

Trastorno por déficit de atención

Noelia López García

Universidad Complutense de Madrid. E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón 2, 3ª planta. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
noe_lgc@hotmail.com

Tutor

Raúl García Vallejo

Universidad Complutense de Madrid. E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina. Pabellón 2, 3ª planta. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
rgv_33@hotmail.com

Resumen: el TDAH se caracteriza por ser uno de los trastornos psicológicos más frecuente en edad infantil que interfiere en el desarrollo óptimo del niño. Los síntomas centrales que definen este síndrome son desatención, impulsividad e hiperactividad a los cuales pueden asociarse otros problemas como tics, ansiedad o depresión. Aunque se desconoce la causa exacta, se sabe que este trastorno se debe a una alteración neurobiológica de, entre otros, el gen DR4D7*, así como a una disminución de las neuronas y circuitos encargados de controlar la memoria y la atención. Factores como el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo y los daños cerebrales postraumáticos también pueden favorecerlo. Su prevalencia se estima en torno a un 5-10%. Para diagnosticarlo se requiere de la exploración detallada, entrevistas con el profesorado, la familia y el propio niño, así como una evaluación apoyada en determinados tests al uso. Con respecto al tratamiento el que más efectividad ha demostrado es el multimodal, el cual combina el farmacológico, psicológico y psicopedagógico. En las revisiones dentro del Programa de Atención al Niño Sano, la enfermería ejerce un papel muy relevante pues colabora en el diagnóstico precoz y seguimiento de esta patología. En este trabajo se presenta un caso clínico de un niño afectado por este trastorno. La actuación de la enfermera queda reflejada mediante la valoración (por patrones de Marjory Gordon), los objetivos y las intervenciones realizadas. Todo ello con un seguimiento, constatado visita a visita, en la consulta de enfermería de Atención Primaria.

Palabras Clave: TDAH. Niños hiperactivos. Atención-Trastornos en niños.

Abstract: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is characterized for being one of the psychological disorders more frequent in infantile age that interferes in the ideal development of the child. The central symptoms that define this syndrome are inattention, impulsiveness and hyperactivity which can be associated with other problems like tics, anxiety or depression. Though the main reason is not clear it is

known that this disorder owes to a neurobiological alteration of the DR4D7* gen as well as to a decrease in the neurons and circuits entrusted to control the memory and the attention. Factors like the consumption of alcohol and tobacco during the pregnancy and the cerebral hurts can favor it also. An estimated 5-10 % of children have this disorder. To diagnose it, it is needed of the detailed exploration, interviews with teachers, family and the own child, as well as of an evaluation based in the different tests. One of the treatments which have proved more efficiency is the multimodal treatment that combines pharmacological, psychological and psychopedagogical aspects. In the reviews includes into the Program of Attention to the healthy child, Nursing develops a very relevant paper because they collaborate in the precocious diagnosis and follow-up for this pathology. In this work a clinical case of a child affected by this disorder is proposed. The action of the nurse is reflected by means of the valuation (with Marjory Gordon bosses), the aims and the interventions realized. All this with a follow-up, stated visit to visit, in a nurse consultation of Primary care.

Keywords: ADHD. Attention deficit.

INTRODUCCIÓN

Definición

El trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad (TDAH), es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la edad infantil constituyendo un reiterado motivo de consulta a atención primaria y especializada^(1,2). Se caracteriza por una serie de comportamientos que interfieren en el crecimiento y desarrollo del niño⁽²⁾. Los síntomas centrales que definen este síndrome son la desatención, la impulsividad (caracterizada por la impaciencia, la disminución del sentido de peligro y una baja tolerancia a la frustración) y la hiperactividad (física y verbal)^(1,3,4,5). Todo esto puede causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica y laboral^(1,2,6).

Además de estos problemas pueden aparecer otros asociados como son: los trastornos en el lenguaje, la dificultad de aprendizaje, la depresión y la ansiedad (10-30% de los casos), las alteraciones en el estado del ánimo (25%)⁽⁷⁾, los tics y trastorno de Gilles de la Tourette (34%). Por otra parte los problemas propios de la adolescencia se incrementan en esta situación que, sumados al fracaso escolar, pueden provocar una disminución de la autoestima. Hasta un 40% de los niños con TDAH desarrollarán una conducta negativista y desafiante. También es sabido que el adolescente con TDAH tiene más predisposición al consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. Hasta un 20-25% tiene problemas de adicción. Otro de los riesgos asociados es el abuso de las experiencias sexuales. La impulsividad que les caracteriza les lleva con frecuencia a realizar el acto sexual indebidamente. Es por ello que el número de adolescentes

hiperactivas embarazadas es superior al de las adolescentes no hiperactivas^(2,4,5,6,8,9,10,11).

Etiología

Aunque no se conoce una causa clara, se sabe que el TDAH es una alteración neurobiológica producida por una deficiencia genética desarrollada en el gen DRD4*7, defectuoso en el 50-60% de los casos. Este gen, situado en el cromosoma 11, se encarga de producir el receptor D4, el cual se activa al unirse a los neurotransmisores Dopamina, Adrenalina y Noradrenalina.

También se ha comprobado que los circuitos y grupos de neuronas que controlan la atención, la memoria de trabajo y la inhibición de las respuestas son más pequeños y menos activos en niños con TDAH.

