



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA EN NIÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PSIQUIATRIA DEL IMSS "HECTOR H. TOVAR ACOSTA", EN
MÉXICO, DF.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

VICTOR GERMAN GALICIA GAMA

CON LA ASESORIA DE LA

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE DEL 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro Almario, asesora de esta Tesina enseñanzas recibidas de Metodología de la Investigación y corrección de estilo que hicieron posible la culminación exitosa de este trabajo.

A la escuela Nacional De Enfermería y Obstetricia por todas las enseñanzas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos, de sus excelentes maestros.

Al Hospital Regional de Psiquiatría sede de la especialidad por haberme brindado la oportunidad de realizar los cuidados de enfermería con calidad profesional.

DEDICATORIAS

A mis padres: Beatriz Gama Olivares y German Galicia Morales por habar con amor, llevarme por los principios básicos de la superación personal y profesional con amor, con lo que ha sido posible guiar mi camino.

A mi hermano Jonathan Galicia Gama por su apoyo incondicional en mi trayectoria profesional y en el cumplimiento de esta meta, como Lic. en Enfermería y Obstetricia.

A mis abuelos: Víctor Gama Bermúdez, Mercedes Gama Olivares, Ma. Elena Morales y a German Galicia por su enorme entrega y su amor incondicional para que yo creciera con valores que día a día me forjaron para desarrollarme plenamente y ser una persona de Bien.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESINA</u>	
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	6
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.....	7
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 General.....	8
1.5.2 Específicos.....	9
2. <u>MARCO TEÓRICO.</u>	
2.1 DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....	10
2.1.1 Conceptos básicos.	10
– De Déficit de Atención.....	10
– De Hiperactividad.....	11

2.1.2 Antecedentes del Déficit de Atención e Hiperactividad.	12
- León Eisenberg.....	12
- George Still.	
2.1.3 Epidemiología del Déficit de Atención e Hiperactividad.....	15
- En el mundo	15
- En Estados Unidos de América	16
- En México	17
2.1.4 Etiología del Déficit de Atención e Hiperactividad.....	18
-Por factores genéticos.....	18
-Por factores neuroanatómicos.....	19
-Por factores ambientales.	20

2.1.5 Sintomatología del Déficit de Atención e Hiperactividad.	21
- Hiperactividad.....	21
- Inatención.....	22
- Impulsividad.....	23
- Irritabilidad.	24
- Insomnio.....	24
2.1.6 Clasificación del Déficit de Atención e Hiperactividad.	26
- TDA con Hiperactividad.	26
- TDA sin Hiperactividad.....	27
2.1.7 Diagnóstico del Déficit de Atención e Hiperactividad.....	28
- Médico.....	28
•Valoración	28
•Anamnesis.....	29
•Historia Clínica.....	30
- De Gabinete.	
•Electroencefalograma.....	31
- De Laboratorio.....	32

2.1.8 Tratamiento del Déficit de Atención e Hiperactividad.

- Médico.....	33
• Evaluación médica.....	34
- Farmacológico.....	34
• Ansiolítico.....	34
a) Metilfenidato.....	34
b) Atomoxetina.....	35
• Antidepresivos.....	36
a) Imipramina.....	36

2.1.9 Complicaciones.

- Rechazo de la sociedad.....	37
- Baja productividad escolar.....	37

3. INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD..

3.1	En la Atención.	40
	- Curar las heridas provocadas durante actividades.....	40
	- Alimentar al paciente si este no quiere	
	- Comer.....	41
	- Ayudar al paciente a que se	
	- comunique con personas	
	- en su entorno.....	42
	- Administrar	
	medicamentos.....	42
	- Fomentar el sueño	
	las horas que requiera.....	43
3.2	En la Rehabilitación.....	44
	-Fomentar el desarrollo del niño.....	44
	-Asesoramiento del niño en juegos.....	45
	-Realizar tareas sencillas.....	45

4. METODOLOGIA

4.1	VARIABLES E INDICADORES.....	47
4.1.1	Dependiente: Intervenciones del Licenciado en Enfermería en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad.	
	- Indicadores de la variable.	
	• En la Atención.	47
	• En la rehabilitación.....	47
4.1.2	Definición operacional: Déficit de Atención e Hiperactividad.	48
4.1.3	Modelo de relación de influencia de la variable...	53
4.2.	TIPO Y DISEÑO DE TESINA.	54
4.2.1	Tipo.	54
4.2.2	Diseño.	55
4.3.	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	56
4.3.1	Fichas de trabajo.	56
4.3.2	Observaciones.	56

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 57

 5.1 CONCLUSIONES..... 57

 5.2 RECOMENDACIONES. 60

6. <u>ANEXOS Y APENDICES</u>	63
7. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	68
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	82

INDICE DE ANEXO Y APENDICES

ANEXO NO.1: FACHADA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL IMSS.....	59
ANEXO NO.2: LEON EISEMBERG.....	60
ANEXO NO.3: FOTO DE GEORGE STILL.....	61
ANEXO NO.4: IMAGEN DE ELECTROENCEFALOGRAMA.....	62

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene por objeto analizar las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en pacientes con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad, (TDA), en el Hospital Regional de Psiquiatría, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Para realizar esta investigación documental, se ha desarrollado la misma en ocho importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la Tesina, que incluyen los siguientes apartados: Descripción de la situación-problema, identificación del problema, justificación de la Tesina, ubicación del tema de estudio y objetivo: general y específicos.

En el segundo y tercer capítulos se ubican el Marco teórico de la variable, Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad y las Intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad, a partir del estudio y del análisis de la información necesaria que apoyan el problema y los objetivos de esta investigación documental.

En el cuarto capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable Intervenciones de Licenciado en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad, así como también los indicadores de esta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de relación de influencia de la variable. Forma parte de este capítulo, el tipo y diseño de la Tesina, así como también las Técnicas e instrumentos de investigación utilizados, entre los que están: las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza ésta Tesina con las Conclusiones y recomendaciones, los anexos y los apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos: quinto, sexto, séptimo y octavo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta Tesina se puede contar de manera clara con las Intervenciones del Licenciado en enfermería y Obstetricia para proporcionar los cuidados necesarios a los pacientes con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad, en calidad profesional.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.

