosas no relacionadas)
- A menudo es descuidado en las actividades (tareas, ejercicios, falta a citas, no paga facturas,...)

**CRITERIO A2.** Seis o más de estos síntomas de hiperactividad-impulsividad persisten desde hace más de 6 meses (para mayores de 17 años, al menos 5 síntomas).

### *Síntomas de hiperactividad*

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado (en adultos pueden mostrar intranquilidad)
- A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en voz baja
- A menudo está "en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor (restaurantes, reuniones)
- A menudo habla en exceso

### *Síntomas de impulsividad*

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido formuladas las preguntas
- A menudo tiene dificultades para guardar turno
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos, utiliza cosas de otros sin esperar permiso, invade y se apropia de lo que otros están haciendo)

**CRITERIO B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad.

**CRITERIO C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más entornos.

**CRITERIO D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

**CRITERIO E.** Los síntomas no aparecen en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

---

**Tabla** Criterios de TDAH del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición

*Fuente:* Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.