El TDAH se ve favorecido por factores como el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, daños cerebrales postraumáticos y la exposición a determinados metales como el plomo y el aluminio. No se ha establecido una relación clara entre el consumo de aditivos o azúcares refinados y el TDAH^(2,4,6,12).

Epidemiología

Distintos artículos^(1,2,6,8,9,12,13,14) muestran varios índices de prevalencia, pero todos ellos coinciden en que en torno al 5-10% de niños en edad escolar padecen TDAH. Esto supondría un niño por cada 25 alumnos en un aula^(2,11). El TDAH es un trastorno para toda la vida con una persistencia en la adolescencia del 40-70% de los casos y un 30-65% en la edad adulta^(6,12).

Según el Instituto Nacional de Estadística en 2006 en España un 4,23 % ± 2,74 de niños en edades entre 4 y 9 años y un 3,9 % ± 2,72 entre 10 y 15 años padecían TDAH (Anexo I). Es más frecuente en niños que en niñas en una relación de 3-4 a 1^(4,9).

Diagnóstico

El TDAH puede empezar a observarse a los dos o tres años de vida, si el trastorno es muy grave manifestándose sobre todo la hiperactividad, pero es a partir de los 4-6 años y coincidiendo con la escolarización cuando se detecta también la disminución de la atención.

El diagnóstico debe ser clínico y estar basado fundamentalmente en la observación directa del paciente así como en la anamnesis dirigida a padres (tutores) y profesores, ya que no existen marcadores biológicos. Existen distintos cuestionarios que nos pueden ayudar en la anamnesis pero que no deben ser tomados como herramientas únicas para el diagnóstico.

Se divide en tres fases: fase 1 en la que se reconocen síntomas esenciales, fase 2 o de exclusión de otros trastornos y fase 3 donde se realizan pruebas y se aplican los criterios correspondientes⁽¹⁵⁾.

Criterios de TDAH

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (1970), de la Asociación Psiquiátrica Americana^(2,4,5,6,9,12,16), en el TDAH deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Deben apreciarse 6 ó más de los 18 síntomas descritos en la tabla 1 y además deben haber estado presentes durante 6 meses, como mínimo.
- Algunos de ellos habrán aparecido antes de los 7 años.
- Manifestarse, por igual, al menos en dos ámbitos: colegio/trabajo y casa.
- Clara evidencia de afectación social, académica u ocupacional.
- Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo que pudieran estar justificando la sintomatología.

Síntomas del grupo A:
1. No presta atención suficiente a los detalles e incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
5. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
6. Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
7. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. Es descuidado en las actividades diarias.

Síntomas del grupo B:
10. Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
11. Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
12. Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
13. Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
14. "Está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
15. Habla en exceso.
16. Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
17. Tiene dificultades para guardar turno.
18. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

Tabla 1. Clasificación de los síntomas del TDAH en dos grupos.

Después del estudio y según los síntomas predominantes de la tabla I, denominaremos tres tipos^(1,2,5,6):

- TDAH tipo inatento, si predominan los del grupo A.
- DAH hiperactivo – impulsivo, si predominan los del grupo B.
- TDAH tipo combinado, si presentan síntomas de ambos grupos indistintamente. Es el que se da en mayor porcentaje.

Tratamiento

Un tratamiento precoz ayudará a controlar los síntomas principales del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad), facilitando el proceso de aprendizaje académico y de comportamiento, mejorando las interacciones sociales, disminuyendo el riesgo de que aparezcan otros trastornos asociados y ayudando a que el niño tenga un mejor pronóstico de futuro^(12,16).

El tratamiento del TDAH exige una intervención multimodal que incluya tratamiento farmacológico, psicológico y psicopedagógico, siendo fundamental el rol de la familia y del profesorado. Debe ser individualizado para cada niño y tipo de TDAH^(6,12,17).

Existen fármacos estimulantes (Metilfenidato) de acción sobre Dopamina y fármacos no estimulantes (Atomoxetina) que actúan sobre Noradrenalina. Ambos inhiben la autorre captación neuronal de los neurotransmisores aumentando su tiempo de permanencia en el espacio intersináptico, en algunas zonas del cerebro (frontal principalmente), favoreciendo así una mayor captación por los receptores postsinápticos y potenciando la atención, reduciendo la impulsividad, aumentando la memoria y disminuyendo la inquietud y las distracciones^(3,6,12). Aunque Metilfenidato y Atomoxetina tienen la misma aceptación, en estudios realizados⁽¹⁸⁾ se ha demostrado que existe un tipo de Metilfenidato de liberación osmótica que es más efectivo y de primera elección en el tratamiento del TDAH.

El tratamiento psicológico consiste en una serie de estrategias para aumentar las conductas deseadas y disminuir las no deseadas^(6,12).

El psicopedagógico por su parte va dirigido a mejorar el rendimiento académico^(6,12).

En todos ellos debe buscarse la colaboración: profesor-familia-terapeuta.

Puede realizarse también una terapia conductual para controlar la ira o enseñar al niño a pensar antes de actuar. El establecimiento de reglas claras o listas de tareas puede ayudar al niño a controlar su comportamiento⁽³⁾.

