



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/030.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Intervención educativa del TDAH en niños**

Autores **María Celeste Rico Martín, Ester Verónica Campos Martínez, Juana María Hijano Muñoz**

Centro/institución **Hospital Comarcal de La Axarquía**

Ciudad/país **Vélez-Málaga (Málaga), España**

Dirección e-mail **celestericomartin@gmail.com**

RESUMEN

Introducción: 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.

Objetivos: 1º. Conocer aspectos teóricos generales sobre el TDAH. 2º. Analizar el proceso de detección e intervención del TDAH y cómo afecta en el ámbito familiar. Evaluar los tratamientos de la TDAH.

Metodología: Revisión y búsqueda bibliográfica de artículos científicos utilizando las bases de datos: Scielo (9 artículos consultados, quedándonos con 1) Pubmed (1 artículo consultado y quedándonos con él) y Cochrane plus (3 artículos consultados, quedándonos con 1). Criterios de inclusión: artículos de los últimos 10 años (2006-2016) y de niños con edad infantil (máx. 14 años). Se excluyeron los de edades superiores y fechas anteriores a la indicada.

Resultados: El entrenamiento a padres suele ser efectivo para mejorar los problemas que estos niños manifiestan en el hogar, pero la información de que disponemos es limitada en relación con resultados positivos a otros contextos naturales como la escuela. Entre 40-70% de esos niños seguirá teniendo problemas en la adolescencia y entre 30-65% en la edad adulta. Se estima que en torno al 4-8% de la población mundial puede estar afectada.

Conclusiones: El tratamiento del TDAH exige una intervención multimodal que incluya farmacológico, psicológico y psicopedagógico tratamiento, siendo fundamental el rol de la familia, profesorado y del profesional de enfermería. Debe ser individualizado para cada niño y tipo de TDAH. En todos ellos debe buscarse la colaboración: profesor-familia-terapeuta.

Palabras clave: Trastorno en niños-atención/ TDAH/ Niños hiperactivos/ Salud Escolar.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

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, detectables en edad escolar y preescolar (1).

Se considera uno de los más estudiados dentro del ámbito del comportamiento. Se trata de un cuadro clínico que afecta mayoritariamente a niños en edad ya escolar y en niveles de primaria o infantil.

De manera aproximada alrededor del 50% de los niños remitidos a salud mental (infantil/juvenil) son diagnosticados en algún u otro grado de TDAH (2, 3)

Aunque la máxima incidencia se da entre los 6 y 9 años, el pico de los trastornos hipercinéticos (o Trastornos de déficit de atención con hiperactividad) suele producirse hacia los 3/4 años.

Suele suceder que el diagnóstico no suele efectuarse hasta que el niño comienza la primaria y la situación de aprendizaje formal requiere situaciones de atención y concentración que no se encontraban presentes anteriormente en el niño. Dicho trastorno, es cuando se agudiza por las alteraciones básicas que produce en el ritmo del aprendizaje y que son básicos para el diagnóstico (4).

Objetivos

Primario: Conocer aspectos teóricos generales sobre el TDAH.

Secundario: Analizar el proceso de detección e intervención del TDAH y cómo afecta en el ámbito familiar. Evaluar los tratamientos de la TDAH.

Metodología

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica de artículos científicos utilizando las bases de datos de carácter científico, Scielo, Pubmed y Cochrane Plus. Accediendo dentro de ellas a artículos de revistas y libros de temáticas relacionadas al estudio que se pretende. Además se seleccionaron y revisaron artículos utilizando como descriptores las palabras claves: trastorno en niños-atención, TDAH, niños hiperactivos y salud escolar.

Intentamos marcar una línea temporal acercándonos a lo más actual. Basándonos en criterios puramente reales, concretos y pensando en los últimos tiempos, hemos seleccionado (criterios de inclusión) artículos de los últimos 10 años (desde 2006 al 2016). Scielo (9 artículos consultados, quedándonos con 1), Pubmed (1 artículo consultado y quedándonos con él) y Cochrane Plus (3 artículos consultados, quedándonos con 1). Además, que los sujetos, los niños en su edad infantil, fueran hasta los 14 años, máximo e inclusive. Como criterios de exclusión: se excluyeron los de edades superiores a 14 años y todos aquellos artículos anteriores al 2006.