Según Ríos G.¹ en un inicio, para el cuidado de los pacientes de Neurología y Psiquiatría el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se contaba sólo con una sala en el antiguo Hospital de Psiquiatría conocido como la “ Castañeda “, en Mixcoac, que era prácticamente el único de ese tipo que funcionaba en el D.F. Allí, los enfermos institucionales eran atendidos por el mismo personal encargado del resto de los internos. (Anexo No.1: Foto del Hospital Psiquiátrico).

Posteriormente y dadas las características de los pacientes, se abrió el servicio de Neuropsiquiatría con recursos propios del IMSS, ubicado en las calles de Naranjo 110; y después uno de interconsulta de Psicología y Psiquiatría en el Hospital La Raza, el cual inicio labores

1. Guadalupe Ríos. *Historia del Hospital “La Castañeda”*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2003: 2-4. Disponible en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/lacastañedarios.htm>. Consultado el día 2 de Marzo del 2015.

en abril de 1957, de los cuales, derivaron los actuales de enlace de Psiquiatría.

Posteriormente, con la creación del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS se originó también el servicio de Psiquiatría con internamiento en el Hospital General del mismo Centro, cuya capacidad era de 45 camas, con mayor espacio y con áreas verdes para una mejor atención médica y psiquiátrica de los enfermos, haciendo énfasis en la rehabilitación psicosocial con el concurso de la familia y la comunidad.

Bajo esta modalidad funcionó hasta 1980, fecha en que se consideró conveniente que el personal de salud mental se reincorporara a los Hospitales Generales de Zona (HGZ); aunque también se planeó construir un Hospital de Psiquiatría del IMSS, del cual se puso la primera piedra y se inició la estructura arquitectónica junto al Complejo Hospitalario de la zona sur, pero la edificación no reunió las características ideales por ser de estructura vertical, riesgosa, con insuficientes áreas verdes y pocos espacios abiertos para las actividades recreativas y ocupacionales de los pacientes.²

2. Id.

Tomando en cuenta lo anterior, el 1º de noviembre de 1982, el Hospital reinició sus labores después de haber sido remodelado, para adecuar estructura a las nuevas necesidades. Ese mismo día recibió en grupo a los primeros pacientes psiquiátricos que estuvieron atendidos previamente en el hospital del Carmen, el que también atendía enfermos de Ferrocarriles Nacionales de México.³

Hoy por hoy el nosocomio cuenta con dos áreas de hospitalización: la primera para hombres con 60 camas censables y otra para mujeres con 40 camas, con un amplio salón de usos múltiples; dos salas más de usos múltiples y áreas para la visita de familiares y amigos de los enfermos. Además, cuenta con admisión continua con tres camas no censables para consulta externa, administrativa y de gobierno de la unidad, auditorio taller y casa de máquinas y también con un área de Dietología. Esto lo hace que sea un hospital independiente, a diferencia de otros servicios de Psiquiatría que están anexos a Unidades de Medicina Familiar o funcionan dentro de un hospital general o Centro médico, con el apoyo administrativo de las mismas Unidades.⁴

Así, el Hospital Regional de Psiquiatría San Fernando ha tenido una muy amplia y connotada actividad médica asistencial, docente y de

3. Id.

4. Id.

investigación en el área de salud mental y de Psiquiatría, como serían la atención a derechohabientes, orientación a familiares y a todo tipo de usuarios. También ha sido sede del curso de Especialización en Psiquiatría, donde ha recibido capacitación personal de salud: médicos familiar y especialistas de otras áreas (Medicina Interna y Neurología, y pasantes de las carreras de Psicología, Trabajo Social y Enfermería, Además, el Hospital Regional de Psiquiatría es sede de prácticas clínicas de estudiantes de Medicina de las Universidades: Nacional Autónoma de México, la Salle, Anáhuac y otras). Brindando la capacitación y adiestramiento en Salud mental y al personal multidisciplinario de salud.⁵

Entonces, para brindar los servicios de Psiquiatría y Salud mental, el Hospital Regional de Psiquiatría San Fernando, cuenta con servicios médicos y paramédicos entre los que están diferentes especialistas del área médica y de Enfermería. Cabe destacar que en el caso de las enfermeras, se cuenta con 200 personas de las cuales hay 14 especialistas y 20 Licenciados en Enfermería, lo que representa un elevado 21.42% para la atención de pacientes de Salud Mental y Psiquiátrica.

5. Id.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La pregunta de esta investigación documental es la siguiente:

¿Cuáles son las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Trastorno de Déficit de Atención en el Hospital Regional de Psiquiatría “Héctor Tovar Acosta “del IMSS, en México, D.F.?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente Investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar se justifica porque el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una patología de salud mental en el cual aún a la fecha se desconoce los motivos que la originan, las causas posibles y los factores de riesgo. Dado el desconocimiento del trastorno TDAH, y también estas apreciaciones a los tratamientos farmacológicos, las terapias conductuales van dirigidas a crear un esquema, un panorama de estructuras fijas basadas en un criterio de horarios y normas. De igual forma, es importante tener presente que existen muchas personas que desconocen del trastorno y todavía aún más porque algunos individuos no saben que lo padecen.

Es por ello que ésta investigación documental permite conocer más del trastorno de TDAH para preparar al personal de Enfermería, ya sean, Licenciados o Especialistas en salud mental y Psiquiatría, a brindar mejores cuidados a los pacientes con estructura de horarios y tareas, en la escuela, en la familia y en la sociedad.

Es por ello que ésta investigación documental permite conocer más del trastorno de TDAH para preparar al personal de Enfermería, ya sean, Licenciados o Especialistas en Salud Mental y Psiquiatría, a brindar mejores cuidados a los pacientes con estructura de horarios y tareas, en la escuela, en la familia y en la sociedad.