Importancia de los cuidados enfermeros en el TDAH

En todas las revisiones periódicas, especialmente en las de los 4 y 6 años dentro del programa de atención al niño sano que contempla la cartera de servicios de Atención Primaria de todas las comunidades autónomas, la enfermera hará una valoración por patrones favoreciendo la obtención de algunos de los diagnósticos enfermeros que determinen iniciar el protocolo de sospecha de TDAH. El proceso enfermero resulta muy relevante al colaborar en la detección precoz e intervenir en el seguimiento de esta patología^(6,12,14).

En el caso del tratamiento farmacológico la enfermera realiza el seguimiento de efectos secundarios, información y resolución de dudas y el control de adherencia al tratamiento⁽⁸⁾. Así mismo lleva a cabo actividades de psicoeducación y actividades complementarias como la educación sanitaria grupal, la participación en el ámbito escolar y la formación e investigación en TDAH.

Tanto estos niños como sus familias se encuentran día a día con muchas dificultades para poder relacionarse con el resto de la sociedad por lo que necesitan a personas preparadas y conocedoras de sus problemas para que reciban una ayuda lo más adecuada posible a sus necesidades. Es por esto que la enfermería desempeña un papel fundamental pudiendo identificar las necesidades y complicaciones existentes y proporcionando una intervención precoz que garantice la personalización de la atención y la continuidad de los cuidados⁽¹⁾.

DESARROLLO DEL TRABAJO

En este trabajo se presenta un caso clínico de un niño afectado por el Trastorno de déficit de atención. La actuación de la enfermera queda reflejada mediante la valoración por patrones de Marjory Gordon, los objetivos y las intervenciones realizadas (NANDA-NOC-NIC)^(19,20,21,22). Todo ello con un seguimiento, constatado visita a visita, en la consulta de Enfermería de Atención Primaria.

CASO CLÍNICO

1ª visita: 17/12/10

Paciente varón de 13 años. Probable TDAH, procedente de Burgos, tratado con Metilfenidato (MTF) hace dos meses y retirado a las pocas semanas por pérdida de apetito.

Acude por primera vez a la consulta de Atención Primaria ya que continúa con desatención tanto en casa como en el colegio. En consulta no presenta signos de hiperactividad.

Se hace valoración siguiendo los siguientes patrones: cognitivo-perceptual, nutricional-metabólico y eliminación.

Patrón cognitivo-perceptual

No presenta ninguna alteración en los órganos de los sentidos.

Desde el curso pasado está en un nuevo colegio. En cada evaluación suele tener entre 3-4 insuficientes en las asignaturas básicas (falta de logro de los objetivos para la actividad elegida).

Dice “me aburro” constantemente. La madre nos cuenta que mientras supervisa cómo el niño hace la tarea éste juega con la tapa del bolígrafo o se levanta con cualquier excusa (comportamientos inapropiados, verbalización de preocupación sobre la tarea que se ha de realizar). Tiene que llamar a un compañero para que le diga qué deberes debe hacer ya que se olvida y no lo apunta en la agenda. No finaliza las tareas que la profesora le asigna en clase y por ello siempre tiene que terminarlas en casa. A menudo pierde también los bolígrafos.

Tiene dificultad para realizar dos o más órdenes sencillas, pues olvida una de ellas y sólo realiza la primera o la última que se le pide (seguimiento inexacto de las instrucciones, falta de organización secuencial).

Después de las comidas la madre debe insistirle para que se cepille los dientes, ya que de no ser así el niño por sí solo no lo hace.

Ante todas estas situaciones la madre no sabe cómo actuar.

De esta valoración se deducen los diagnósticos: [Conocimientos deficientes planificación ineficaz de las actividades.](#)

Patrón Nutricional-metabólico

La madre refiere que tiene poco apetito y lo atribuye a la medicación, cuestión que no está demostrada ya que cuando ha estado sin tratamiento estimulante también comía muy mal.

No presenta alergias alimentarias.

Su peso es de 44 Kg y su talla de 160,5 cm. Su IMC es 17,18 kg/m².

No hay signos de deshidratación. El estado y coloración de la piel y mucosas es normal.

Puesto que la madre está preocupada por el supuesto bajo peso del niño se realiza seguimiento del diagnóstico **desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (0002)**. Sin embargo, no se produce un desequilibrio como tal ya que el niño, a pesar de la insistencia de la madre, en ningún caso deja de comer ni realiza una ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas. Aun así se realizan una serie de intervenciones para que el niño tenga más apetito (1014) y conseguir así una ganancia de peso-masa corporal (1006).

Eliminación

Su eliminación urinaria es bastante frecuente a lo largo del día y de escasa cantidad.

Con respecto al patrón de defecación, éste es regular pero se puede ver afectado ya que el niño come muy poca fibra (verduras y fruta). Las heces son de consistencia normal con tendencia a secas.

En este patrón se detecta el diagnóstico de **riesgo de estreñimiento**.

Tras la valoración inicial se realizan las actividades pertenecientes a cada diagnóstico.

Diagnóstico 1: Conocimientos deficientes (00126): Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con la situación que está viviendo el niño.

Pertenece al dominio 5 (percepción/cognición), clase 4 (cognición).

Está relacionado con una mala interpretación de la información.