No se pusieron límites en idiomas para diferentes artículos científicos consultados, sin ser revisiones sistemáticas.

Todos los artículos consultados, basándonos en los criterios incluyentes e excluyentes, son relacionados con la temática que abordamos desde el principio.

Haremos mención del apoyo en la búsqueda que hicimos utilizando diversas páginas webs vinculadas con el tema que tratamos:

- <http://www.tda-h.com>
- <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/facts.html> (CDC: Centro para el control y la prevención de enfermedades)
- <http://www.feadah.org/es> (5)

Por último, seguimos la GPC: Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. (Guías de práctica clínica en el SNS, ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) (6)

Resultados

Los resultados concluyentes en el ámbito familiar demuestran que, el entrenamiento a los padres (además de familiares cercanos como abuelos, tíos, etc...) mejora la situación problemática que se desarrolla en el hogar. La información a nivel educativo que se dispone es limitada y no del todo definitiva en ese aspecto, por lo que nos insta a prender con estos niños en cada momento. (7)

Analizaremos los diferentes tratamientos del T.D.A.H. en niños: (5, 8)

1.- Tratamiento farmacológico

Aunque el empleo de psicofármacos no constituye una práctica generalizada en la clínica infantil, podemos afirmar que en el caso de la hiperactividad es la principal excepción. El fármaco de primera elección lo constituyen un grupo de medicamentos de la familia de los Estimulantes (Metilfenidato).

El empleo de estimulantes en niños con TDAH consigue una mejoría notable a nivel conductual siendo más controvertida su influencia directa en la mejora del rendimiento escolar.

Son muy numerosos los estudios que han verificado la eficacia de estos fármacos en población infantil y, hoy en día, su uso está generalizado como parte del tratamiento. Pese a estos resultados positivos, hay que señalar el inconveniente de la presencia de efectos secundarios contingentes a la toma de la medicación. Entre ellos estaría la disminución del apetito, insomnio, alteraciones del ánimo y ocasionalmente molestias gástricas. Estos efectos suelen desaparecer con la reducción de la dosis.

Recordamos que siempre debe ser el pediatra o médico, quien efectúe la prescripción del medicamento y su control. Este tipo de medicación no puede ser incorporada y retirada de manera personal, por lo que debe ser el profesional médico quien asesore dicho tratamiento.

Hoy en día, podemos afirmar que los mejores resultados terapéuticos se han conseguido cuando se ha combinado el uso de medicación con la intervención psicológica a nivel conductual. La eficacia de esta combinación se ha demostrado superior a un tratamiento basado sólo en el fármaco o sólo en técnicas psicológicas.

2.- Tratamiento Psicológico. (9)

A día de hoy, la intervención psicológica en la hiperactividad supone la puesta en marcha de diferentes estrategias y técnicas.

Algunas de ellas son específicas para el niño y otras están destinadas a entrenar y formar a padres y educadores tanto en el ámbito escolar como en el familiar. La

implicación de padres y educadores es fundamental para conseguir soluciones generalizadas y mantenidas.

Las técnicas de elección han sido clásicamente las técnicas de modificación de conducta (refuerzo positivo y negativo, etc...)

Varias son las técnicas provenientes de la psicología cognitiva como la solución de problemas. Respecto a los padres se han creado diferentes modelos del llamado "Entrenamiento de padres", en los que se les enseña a manejar todo este repertorio de estrategias conductuales con sus hijos.

El uso de la relajación mediante juegos apropiados es buen sistema para intentar controlar la impulsividad.

La denominada "técnica de la tortuga" es muy utilizada en niños. Se aplica individualmente o en grupo y se intenta que el niño se identifique con el personaje (la tortuguita), la cual tiene numerosos problemas en el colegio por su impulsividad. Otro personaje, la tortuga sabia, le va dar la solución a su problema, que consiste en meterse en su caparazón cuando algo le da rabia y buscar allí la mejor solución. La puesta en escena de esta representación pretende enseñar al niño a contener la impulsividad (autocontrol). Para ello la tensión generada cuando se presente una situación conflictiva se escenifica pegando los brazos al cuerpo, apretando la barbilla al pecho y "encerrándose en su caparazón" permaneciendo así hasta contar 10. Una vez dominada por el niño esta técnica, se busca la generalización y consolidación de las mismas en el ambiente natural.