1.4 UBICACIÓN DE TEMA DE LA TESINA.

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en Psiquiatría Infantil y Enfermería.

Se encuentra ubicado en Psiquiatría, ya que todos los trastornos mentales son tratados en la Especialidad Médica de Psiquiatría, específicamente en el caso de los niños, en Psiquiatría Infantil porque se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de los desórdenes del pensamiento, las emociones y/o el comportamiento que afecta a los niños, adolescentes y sus familias. Entonces, un Psiquiatra de niños y adolescentes les ofrece a las familias las ventajas de haber adquirido una educación médica, las tradiciones médicas de la ética profesional y la responsabilidad médica de proveer un cuidado comprensivo y de calidad.

Se ubica en Enfermería porque los pacientes con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad necesitan estar acompañados del personal de enfermería que con sus intervenciones eviten un mal pronóstico y la pronta recuperación del paciente. Por ello, la participación del Licenciado en Enfermería es vital, tanto en el aspecto curativo como el de rehabilitación, en pacientes con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. (TDAH) en el Hospital Regional de Psiquiatría “Héctor Tovar Acosta” en México, D.F.

1.5.2 Específicos

-Identificar las principales funciones y actividades del Licenciado en Enfermería y Obstetricia el cuidado preventivo, curativo y de rehabilitación, en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

-Proponer las diversas actividades que el Licenciado en enfermería y Obstetricia debe llevar a cabo en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

2.1.1 Conceptos básicos.

- De Déficit de atención.

Para Espina A. y Ortega A.⁶ el Déficit de atención es un trastorno del desarrollo de las funciones ejecutivas y del autocontrol debido a deficiencias en el intervalo de atención y el control de impulsos, acompañado o no de hiperactividad. Según Saucedo J.⁷, el Déficit de atención es el síndrome neuroconductual más común en la niñez y puede continuar a través de la adolescencia y la edad adulta.

6. Alberto Espina y Asunción Ortega. *Guía de práctica para los Trastornos de Déficit de Atención con /sin hiperactividad*. Jassen Cilag México, 2011: 5. Disponible en <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/Guia%20TDAH.pdf>.

Consultado el día 27 de marzo de 2015

7. Juan Manuel Saucedo García, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad: un Problema social. Facultad de Medicina de la UNAM México, 2014; 57 (5): 14. Disponible en: http://www.sepeap.org/wp-content/upload/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf Consultado el día 28 de marzo de 2015

Finalmente, para Urzúa A. y Cols.⁸ el Déficit de atención es un trastorno conductual que surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos, dos contextos.

- De Hiperactividad.

Para Pascual I.⁹ la hiperactividad es aquella conducta que despliega un individuo y que se caracteriza por el exceso de actividad que él mismo manifiesta. Aunque por supuesto, la hiperactividad puede darse en cualquier persona, generalmente, suele utilizarse para describir una conducta muy propia en los niños. De igual forma, Ruíz M.¹⁰, define la hiperactividad como la actividad motora exagerada que parece conducir a un fin, sin que éste al alcance. Los pacientes tienen dificultad para mantenerse quietos y cambian frecuentemente de posición, brincan, trepan o mueven persistentemente las manos y pies.

8. Alfonso Urzúa y Cols. *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con niños escolarizados*. Chilena de Pediatría. Santiago de Chile, 2009; 50 (4): 332. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_tdah.pdf. Consultado el día 31 de Marzo del 2015.

9. Ignacio Pascual. *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Neuropediatría. Madrid, 2008; 16 (3): 140- 150

10. Matilde Ruiz García. *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Hospital Infantil de México. México, 2005; 62 (2): 145-162. Disponible en:

http://www.academiamexicanadepediatria.com.mx/publicaciones/academicos_opinan/pdf/deficit_de_atencion_hiperactividad.pdf. Consultado el día 28 de Marzo del 2015.

Así, para Díez A. y Cols.¹¹, la hiperactividad es un desorden del desarrollo de la conducta caracterizado por una actividad motora disruptiva que impide que el individuo establezca adecuadamente sus lazos sociales y se comunique con normalidad, entendiendo la comunicación como una habilidad imprescindible para la socialización y el aprendizaje, ejes del desarrollo global del niño.

2.1.2 Antecedentes del Déficit de Atención e Hiperactividad.

– George Still.

Para Vásquez J. y Cols.¹², hasta los años 50, el TDAH era concebido como el resultado de un daño cerebral, aunque después de observar que los niños que sobrevivieron a la epidemia de Encefalitis letárgica de los años 1917 y 1918 o que sufrían una lesión cerebral, presentaban un cuadro clínico de alteraciones conductuales y cognitivas similar al descrito por George Still años atrás con: problemas de memoria, atencionales, impulsividad y dificultad para

11. Manuel Díez y Cols. *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento alternativo*. Pediatría Atención Primaria. Madrid, 2012; 8 (4): 135- 155. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-596-pdf/621.pdf>. Consultado el día 26 de Marzo del 2015.

12. Josué Vázquez y Cols. *Guía Clínica para el trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. Instituto Juan Ramón de la Fuente. México, 2010: 5. Disponible en: <http://www.seypna.com/documentos/guia-tdah-isbn.pdf>. Consultado el día 31 de Marzo del 2015.

regular el comportamiento, esta sintomatología pasó a denominarse “Daño cerebral”.

De hecho, para Sanz D.¹³, en 1902 George Still describió a niños «problemáticos» en los que aparecían conductas impulsivas y agresivas asociadas a la falta de atención, atribuyendo dichas conductas a *defectos del control moral*. (Anexo No.3:Foto de George Still).

– León Eisenberg.

Para Téllez C. y Cols.¹⁴, León Eisenberg describió las causas -excepto algunas variantes genéticas que contribuyen al riesgo a tener TDAH- y que aunque no se conocen los procesos y mecanismos neurobiológicos éstos no están del todo claros ya que el curso de la enfermedad es muy variable y depende de muchos factores que escapan a la biología como: influencias ambientales, familiares y psicológicas. Así, el pronóstico es incierto y el tratamiento farmacológico no revierte alguna anomalía o alteración biológica,

13. Dante Sanz. *Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad*. Universidad de Navarra, Unidad de Psiquiatría Infantil. Madrid, 2009: 72. Disponible en:

http://www.institutotomas Pascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Libro_TDAH.pdf . Consultado el día 31 de Marzo del 2015.