Los criterios de resultado (NOC) en este diagnóstico son:

- Ampliar conocimientos en los padres sobre el cuidado de su hijo (1826) cuyos principales indicadores serían la descripción de las necesidades emocionales (182608) y de socialización (182610).
- Enseñar tanto al niño como a los padres conocimientos sobre la medicación (1808) teniendo en cuenta los indicadores: descripción de efectos indeseables de la medicación (180805) y descripción de la administración correcta de la misma (180810).

Para ello se llevan a cabo las siguientes intervenciones:

1-Educación paterna: crianza familiar de los niños (5566).

Los padres están separados pero mantienen una relación cordial. El niño convive con la madre, por esto las intervenciones se realizan fundamentalmente con ella. Sin embargo, se insiste en la importancia de que el padre también adquiera competencias para que las ponga en marcha cuando el niño le visite.

Se proporciona a la madre una variedad de estrategias que puede utilizar en el manejo de la conducta del niño^(17,23,24) como son:

- Aceptar que el niño padece un trastorno crónico que se puede mejorar y conseguir una vida casi normal.
- Recordar que están muy necesitados de atención.
- Utilizar mensajes positivos y evitar comparar con otros niños.
- Ayudar al niño a hacer las cosas paso a paso.
- No hacer caso ante conductas que busquen llamar la atención.

2-Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618).

Se explica el propósito del tratamiento: para qué sirve, cómo debe ser administrado y cuáles son sus efectos adversos.

3-Asesoramiento (5240).

Se proporciona toda la información, de forma objetiva, requerida por los padres haciendo hincapié en las dudas que tienen. Todo ello demostrando simpatía y creando un ambiente cálido.

Se determina cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia ya que una mala actuación de ésta puede aumentar la frustración del niño.

Se pide a la madre que identifique aquello que no puede hacer sobre lo que sucede y ofrecer así estrategias (anteriormente mencionadas) para abordar el problema.

Diagnóstico 2: Planificación ineficaz de las actividades (00199): Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

Pertenece al dominio 5 (percepción- cognición), clase 4 (cognición).

Está relacionado con una conducta defensiva de huida cuando se enfrenta a una propuesta de solución y una percepción no realista de los acontecimientos y de las competencias personales.

Para este diagnóstico se propone como criterio de resultado (NOC) controlar el nivel de hiperactividad o déficit de atención (0915) para que así el niño pueda desempeñar las funciones correctamente y se tienen en cuenta como indicadores la dificultad para organizar tareas en general (091503) y tareas que requieren un esfuerzo mental mantenido (091506).

Las intervenciones (NIC) que se realizan para este diagnóstico son:

1-Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención (4352).

Además de realizar esta intervención en la consulta se explica también a la madre ya que deberá hacerlo diariamente en casa.

En primer lugar se debe llamar la atención del niño llamándolo por su nombre antes de iniciar las interacciones verbales.

Las instrucciones y explicaciones deben darse de forma lenta y con un lenguaje sencillo y concreto. Aquéllas con múltiples pasos deben descomponerse en pasos simples.

No dar dos órdenes seguidas. Esperar a que el niño realice una para poder dar la siguiente. En caso de que sea necesario se puede proporcionar ayuda para que realice la actividad por medio de alguna pista (verbal o física). Esas pistas deberán irse retirando a medida que no sean necesarias⁽²⁴⁾.

Una vez realizada la orden se le proporcionará una respuesta positiva.

2-Facilitar el aprendizaje (5520) para fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

Las intervenciones para conseguir la ganancia de peso son:

1-Ayuda para ganar peso (1240).

En primer lugar se consideran los gustos alimentarios del niño.

Se enseña a la madre cómo aumentar el consumo diario de calorías proporcionando una serie de alimentos acordes a las preferencias del niño.

Se enseña al niño y a la madre a planificar las comidas. Para ello se propone un menú semanal.

2-Manejo de los trastornos de la alimentación (1030).

“Se pacta” con el niño la conducta que debe seguir para asegurar la ganancia de peso.

Se harán revisiones sucesivas para evaluar la consecución del principal objetivo. Para ello se realizará un control periódico del peso e IMC.

Diagnóstico 3: Riesgo de estreñimiento (00015): riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas.

Pertenece al dominio 3 (eliminación e intercambio), clase 2 (función gastrointestinal).

Para este diagnóstico el principal criterio de resultado (NOC) que se establece es: Manejar la eliminación intestinal para evitar así el estreñimiento (0501) atendiendo a los indicadores: control de la eliminación de heces (050113) y de la cantidad de heces en relación con la dieta (050104).

Para este diagnóstico se realizan las siguientes intervenciones:

1-Entrenamiento intestinal (0440).

Se explica al niño la importancia de consumir alimentos ricos en fibra proporcionándole alguno de ellos o invitándole a probarlos.

Se fomenta la ingesta adecuada de líquidos.

Se refuerza la importancia de la actividad física.

2-Manejo de la nutrición (1100).

Se comprueba si existe alguna alergia o intolerancia alimentaria.

Se pregunta al niño por sus preferencias.

Se instruye a la madre para que presente las comidas con alto contenido en fibra de una forma llamativa para que el niño pueda comerlas mejor.

* Se cita para dentro de dos meses.

2ª visita: 21/01/11

Acude a vista concertada para seguimiento. Se realiza de nuevo la valoración del patrón cognitivo perceptual y se inicia la valoración del patrón de reposo-sueño y actividad-ejercicio.