Otra técnica utilizada es la "Correspondencia Decir-Hacer-Decir". Este procedimiento supone establecer una relación entre lo que los niños dicen que harán y lo que realmente hacen. Así un niño que afirmaba, cuando se le preguntaba, "que iba a hacer todo el trabajo", era reforzado cuando lo hacía. Pueden establecerse otros ejemplos con diferentes niveles instruccionales.

El sistema funciona de forma más óptima y, se consigue la mayor obediencia, cuando las instrucciones incluyen el momento en el que se va a realizar la acción y la consecuencia (reforzador) que se pueda derivar de su seguimiento. Igualmente, se consigue mejores resultados si la tarea que deben efectuar puede ser elegida por ellos, a pesar de que sea dentro de un grupo limitado y de baja preferencia. En general podemos afirmar que atender principalmente a los comportamientos que el niño ha de aprender tanto en el ámbito académico, como en el de la interacción progresivamente sean los reforzadores naturales los que tomen el mando de las conductas deseadas. Por reforzadores naturales entendemos aquellos que se producen en el ambiente natural del niño. Por ejemplo, un niño que empieza a modificar su conducta impulsiva para obtener ciertos premios (los reforzadores artificiales), es probable que también consiga el que sus compañeros lo acepten mejor en los juegos y este hecho se convierta también en un premio deseable para el niño (reforzador natural) y, por tanto, ayude a mantener dicha conducta.

3. Tratamiento / actuación del profesional de enfermería. (10)

Importantísima es la actuación de la enfermera de pediatría de atención primaria, la cual puede y debe desarrollar un papel fundamental en la detección precoz de niños con TDAH.

Estas enfermeras atienden a toda la población infantil desde los 0 a los 14 años. Ven a los niños en todas las visitas concertadas del programa de Atención al Niño Sano (ANS) y por supuesto, en todas las consultas a demanda que los padres soliciten, así como en las derivaciones que les haga el pediatra. (11)

Después de los 2 años, las siguientes revisiones programadas se realizan a los 4, 6, 8, 11 y 14 años. En cada una de ellas, hacen una valoración integral del individuo, atendiendo a sus diferentes respuestas humanas y en cualquier momento puede detectar alguna/s alteración/es en la población infantil.

Las revisiones clave para el diagnóstico precoz del TDAH son las de los 6 y 8 años. No obstante, a los 4 años puede haber casos de sospecha evidente, aunque no se pueda hacer todavía un diagnóstico definitivo. A los 11 y 14 años, también se debe tener especial atención, por si se hubieran pasado algunos posibles casos, siendo a cualquier edad mayor el número de niños frente a niñas hiperactivos (gráfica 1).



Gráfica 1. Niños hiperactivos. Relación entre niños y niñas con hiperactividad

Entre 40-70% de esos niños seguirá teniendo problemas en la adolescencia y entre 30-65% en la edad adulta. Se estima que en torno al 4-8% de la población mundial puede estar afectada.

Conclusiones

El tratamiento del TDAH exige una intervención multimodal que incluya tratamiento farmacológico, psicológico y psicopedagógico, siendo fundamental el rol de la familia, profesorado y del profesional de enfermería. Debe ser individualizado para cada niño y tipo de TDAH. En todos ellos debe buscarse la colaboración: profesor-familia-terapeuta. (12, 13)

Mostraremos a modo de resumen, algunas recomendaciones y conclusiones:

- El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad es la enfermedad neuropsiquiátrica más prevalente en pediatría, interfiere el desarrollo normal del niño en los aspectos médicos, psicológicos y psiquiátricos, y su repercusión trasciende la infancia para estar presente en la adolescencia y en la vida adulta.
- El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, investigando los síntomas clínicos específicos y, fundamentalmente, con evidencias directas en el entorno familiar y escolar.
- La evidencia científica indica que el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, en el que los factores genéticos pueden jugar un papel importante modulando la expresión de dicho trastorno.
- El abordaje diagnóstico y el tratamiento y control de los pacientes con TDAH debe ser siempre multidisciplinar. La colaboración y coordinación entre el pediatra de atención

primaria, enfermería pediátrica, pediatras, equipos de psicología y psiquiatría infantil, y los grupos psicopedagógicos de orientación escolar son fundamentales para lograr un tratamiento eficaz de todos los pacientes.