14. Carolina, Téllez y Cols *Cronología conceptual del trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad*. Especialidades Médico Quirúrgicas. México, 2011; 16 (1): 31- 44. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf> Consultado el día 31 de Marzo del 2015.

sino que más bien mejora el rendimiento cognitivo de personas con o sin TDAH, por lo que no es específico. (Anexo No.2: Foto de León Eisenberg).

Según Perote A.¹⁵ Eisenberg y sus colaboradores consiguieron que la gente creyera que el TDAH tiene causas genéticas, que es una enfermedad con la que se nace. Él mismo dijo, junto con las palabras en que decía que era una enfermedad inventada, que la idea de que un niño tenga TDAH (cuando un niño sea muy movido y sea un alumno problemático) desde el nacimiento estaba sobrevalorada.

2.2.3 Epidemiología del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

– En el mundo.

Según Carrizoza J.¹⁶ los estudios de prevalencia en distintas partes del mundo fluctúan entre el 1,7 y 17,8% de los niños escolarizados. La gran variación se explica por las diferentes metodologías usadas.

15. Armando Perote. *Trastorno de Déficit de Atención*. Reflejo del Sur. México, 2015; 23 (4): 19- 27. Disponible en: www.imss.gob.mx. Consultado el día 30 de Marzo del 2015.

16. Jaime Carriozosa Moog, *Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad*. Precop SCP. Madrid. 2008; 10 (1): 44-56. Disponible en: UNAM. México, 2014; 57 (5): 14- 19. Disponible en: http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf Consultado el día 28 de Marzo del 2015.

Algunos fueron realizados en población general y otros, en escolarizados. Sin embargo, para Saucedo J.¹⁷ actualmente se considera que la prevalencia mundial del TDAH es de alrededor de 5.3%, con niveles más altos en el mundo desarrollado. Entonces, según García R.¹⁸, que del 5-10% de niños en edad escolar padecen TDAH lo que supone un niño por cada 25 alumnos en un aula. De hecho, 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.

- En Estados Unidos de América.

Para Carretero J. y Cols.¹⁹ la prevalencia del TDAH entre los niños en edad escolar (entre los 3 y los 17 años) es de aproximadamente el 9

17. Juan Manuel, Saucedo. *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad: un Problema Social*. Facultad de Medicina de la UNAM. México, 2014; 57 (5): 14- 19. Disponible en: http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf Consultado el día 28 de Marzo del 2015.

18. Rutilio, García. *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, diagnóstico y Tratamiento*. Ed. Moderno. 5ª ed. Cuba, 2005: 34- 102.

19. Román Carretero J. y Cols. *Programa de educación para la salud dirigido a padres con hijos con TDHA*. Comunidad de Madrid. 2011; 14 (2): 31. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/c10c4b49-7427-42ea-b04d-3fd7d788e550/5831396e-37f8-4c2e-bce4-b65d82dfa30b/5831396e-37f8-4c2e-bce4-b65d82dfa30b.pdf>. Consultado el día 24 de Marzo del 2015.

por ciento (hasta unos cinco millones de niños). Así, el TDAH es más común en niños varones que en niñas y más común entre aquellos de razas blanca y negra no hispanos, que entre aquellos de origen hispano.

Según Domingo M.²⁰, destacan notablemente los datos de Estados Unidos, con un 11% de los niños entre 4 y 17 años (6,4 millones) diagnosticados en algún momento de TDAH y, pese a que sólo un 15% están catalogados como de gravedad severa, hasta un 69% de los que presentan activo el trastorno, reciben medicación psicoestimulante.

- En México

En México, encontraron en tres regiones de Jalisco que 14.6% de la población abierta de seis a ocho años de edad lo padece²¹. A nivel nacional no hay estudios epidemiológicos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, pero sí se considera que en México existen 15,494,206 niños de 6 a 12 años de edad (INEGI, 2009) y si se toma como referencia el valor más bajo (5%) se tendrían, al menos, 774,710 niños en edad escolar afectados por el trastorno. De hecho, existen aproximadamente 42.5 millones de niños y adolescentes (individuos de 0 a 19 años de edad), por lo cual con una visión conservadora 1.5 millones podrían presentar TDAH. También se sabe que 30% de

20. Domingo Sanz. *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, actividades ocupacionales*. TOG. Madrid, 2008; 5 (8): 1. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso1.pdf>. Consultado el día 26 de Marzo del 2015.

21. Carolina Téllez y Cols. Op. cit. p.3

quienes acuden a servicios de Psiquiatría infantil, lo hacen por sufrir de éste síndrome.²²

Finalmente el TDAH afecta 4 a 12% de los escolares, por lo que se calcula que en México existen al menos 1 500 000 niños con TDAH. De hecho, éste trastorno neuropsiquiátrico es más frecuente en niños y también es el primer motivo de consulta en Centros de atención Paidopsiquiátrica.²³

2.2.4 Etiología del Déficit de Atención e Hiperactividad.

- Por factores genéticos.

El TDAH, al igual que muchas enfermedades, resulta de una combinación de factores, el principal de ellos, es la base genética. Estudios recientes muestran que también existen elementos tardíos que pueden desencadenar este trastorno del que generalmente se cree se trata de una enfermedad propia de la niñez. También hay factores genéticos que emergen durante la transición de la niñez a la adolescencia y de ésta a la edad adulta, lo cual sugiere que el TDAH

22. Carolina Téllez y Cols. Op. Cit. p.3

23. Matilde Ruiz. Op. Cit, p.145

es un fenotipo complejo del desarrollo caracterizado por continuidad y cambio de las influencias genéticas a través del ciclo de vida.²⁴

Así, la biología molecular ha jugado un papel muy importante en el estudio de los genes candidatos que están relacionados con la fisiología de las catecolaminas (Dopamina y Noradrenalina), y con la regulación y transmisión de circuitos específicos. Éstos se basan en la observación clínica como actividades estimulantes de la deficiencia conductual y cognoscitiva características del TDAH.²⁵

De hecho, la mayoría de los casos son hereditarios por vía autosómica dominante por parte de ambos progenitores de manera similar. Además de los casos hereditarios, están los de origen adquirido.²⁶

- Por factores neuroanatómicos.