Patrón cognitivo-perceptual

La madre nos trae las notas de la primera rotación (4 insuficientes) y el informe de la tutora. Tras la entrevista y la revisión del informe se confirma TDA sin hiperactividad. Se sigue con la misma metodología.

Reposo-sueño

Suele dormir 7-8 h pero no seguidas ya que es frecuente que se despierte por la noche, sobre todo para ir al servicio.

Se acuesta sobre las 22:00 h pero le cuesta conciliar el sueño pudiendo tardar media hora más o menos en dormirse.

En este patrón no presenta alteración.

Actividad- ejercicio

Juega al fútbol después de las clases dos veces en semana y tiene partido casi todos los fines de semana. Sin embargo, es muy malo jugando al fútbol, llegando a marcar en su propia portería por despiste.

Es independiente para el autocuidado.

No se aprecian alteraciones respiratorias, cardiovasculares o músculo-esqueléticas en el examen físico. Patrón eficaz.

Se solicita Electrocardiograma y medida de la Tensión Arterial para iniciar, si no hay alteración, tratamiento con Metilfenidato (MTF). Se cita en una semana.

3ª visita: 28/01/11

Se realizan técnicas de enfermería que se incluyen dentro del patrón actividad-ejercicio. Se toma la Tensión Arterial (100/56 mmHg) y se realiza Electrocardiograma.

Tras comprobar, junto con el pediatra, el ECG (con resultado normal y ritmo regular. FC: 84) se inicia tratamiento con MTF 40mg/día pautado 20 mg después del desayuno y 20 mg después de la comida, para evitar que la medicación pueda disminuir el apetito.

Se realiza valoración de: patrón autopercepción-autoconcepto y patrón rol relaciones.

Patrón Auto percepción-autoconcepto

Su autoestima es baja, refiere que no se siente capaz de estudiar como sus compañeros y le supone mucho esfuerzo (expresión de inutilidad). El niño es consciente del trastorno que padece pero expresa que no puede hacer nada para controlarlo (evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los conocimientos, verbalización de negación de sí mismo).

Acapara las conversaciones de los adultos buscando en ellos lo que no obtiene de sus iguales.

De esta valoración se deduce el diagnóstico [Baja autoestima situacional](#).

Rol-relaciones

Según su madre el niño se lleva más o menos bien con toda la clase, pero no tiene un grupo de amigos.

Prefiere jugar con niños más pequeños que él ya que puede dominarles y sentirse así mejor que con niños de su edad.

Además del fútbol no tiene preferencias por otro tipo de actividad recreativa, casi todo le aburre.

En este patrón se detecta el diagnóstico de [Riesgo de soledad](#).

Tras la valoración nos centramos en los diagnósticos.

Diagnóstico 1: Baja autoestima situacional (00120): Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a la visión de incapacidad de estudiar como los demás niños.

Pertenece al dominio 6 (auto percepción- autoconcepto), clase 2 (autoestima).

Este diagnóstico se relaciona con los fracasos que ha tenido el niño (suspensos en las notas).

Los criterios de resultado (NOC) establecidos para este diagnóstico son: Resolver la aflicción (1304) y mejorar la autoestima (1205) para los cuales se proponen como indicadores la verbalización por parte del niño de autoaceptación (120501) así como la descripción de éxitos escolares (120516).

Para ello se llevan a cabo las siguientes intervenciones:

1-Apoyo emocional (5270).

Se proporciona apoyo al paciente por medio de la comunicación no verbal y creando un ambiente de confianza.

Una vez que se ha logrado esa confianza, se escucha cómo el niño va contando sus sentimientos.

2-Potenciación de la conciencia en sí mismo (5390).

Se explica al niño que cada ser es único y no todos tenemos las mismas habilidades. Cada uno es como es y no tiene que compararse con los demás.

3-Potenciación de la autoestima (5400).

Se observan y escuchan las frases del paciente de su propia valía ayudándole a cambiar esos pensamientos negativos inútiles.

Junto con el paciente se identifican sus virtudes y se potencian.

Se evitarán riñas por los aspectos negativos. Este apartado se le explica también a la madre para que no lo haga en casa. Así mismo se expresa la importancia de recompensar o alabar el progreso del niño en la consecución de objetivos.

Se enseña a la madre a establecer expectativas claras y a definir límites con su hijo. Esos límites y expectativas no serán muy estrictos y deberán conseguirse progresivamente, no de golpe.

Alguna de esas expectativas podría ser:

- Suspender sólo dos asignaturas en la próxima evaluación. Así sucesivamente hasta que ya no suspenda ninguna. De esta manera si el niño aprueba comprobará que es capaz de estudiar como los demás niños y conseguir unos objetivos.

Diagnóstico 2: Riesgo de soledad (00054): Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás como consecuencia de una deprivación afectiva o un aislamiento social.

Pertenece al dominio 6 (autopercepción), clase 1 (autoconcepto).

Para este diagnóstico se propone como criterio de resultado (NOC): Fomentar habilidades de interacción social (1502) y la participación en actividades de ocio (1604). Y como indicadores: logra relacionarse adecuadamente con los demás (150212) y elige actividades de ocio que le interesan (160412).

Para ello se realizan las siguientes intervenciones (NIC):

1-Potenciación de la socialización (5100).