- La entrevista clínica debe indagar sobre la edad de inicio, duración y contexto en el que aparecen los síntomas así como su evolución y repercusión en el funcionamiento del paciente.
- Es necesaria una exploración física completa (peso, talla, TA, FC) así como neurológica buscando inmadurez en las funciones motoras fina y gruesa.
- No están indicadas la realización de análisis y estudios que no tengan una sospecha clínica razonable para el diagnóstico diferencial.
- La comorbilidad es la norma y no la excepción en el TDAH. Con frecuencia se asocia a trastornos de aprendizaje.
- Las preguntas de la entrevista diagnóstica deben adaptarse a la edad, pues los preescolares y adolescentes presentan peculiaridades específicas.
- No hay tratamiento curativo, por lo que el objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas, y facilitar estrategias para su control.
- El abordaje terapéutico incluye tratamiento farmacológico (metilfenidato y/o atomoxetina) y no farmacológico o psicoeducativo, complementarios.
- El metilfenidato es el tratamiento con mejor relación coste-efectividad.
- La elección del fármaco se basará en las características del paciente, edad, comorbilidad, adherencia al tratamiento, potencial uso inadecuado, preferencias del paciente y/o cuidador, así como en las características del fármaco.
- Todos los pacientes en tratamiento farmacológico requieren controles periódicos con seguimiento y monitorización, así como evaluación del desarrollo.
- En la mayoría de los pacientes la medicación debe darse diariamente y durante largo tiempo. En caso necesario se continuará hasta la vida adulta.
- Dentro del tratamiento psicoeducativo es fundamental la orientación a la familia, estimular conductas de atención para tareas escolares en el entorno doméstico, intervención escolar así como intervención personalizada con cada paciente.
- Aunque tutelada por el pediatra de atención primaria, la estrecha colaboración con la enfermería pediátrica y los equipos de apoyo psicopedagógico es el pilar básico para el abordaje y tratamiento del paciente con TDAH.
- Siempre es más efectivo el tratamiento no farmacológico que la opción de no tratar.

Bibliografía

1. Reátegui Villegas, Diego Artemio; Vargas Murgas, Horacio. Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención por hiperactividad. Rev. Med. Hered. Vol. 19 n. 3. Jul/Sept. 2008.
2. Alberto Espina y Asunción Ortego. Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad.
3. Dr. César Soutullo Esperón. El TDAH desde la infancia a la adolescencia. 2007.
4. Dr. Fernando Mulas. "Signos precoces básicos del diagnóstico y neurobiología del TDAH preschoolar".
5. Fundación CADAH: www.fundacioncadah.org/web/categoria/TDAHtratamiento.html.
6. Guía de Práctica Clínica en el SNS Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. "Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y adolescentes. gpc_TDAH_hiperactividad_aiaqs2010_compl.pdf.

7. Bonet Camañes, T.; Soriano García, Y. y Solano Méndez, C. Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo, Barcelona. 2006.
8. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. Proc Natl Acad Sci. 2007;104(49):19649-54.
9. Mas Pérez, Carlos. El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. Clinica y Salud . 2009, Vol. 20 Issue 3, p249-259. 11p.
10. García Vallejo R. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). Relación entre enfermería, padres y escuela. Rev Rol Enf. 2009;32(9):614-20.
11. Zotes A, Marcos MC, Suárez-Varela I, Carretero J, Rubia G, Quintero FJ. La enfermera de salud mental en el proceso de atención al TDAH infantil. XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. 30 años de experiencia para mirar al futuro. Madrid. 2013.
12. Piedrahita S., L.E., Henao Cardona, A. y Burgos, P.A. Educational intervention to promote knowledge about attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD) with parents of an educational institution. Enferm. glob. vol.10 no.23 JUL. 2011.
13. STILL. Guía Práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH. Palma de Mallorca. (Asociación STILL-TDAH. www.stillTDAH.com). 2007.