Para Hidalgo I.²⁷, estudios de Castellanos con resonancia magnética han observado en los niños con TDAH un menor tamaño en diferentes áreas cerebrales. Por ejemplo, reducción total del cerebro, cuerpo caloso, núcleo caudado y del cerebelo que va cambiando con el tiempo durante el desarrollo normal. Algunas diferencias se mantienen

24. Juan Manuel Saucedo. Op. Cit. p. 15

25. Matilde Ruiz. Op. Cit. p. 147.

26. Ignacio Pascual. Op. Cit..140.

27. Inés Hidalgo. *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. Unidad de Psiquiatría Infantil. Madrid, 2008; 3. Disponible en: http://www.uv.es/previnfad/sesiones/GpapA10_TDAH.pdf. Consultado el día 26 de Marzo del 2015.

hasta una década, mientras que otras desaparecen. De hecho, las diferencias en el núcleo caudado desaparecen sobre los 18 años.

De igual forma, estudios de imágenes muestran asociaciones del TDAH con el tamaño reducido del cerebro, cambios volumétricos desproporcionados (por ejemplo, en áreas frontales y caudadas), y perfusión reducida de áreas cerebrales durante la realización de funciones inhibitorias. Estos cambios son confiables, aunque pequeños, pero también pueden estar presentes en sujetos normales.²⁸

La Resonancia Magnética (RM) ha demostrado disminución no significativa del volumen de la corteza frontal derecha, de la parte anterior del cuerpo calloso, cerebelo y la cabeza izquierda del núcleo caudado, así como la pérdida de alrededor de 5% del volumen cerebral en niños que padecen TDAH.²⁹

- Por factores ambientales.

Para Solovievay Cols.³⁰, la primera posibilidad que se trató fue la de un ambiente desorganizado y estresado ya que éste podía como posible causa incrementar a grandes rasgos la hiperactividad del niño,

28. Juan Manuel Saucedo. Op. Cit. 18.

29. Matilde Ruiz. Op. Cit.. 149.

30. Yulia Solovieva y Cols. *Vías de corrección alternativa para el Trastorno de Déficit de Atención en la edad preescolar*. CES Psicología. México, 2014; 7 (1): 95.

pero no era la causa de su producción. Esta posibilidad quedó descartada ya que un niño hiperactivo en un determinado ambiente tranquilo y organizado seguía siendo hiperactivo.

Entonces, los factores ambientales tienen la capacidad de amplificar, contener o perpetuar el padecimiento. Los más estudiados son la adversidad social por pobreza, psicopatología en los padres, así como el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, la prematuridad y el daño cerebral perinatal.³¹

2.1.5 Sintomatología del Déficit de Atención e Hiperactividad.

- Hiperactividad.

La hiperactividad abarca las siguientes características: A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento. También a menudo el niño abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, aunque también corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo. En los adolescentes o adultos, puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud aunque a menudo tienen dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente o actividades del

31. Matilde Ruíz. Op. Cit. 150.

ocio. Esto implica que “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor y habla en exceso.³²

Entonces, la hiperactividad se traduce en excesiva actividad motora. Ya que los niños, siempre están en continuo movimiento, corren, saltan por la calle y nunca quieren ir cogidos de la mano. Su excesivo movimiento no persigue ningún objetivo, carece de finalidad y es inapropiado.³³

- Inatención.

La Inatención consiste en no prestar atención suficiente a los detalles lo que hace que incurra en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades, con dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. También a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente, 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).

Además, cuando el niño tiene inatención tiene dificultades para organizar tareas y actividades, ya que lo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos), y extravía objetos necesarios para tareas o actividades. Por ejemplo, juguetes,

32. Carolina Téllez y Cols. Op. Cit.. 34.

33. Alfonzo Urzúa y Cols.Op. Cit. p. 332

ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas, por lo que se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes y es descuidado en las actividades diarias.³⁴

- Impulsividad.

Para Abad L.³⁵, la impulsividad le lleva al niño a actuar de forma inmediata sin pensar en las consecuencias. Por ello, presenta actividad en situaciones inapropiadas, habla de forma excesiva, responde antes de que la otra persona termine, tiene dificultad para esperar su turno y frecuentemente interrumpe y no explora estímulos complejos de una manera ordenada y suele dejar sin acabar tareas ya empezadas.

Así, la impulsividad se caracteriza por precipitarse a respuestas antes de haber sido completadas las preguntas, con dificultades para guardar su turno. Por ejemplo, a menudo no espera en la cola o no guarda su turno en juegos o situaciones de grupo. Además, el niño interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros al entrometerse en conversaciones o juegos y habla en exceso, sin una respuesta apropiada a las limitaciones sociales.³⁶

34. Carolina Téllez. Op. Cit. p. 33.

35. Luis Abad. *Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Neurología. España, Marzo, 2013; 57(1):193-203 Disponible en:

<http://www.neurologia.com/pdf/Web/57S01/bkS01S193.pdf>.

Consultado el día 24 de Marzo del 2015.

36. Inés Hidalgo. Op. Cit. P. 15.

- Irritabilidad.

Para Carretero J.³⁷ la irritabilidad se da por el alto grado de frustración que les produce el no realizar las tareas con la misma rapidez y diligencia de sus compañeros, las continuas quejas de sus profesores, el rechazo de sus compañeros, que en ocasiones les lleva a reaccionar con rabietas o estallidos, mostrándose hacia los demás, como una persona con poca capacidad de autocontrol.