Se fomentan las relaciones con otros niños que tengan intereses y objetivos comunes.

2-Terapia de entretenimiento (5360).

Se identifican junto con el paciente sus actividades recreativas favoritas. Parece decantarse por el futbol pero también le llaman la atención las clases de teatro que imparte su profesora en el colegio. Se recomienda su puesta en práctica y se le propone acudir a dichas clases ya que además de mejorar la socialización también le beneficiará para mejorar la lectura y potenciar la memoria.

3-Terapia asistida con animales (4320).

Se descarta que exista alguna alergia a los animales.

Se enseña al paciente y a la familia el objeto de la presencia de animales en un ambiente de cuidados.

Se anima al paciente a que alimente y cuide de algún animal estableciendo así unos hábitos. Se decide que ese animal será un hámster ya que su cuidado no supondrá un gran esfuerzo para el paciente y nos sirve de ayuda para ir otorgando al niño ciertas responsabilidades.

4ª visita: 9/02/11

Acude a la consulta del pediatra porque la madre refiere nuevamente falta de apetito y mareos ocasionales. Sin embargo no se aprecia ninguna alteración.

Aún así, el pediatra reduce la dosis de MTF a 30 mg/día. Medio comprimido (10mg) por la mañana y uno entero (20mg) después de comer.

El pediatra le cita con enfermería en dos meses.

5ª visita: 29/04/11

Acude a visita concertada anteriormente.

En el seguimiento del patrón cognitivo-perceptual observamos que ha suspendido 4 asignaturas. Como conclusión se deduce, conjuntamente con el pediatra, que 30 mg/día es poco para su peso por lo que se modifica la pauta volviendo a la anterior (20 mg en desayuno y 20 en comida).

Se hace valoración del patrón afrontamiento-tolerancia al estrés.

Afrontamiento-tolerancia al estrés

Con frecuencia muestra incapacidad para prestar atención a la información. Responde “no sé” a preguntas cuyas respuestas conoce con tal de no tener que pensarla (mala concentración y/o dificultad para la resolución de problemas).

Patrón alterado, diagnóstico **afrontamiento inefectivo**.

Diagnóstico 1: Afrontamiento inefectivo (00069): incapacidad para formular elecciones adecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Pertenece al dominio 9 (afrontamiento-tolerancia al estrés), clase 2 (respuesta de afrontamiento).

Este diagnóstico se relaciona con un inadecuado nivel de percepción de control y una falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.

Como criterio de resultado (NOC) se propone que el niño logre afrontar aquellas situaciones que le resultan difíciles o incómodas (1302) para lo que se establece como indicador la identificación de múltiples estrategias de superación (130211).

En la consulta se llevan a cabo las siguientes intervenciones:

1-Ayuda para el control del enfado o el aburrimiento (4640).

Se establece una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.

Se establecen junto con el paciente diferentes estrategias. En una de ellas el niño realiza una lista de aquellas situaciones que le crean más nerviosismo como son esperar a su madre mientras hace la compra o esperar turno, ya que le aburre mucho. A estas situaciones se le proponen soluciones para que la espera se le haga más amena como inventarse algún juego mientras llega su turno o alguna historia mientras su madre hace la compra y en la que ellos son los protagonistas⁽²⁴⁾.

2-Establecer límites (4380).

Se comunican las consecuencias que puedan tener la mala conducta, o en este caso la falta de atención del paciente en un lenguaje no punitivo.

Un ejemplo sería: “si te enfadas al esperar la fila porque te aburres, puede que mamá no te compre las galletas que te gustan”.

3-Manejo de la conducta (4350).

Debe hacerse saber al niño que creemos en que será capaz de mantener el control para que él también lo crea y sea más fácil modificar su conducta.

Se evitan las fuentes de agitación e interrupciones para mantener su atención.

Se alaban los esfuerzos que el niño realiza para mantener la atención.

Se proporcionan al niño algunos consejos para que se relaje, como son la respiración lenta y profunda o la escucha de música lenta que le ayude a desconectar un poco de la realidad.

4-Terapia familiar (7150).

Se comparte el plan de la terapia con la familia para que ellos puedan hacer lo mismo en casa.

Se explica la importancia de reconocer y recompensar aspectos positivos. Un tipo de refuerzo positivo muy utilizado es la llamada economía de fichas o puntos⁽²⁴⁾. Esta técnica consiste en entregar al niño un punto cada vez que el niño ha cumplido un objetivo que se le ha impuesto anteriormente. Cuando el niño ha conseguido un número determinado de puntos o fichas se le canjean por algún premio, cada vez más importante (un paquete de cromos, jugar 10 minutos a la videoconsola, ir al cine, etc.). Se incide en la importancia de que estos puntos se entregan sólo para reforzar aquellas conductas correctas que requieren un gran esfuerzo para el niño, que deben plantearse como algo temporal y que se eliminarán cuando el niño realice las conductas de forma automática. A la vez que se explica esto se consigue otra intervención (NIC), facilitar la autorresponsabilidad (4480), ya que se identifican las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño y se anima a la madre a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable de éste.

6ª visita: 6/05/11

Se realiza seguimiento del patrón cognitivo perceptual.

La madre le ha comprado un hámster para llevar a cabo la intervención de la terapia con animales. Es el niño el que se encarga de alimentarlo y limpiar la jaula y, aunque alguna vez se le olvida (no muy frecuentemente), lo hace correctamente. Se le ve ilusionado y con la autoestima mejorada.

Se entrega cuestionario SNAP IV (Anexo II) para madre y tutora con el fin de realizar seguimiento sobre el diagnóstico del déficit de atención.

Se realiza también seguimiento del patrón nutricional-metabólico.

Se pesa nuevamente al niño obteniendo los siguientes resultados:

- Peso: 46 Kg.
- Talla: 160.5 cm.
- IMC: 17.857 Kg/m².

Se observa que el objetivo marcado en la valoración anterior de este patrón se va cumpliendo ya que ha aumentado de peso. Se sigue con la misma metodología.

7ª visita: 8/07/11

En el seguimiento del patrón cognitivo-perceptual se evalúan los resultados de SNAP IV y se sospecha de TDAH combinado, sin embargo en la puntuación de la madre encontramos valores no concordantes por lo que deberá ser comprobado en próximas valoraciones. Las puntuaciones obtenidas son:

- Puntuaciones tutora: 2,67 DA; 2,33 hiperact; 2,5 combinado.
- Puntuaciones madre: 1,78 DA; 2,44 hiperact; 2,11 combinado.

El pediatra rebaja la pauta de MTF durante el verano a 15 mg en desayuno, 10 mg en comida y 10 mg en la cena (antes tenía 40mg) puesto que en este trimestre ha tenido un suspenso menos.

Se le recomienda hacer refuerzo en verano realizando una hora diaria de tareas para repasar así lo visto durante el curso y no perder el hábito de estudio.

Se cita nuevamente en tres meses.

8ª visita: 5/10/11

A pesar de haber ganado algo de peso la madre continua insistiendo en que come muy mal por lo que el pediatra cambia la pauta de MTF a 10mg tres veces al día (30 mg/día) y le prescribe Dynamogen®.

9ª visita: 25/11/11

Acude a visita concertada.

Se realiza seguimiento del patrón nutricional metabólico. Se le pesa nuevamente (49,5 Kg) y se le talla (164 cm) obteniendo un IMC de 18,404 Kg/m². Se observa que el patrón es eficaz y no se aprecia ningún posible efecto adverso de la medicación. Se convence a la madre de que el peso del niño es correcto. No sólo no pierde peso sino que ha ido aumentando.

Se realizan técnicas de enfermería dentro del patrón actividad ejercicio (TAS: 106 TAD: 63 y FC: 85)

Se hace también el seguimiento del patrón cognitivo-perceptual. La madre refiere que desde que ha comenzado el instituto vuelve a estar desconcentrado. Esto se debe fundamentalmente a que al comenzar el instituto los horarios han cambiado (desde las 8h hasta las 14.30h) y con ello la pauta de administración de la medicación.

La primera dosis la toma en el desayuno. Su efecto dura hasta las 12h, por lo que de 12h a 14.30h está sin medicación. A mediodía toma una nueva dosis cuyo efecto se mantiene hasta las 19.30h con lo que el resto de tarde está nuevamente sin medicación.

Por esta razón se cambia el tratamiento a MTF de acción prolongada debiendo tomar un comprimido (36 mg) en el desayuno.

Se explica a la madre y al niño cómo administrar la nueva pauta de medicación (considerado anteriormente uno de los objetivos dentro del diagnóstico de conocimientos deficientes perteneciente al dominio 5 de percepción-cognición).

La madre nos comenta que ha utilizado la economía de fichas en alguna ocasión y que ha dado buenos resultados (propuesto con antelación para el diagnóstico de afrontamiento ineficaz).

Puesto que en valoraciones anteriores en los resultados de SNAP IV encontramos valores no concordantes se aporta un nuevo cuestionario: Conners (Anexo III).

La próxima revisión se hará después de las vacaciones de Navidad, trayendo las notas de la primera evaluación. En ella se valorará el efecto de la nueva pauta de medicación y se evaluarán los resultados del cuestionario Conners.

En el momento de terminar este trabajo todavía no se había realizado esta consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aragón Puertas M, Muñoz Borrego D, Márquez Carrasco AM, Macías García J, González Pérez F, Eslava Martín A. Efectividad de un programa de coordinación para padres y profesores en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Nurse Inv [Internet] 2010 Sep- Oct. [consultado 22 de octubre de 2011]; 7(48): [aprox. 14 p]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/TDAH4821720101143.pdf