Para Jiménez J.³⁸, por la irritabilidad, el niño sufre en sí mismo la incompreensión de su conducta por parte de los demás, y en consecuencia, aparece una inestabilidad emocional y falta de autoestima importante. Además tiene falta de seguridad en sí mismo, reacciones desmedidas de celos, rabietas, agresividad implícita y explícita y rechazo y resistencia a la adaptación de normas, reglas y rutinas que son las principales características que definen la irritabilidad del paciente.

37. Julián Carretero y Cols. Op. Cit. p. 31

38. José Jiménez. *Actuación de enfermería en el abordaje familiar de los trastornos de conducta en la infancia*. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Madrid, 2004: 1. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/06/enfermeria-y-abordaje-familiar-trastornos-conducta-infancia.pdf>. Consultado el día 27 de Marzo del 2015.

- Insomnio.

Para Piehadrita S.³⁹, el insomnio se determina porque ambos estados activación y sueño suponen los dos extremos de un continuo, ya que la psicopatología del TDAH y la regulación del ciclo vigilia-sueño comparten los mismos mecanismos neurobiológicos, lo que desempeña un papel fundamental no sólo en el control de la atención, sino también en la regulación de la vigilia, el sueño y el estado de ánimo. Por este motivo, no es de extrañar que la prevalencia de alteraciones del sueño en niños con hiperactividad sea mayor que en niños sanos o con otro diagnóstico psiquiátrico.

De igual forma, para Solovieva Y. y Cols.⁴⁰, en los niños con TDAH hay que valorar los factores mantenedores del problema, tales como los malos hábitos de sueño al dormir demasiado fuera de las horas, con cambios frecuentes en la hora de acostarse y levantarse en

39. S. Piedrahita. *Intervención educativa para personas con trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. Enfermería Global. Madrid, 2013; 23 (1): 140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000300009&script=sci_arttext. Consultado el día 28 de Marzo del 2015.

40. Yulia Solovieva y Cols. *Vías de corrección alternativa para el Trastorno de Déficit de Atención en la edad preescolar*. CES Psicología. México, 2014; 7 (1): 95. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5001520.pdf> Consultado el día 30 de Marzo del 2015.

actividades incompatibles con el sueño con consumo de estimulantes y en siestas durante el día, etc.

2.1.6 Clasificación del Déficit de atención e Hiperactividad.

- TDA con Hiperactividad.

Respecto al niño/a con hiperactividad hay que decir que no tienen un comportamiento inusual propio de la infancia por lo que se observan conductas conflictivas y sobre todo, inoportunas. Estos niños tienen dificultad para controlar su conducta en presencia de otros y les resulta más fácil cuando están solos. El déficit de atención y la impulsividad son rasgos comunes en la mayoría de los casos.⁴¹

Según Bogan C.⁴², el paciente se muestra inquieto y habla mucho. Le es difícil permanecer tranquilo por mucho tiempo (p. ej., para comer o para realizar un trabajo). Los niños más pequeños tienden a correr, saltar o trepar constantemente. El individuo se muestra impaciente y tiene problemas de impulsividad. Cuando una persona es impulsiva, puede que interrumpa mucho a los demás, le quite cosas a otra persona o hable en momentos inoportunos. Esto hace que se le

41. Alfonso Urzúa. Op. Cit. p. 333.

42. Clarisse Bogan. *¿Qué es el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad?*. Connecticut Clearinghouse. Washington. 2003; 22 (3): 165. Disponible en: https://www.ctclearinghouse.org/topics/customer-files/QueEsELTrastornoDeDeficitDeAtencionEHiperactividad_TDAH_1_21508.pdf. Consultado el día 22 de Marzo del 2015.

dificulte esperar su turno u oír instrucciones. Una persona impulsiva puede tener más accidentes y lesiones que otras.

Cuando se comparan con otros niños de su misma edad, los niños con el TDAH tienen más problemas con actividades diarias.

Es posible que tengan dificultad para permanecer sentados, para esperar en una fila, o para prestar atención a los detalles. Algunos niños tienen dificultad para recordar las cosas que necesitan para sus actividades diarias. Ciertos niños con TDAH contestan abruptamente antes de terminar de escuchar la pregunta y otros actúan impulsivamente de otras maneras.⁴³

- TDA sin Hiperactividad.

Es frecuente que las personas que se encuentran dentro de este subtipo tengan las siguientes peculiaridades: evitan, les disgusta o se niegan a participar en tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido, se les pierden las cosas que son relevantes para realizar las tareas o actividades, se distraen fácilmente con estímulos externos y son olvidadizos en sus actividades diarias.⁴⁴

Este trastorno de TDA sin hiperactividad representa 15 a 25% y es probablemente la variedad más común en mujeres, frecuentemente es

43 Carolina Téllez. Op. Cit. p. 35.

44. Clarisse Bogan.Op. Cit. p. 1.

subdiagnosticada ya que lo que predomina es la falla escolar en el contexto de un paciente que no presenta problemas del comportamiento, ni hiperactividad.⁴⁵

2.1.7 Diagnóstico del Déficit de Atención e Hiperactividad.

- Médico.
 - Valoración.

Es necesario el apoyo del psicólogo para realizar una valoración oportuna. En este caso debe, ser integral e individual en cada paciente, ya que las principales entidades asociadas son los trastornos específicos del aprendizaje, el trastorno de conducta y de ansiedad así como los trastornos de bipolaridad para descartar cualquier otro trastorno que influya en el diagnóstico del TDAH.⁴⁶

Entonces el diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico y debe basarse en una completa historia clínica, que debe recoger la información del mayor número posible de fuentes fiables: el propio niño, los padres, otros familiares, profesores y, en general, cuantas personas tengan un estrecho contacto con el niño.⁴⁷

45. Matilde Ruíz. Op. Cit. p. 147.

46. Matilde Ruíz. Op. Cit. p.148.

47. Rafael Burgos y Cols. Op. Cit. p. 21.

Los criterios diagnósticos de la hiperactividad son: mover 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 excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud). Además, hace demasiado ruido sin motivo o tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio y a menudo “está en marcha” o suele actuar como si “tuviera un motor”. Todo lo anterior, exhibe un patrón persistente de actividad motora excesiva que no se modifica sustancialmente por el contexto o exigencias sociales.⁴⁸

- Anamnesis.