2. García Vallejo R. mejora de la detección precoz del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población infantil en distrito de Latina en Madrid. REDUCA Serie Trabajos Fin de Master. 2011;3(2):738-771.
3. United States. Department of Health and Human Services. Attention deficit hyperactivity disorder [Internet]. United States: National Institute of Mental Health; 2008 [cited oct 28 2011 [about 24 p.]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/complete-index.shtml>
4. San Sebastián J, Soutullo C, Figueroa A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En: Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz MJ, coordinadores. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Panamericana; 2010. p.55-78.
5. Ochoa Mangado E, Madoz Gúrpide A, Villacieros Durbán I, Llama Sierra P, Sancho Acero JL. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y consumo de sustancias: datos preliminares de seguimiento en una población de sujetos jóvenes. Trastornos Adictivos. 2010;12(2):79-86.
6. García Vallejo R, coordinador. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). Actualización del protocolo de actuación en Atención Primaria. Madrid: El coordinador; 2010.
7. Fernández Jaén A, Fernández Mayoralas D, López Arribas S, García Sabaté E, Borrega Muñiz B, Pardos Végila A, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and its relation to social skills and leadership evaluated with an evaluation system of the behavior of children and adolescents (BASC). Actas Esp Psiquiatr 2011;39(6):339-48.
8. Parrado Soto B, Castellá Lázaro E. Programa de seguimiento en adolescentes con tdah y consumo de sustancias dirigido por enfermeros especialistas en salud mental. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría [Internet]. Interpsiquis; 2008. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4528>
9. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid: ERGON; 2006.
10. Power T, Mautone J, Manz P, Frye L, Blum N. Managing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care: A Systematic Analysis of Roles and Challenges. PEDIATRICS. Jan 2008;121(1):65-72.

11. Polaino Lorente A, Ávila de Encío C. Cómo vivir con un niño hiperactivo. Comportamiento, tratamiento, ayuda familiar y escolar. 6ª ed. Madrid: Narcea; 2008.
12. García Vallejo R, García Sanabria S, García Ramos P. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). Rev ROL Enf 2009;32(9):614-620.
13. Fernández Jaén A, Calleja Pérez B. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar [Internet]. Madrid: Fernández Jaén A; 2002 [consultado 28 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.anshda.org/tdah2004.pdf>.
14. García Vera C. Abordaje del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. Presentación. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 20(Supl):113-4.
15. Lora Espinosa A, Díaz Aguilar MJ. Abordaje del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;20(Supl):115-26.
16. López Villalobos JA, Rodríguez Molinero L, Sacristán Martín AM, Garrido Redondo M, Martínez Rivera MT, Andrés de Llano JM. Validez de los criterios DSM-IV según respuesta en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011;31(110):271-283.
17. Orjales Villar I, Polaino Lorente A. programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. 6ª ed. Madrid: CEPE; 2000.
18. Hanweella R, Senanayake M, De Silva V. Comparative efficacy and acceptability of methylphenidate and atomoxetine in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2011;11:176.
19. Herdman TH, editor. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
20. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochtermann J, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
21. Orjales Villar I. Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH. Madrid: Pirámide; 2009.

22. Orjales Villar I. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. 9ª ed. Madrid: CEPE; 2004.

ANEXO I

**TDAH. MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA SEGÚN EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.
(2006 MADRID)**

SEXO	EDAD	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
	TOTAL	4,23	2,74
AMBOS SEXOS	De 4 a 9 años	4,59	2,72
	De 10 a 15 años	3,90	2,72
	TOTAL	4,50	2,74
VARONES	De 4 a 9 años	4,94	2,71
	De 10 a 15 años	4,13	2,70
	TOTAL	3,95	2,72
MUJERES	De 4 a 9 años	4,25	2,68
	De 10 a 15 años	3,64	2,72

ANEXO II

SNAP-IV (versión abreviada)

Fecha:

Nombre niño:

Fecha nacimiento:

Edad:

Curso:

Nombre Padre:

Nombre Madre:

Profesor:

Por cada apartado evalúe de 0-3 de acuerdo con la intensidad que mejor caracterice al niño. Puntúe todos los apartados. Solamente con un valor (0,1, 2 ó 3).

CRITERIOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

1- 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.	
2- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.	
3- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.	
4- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo.	
5- A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.	
6- A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	
7- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.	
8- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	
9- A menudo es descuidado en las actividades diarias.	

CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

10- A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.	
11- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.	
12- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.	
13- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	
14- A menudo está en marcha o parece que tenga un motor.	
15- A menudo habla excesivamente.	
16- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.	
17- A menudo tiene dificultades para guardar su turno.	
18- A menudo interrumpe o estorba a otros.	

Suma total: _____

Suma de puntuación TDAH-inatención (apartados 1-9): _____

Suma de puntuación TDAH-hiperactividad/impulsividad (apartados 10-18): _____

Puntos de corte Profesores:

Punto de corte al 5% de la inatención $< 2,56$ (Valor SUMA INATENCIÓN/9)

Punto de corte al 5% de la hiperactividad $< 1,78$ (Valor SUMA HIPERACT/IMPULS/9)

Punto de corte al 5% de la suma total (Valor SUMA TOTAL/18) $< 2,00$

ANEXO III

CUESTIONARIO CONNERS PARA PADRES	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
Es impulsivo, irritable.				
Es llorón.				
Es más movido de lo normal.				
Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
No acaba las cosas que empieza.				
Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL				

CUESTIONARIO CONNERS PARA PROFESORES	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
Tiene excesiva inquietud motora.				
Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
Molesta frecuentemente a otros niños.				
Tiene aspecto enfadado, huraño.				
Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
Intranquilo, siempre en movimiento.				
Es impulsivo e irritable.				
No termina las tareas que empieza.				
Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL				

Instrucciones:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

- NADA = 0 PUNTOS.
- POCO = 1 PUNTO.
- BASTANTE = 2 PUNTOS.
- MUCHO = 3 PUNTOS

Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6–11 años: una puntuación >17 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6–11 años: una puntuación >12 significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Recibido: 26 marzo 2011.
Aceptado: 20 agosto 2012.