En la anamnesis se valoran mediante los síntomas, un interrogatorio, y se da inicio a R.O.P (Relación Odontólogo-Paciente) o R.M.P (Relación Médico-Paciente); debe ser ameno, entretenido, no hay que hostigar al paciente.

De igual forma, la anamnesis es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.⁴⁹

48. Inés Hidalgo. Op. Cit. p. 12.

49. Matilde Ruíz. Op. Cit. p. 147.

La anamnesis consiste en hacer una serie de preguntas al paciente para que recuerde manifestaciones objetivas (signos) o subjetivas (síntomas) que no haya mencionado al contar su proceso actual por que se le olvidó o porque pensaba que no tenía importancia. Sirve para que no se olvide ningún dato. Para ello, es fundamental aprender a seguir siempre una sistemática y un orden a la hora de hacer el interrogatorio, ya que si se hace de forma desordenada se pueden olvidar preguntas o enlentecer la entrevista para tener que acordarse qué no se ha preguntado.⁵⁰

- Historia Clínica.

El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico, es decir, a partir de entrevistar al paciente, sus padres o cuidadores y mediante informaciones de terceros como es el caso de los maestros. De hecho, un requisito para hacer el diagnóstico es que los síntomas estén presentes en más de un contexto y que su duración sea por lo menos de 6 meses.⁵¹

Además de los síntomas propios del TDAH, deben evaluarse otras condiciones que puedan ser relevantes para el diagnóstico y/o el tratamiento. Por ejemplo, problemas médicos o neurológicos, uso de fármacos, trastornos psiquiátricos, problemas familiares y psicosociales, y posibles alteraciones del lenguaje y del aprendizaje.

50. José Jiménez. Op. Cit. p. 7.

51. Juan Saucedo. Op. Cit. p 12.

Existen diferentes clasificaciones que recogen los síntomas del TDAH.⁵²

- De Gabinete.
 - Electroencefalograma.

El electroencefalograma (EEG) no es un estudio que sirva para el diagnóstico del TDAH, ya que no existe ningún estudio a través del cual se pueda realizar el diagnóstico de TDAH. De hecho, el diagnóstico siempre es clínico, es decir, se hace a través de lo que el médico observa en el niño y a través de la información que los padres o la escuela proporcionan. Sin embargo, el electroencefalograma es útil principalmente para apoyar el diagnóstico de la epilepsia. No existen enfermedades neurológicas que puedan confundirse con el TDAH, por lo que tampoco es útil el electroencefalograma para descartar otros posibles diagnósticos.⁵³ (Anexo No. 4: Imagen de un Electroencefalograma).

Son numerosas las alteraciones electroencefalográficas descritas en la bibliografía que se puede encontrar en un niño con TDAH. Se ha descrito un aumento de la actividad de ondas lentas theta junto con la ausencia de la actividad beta de ondas rápidas durante la realización de tareas que requieren concentración. Esta actividad de ondas lentas

52. José Jiménez. Op. Cit. p. 9.

53. Jaime Carriozosa. Op. Cit. p. 47.

tiene una mayor prevalencia en las derivaciones frontales, lo que confirma lo visto en estudios de imagen.⁵⁴

A pesar de ello, el electroencefalograma es el estudio más solicitado por los profesionales afines de la salud mental que valoran niños con probable TDAH. Por ejemplo, en Psicología, Psicopedagogía, etc. y en ocasiones si el paciente no lleva este estudio aún y cuando el diagnóstico se haya realizado clínicamente, estos profesionales incluyendo a los padres del niño, pueden poner en duda el diagnóstico pues no se le ha hecho al paciente ningún otro estudio.⁵⁵

- De laboratorio.

En ningún caso se recomendará efectuar estudios de laboratorio o gabinete. Por ejemplo, exámenes generales de sangre, tomografía axial computada de cráneo o electroencefalografía, para efectuar el diagnóstico de TDAH. Estos estudios sólo se realizarán cuando exista una indicación específica para el diagnóstico diferencial o búsqueda de comorbilidades.⁵⁶

Entonces, puesto que no existe ninguna prueba que permita determinar la presencia del TDAH, su diagnóstico implica una evaluación completa del niño. Así, muchos niños y adolescentes diagnosticados de TDAH son evaluados y tratados por médicos de atención primaria. Es decir, por pediatras o por médicos de familia. De

54. M. Díez y Cols. Op. Cit. p. 144.

55. Luis Abad. Op. Cit. p. 197.

56. Matilde Ruíz. Op. Cit. p. 150.

todos modos, estos últimos remiten a algunos niños a distintos especialistas como: Psiquiatras, Psicólogos o Neurólogos.⁵⁷

2.2.4.1 Tratamiento del Déficit de Atención e Hiperactividad.

- Médico.
 - Evaluación Médica.

En primer lugar, el médico llevará a cabo una evaluación de su niño y tomará sus antecedentes médicos. Para tal efecto, formulará preguntas sobre sus síntomas, su salud en el pasado y en el momento actual, la salud de los demás miembros de la familia, los medicamentos que toma, así como las alergias que padece y otras cuestiones importantes. Es posible que el médico también evalúe la vista y la audición, a fin de descartar otras posibles afecciones.⁵⁸

Sin embargo, en ésta evaluación hay signos típicos de esta patología. Por ejemplo, hipotonía generalizada con pies plano-valgos, hiperlaxitud articular, posición anormal de los dedos para la escritura y para coger los utensilios de la mesa, las uñas mordidas, el aspecto externo con la indumentaria tan peculiar (a partir de una cierta edad) con muchos aros en las orejas, cabello con corte peculiar, pearingos,

57. Yulia Solovieva y Cols. Op. Cit. p. 100.

58. S. Piedrahita. Op. Cit. p. 145.

tatuajes, y la forma exclusiva de comportarse en la consulta, es lo que permite obtener datos de la exploración.⁵⁹

- Farmacológico.
 - Ansiolíticos.
 - a) Metilfenidato.

El mecanismo de acción básico del Metilfenidato es aumentar la disponibilidad de algunos neurotransmisores (en especial la Noradrenalina y la Dopamina) en el espacio sináptico de entre las neuronas. Así, el Metilfenidato aporta un beneficio indudable al tratamiento del TDAH. Sobre su uso existen numerosos prejuicios y temores infundados aunque sin bases científicas que los sustenten.⁶⁰

El fármaco estimulante de elección es el Metilfenidato en cualquiera de sus presentaciones, aunque la de liberación lenta se ha impuesto definitivamente entre los niños que ya pueden tragar la pequeña cápsula, ya que se mantienen los niveles de la medicación en sangre sin altibajos a lo largo del día. Por el contrario, la presentación en liberación rápida tiene una vida corta en sangre y se requieren 2-3 tomas al día y presentan fases en que, debido a su bajo nivel en sangre, su eficacia disminuye. Las dosis, en una y otra presentación,

59. Ignacio Pascual. Op. Cit. p. 146.

60. Marín Burgos. Op. Cit. p. 20.

están entre 0,3 y 1 mg/Kg/día. Y se puede administrar todos los días o bien descansar las fechas en las que no hay actividad escolar.⁶¹

b) Atomoxetina.

La Atomoxetina es aparentemente la única sustancia que puede competir con el Metilfenidato de liberación lenta. Las dosis de Atomoxetina están alrededor de 1,2 mg/Kg/día en una sola toma por la mañana.⁶²

La Atomoxetina es un fármaco no derivado anfetamínico aprobado para el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH. Tiene un efecto inhibidor del transportador presináptico de Noradrenalina, por lo que inhibe la recaptación de Noradrenalina la dosis es de 0,5 de 1,2 y de 1,8 mg/kg/día con lo que se obtenía una mejoría del 62, 78 y 85% respectivamente, sobre los síntomas basales, lo que indica una respuesta dosis-dependiente. La dosis eficaz para la mayoría de los pacientes es de 1,2 mg/kg/día. Las recomendaciones de dosificación son comenzar con 0,5 mg/kg/día en una sola toma por la mañana y, tras una semana, subir a 1,2 mg/kg/día en una sola toma.⁶³

La Atomoxetina es el primer fármaco no estimulante aprobado para el tratamiento del TDAH. Y ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de niños, adolescentes y adultos. Es la medicación de primera elección

61. Jaime Carriozosa. Op. Cit. p. 49.

62. Ignacio Pascual. Op. Cit. p. 147.

63. Inés Hidalgo. Op. Cit. p. 17.

(junto con los estimulantes) en niños y adolescentes con TDAH desde 2004. Porque tiene beneficios potenciales al no afectar a zonas implicadas en la adicción a sustancias, no producir efectos euforizantes de recompensa y no afectar a zonas del sistema nervioso central implicadas en los tics. Las dosis de 0,5, de 1,2 y de 1,8 mg/kg/día para obtener una mejoría del 62,78 y 85% respectivamente, sobre los síntomas basales, lo que indica una respuesta dependiente de la dosis, aunque la dosis eficaz para la mayoría de los pacientes, es de 1,2 mg/kg/día.⁶⁴

- Antidepresivos.
 - a) Imipramina.

El antidepresivo más utilizado es la Imipramina, se inicia con 10 mg en el desayuno y 10 mg en la cena, hasta 50-100 mg/día, sin descanso de medicación. Los efectos secundarios desaconsejan en muchos casos su uso, ya que los más frecuentes son: cefalea, insomnio y alteraciones cardiovasculares.⁶⁵

A pesar de ello, ha demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH por su capacidad para bloquear la recaptación de Noradrenalina. Se considera la medicación de segunda o tercera línea en el tratamiento del TDAH por su perfil cardiovascular inductor de arritmias. Entonces,

64. M. Díez y Cols. Op. Cit. p. 150.

65. Alberto Espino. Op. Cit. p. 35

se utiliza cuando no son eficaces los estimulantes u otras alternativas más seguras como la Atomoxetina o el Bupropion.⁶⁶

Entonces, la Imipramina, ha sido eficientemente utilizada en el tratamiento para el TDAH, ya que no solo es eficaz en el 60 al 70% de las personas que lo padecen, sino que puede ser útil en casos que se asocian a síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima o enuresis. Su desventaja es la lentitud en llegar a ser efectivo, que puede ser de varias semanas, lo cual obliga a un tratamiento permanente sin interrupción. Además, requiere una adecuada evaluación clínica cardiológica y un EKG para evaluar la prolongación del segmento QT que podría poner en riesgo a los pacientes.⁶⁷

2.2.5 Complicaciones del Déficit de atención e hiperactividad.

– Rechazo de la sociedad.

Es frecuente que los trastornos por déficit de atención e hiperactividad se asocien con problemas de interacción social con sus compañeros que los llevan a dificultades en la relación, desaprobación del grupo y baja autoestima. Por tanto, los niños con TDAH tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, retrasos del aprendizaje y rechazo de sus compañeros.⁶⁸

De hecho, son niños que se distraen con facilidad, presentan inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, y con diferentes problemas

66. Manuel Díez y Cols. Op. Cit. p. 150.

67. Jaime Carrizoza. Op. Cit. p. 53.

68. Miguel Rodríguez. Op. Cit. p. 63.

asociados: trastornos específicos de aprendizaje en la lectura y escritura, repetición de cursos, rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas, baja autoestima y comportamiento agresivo.⁶⁹

- Baja productividad escolar.

El TDAH tiene también repercusiones en el desempeño académico de los niños, mencionándose que solo un 4% de quienes lo padecen alcanzan estatus profesional contra un 21% de los controles, y un 25% de ellos deserta de la Escuela, antes del décimo grado. Además, se ha demostrado un bajo desempeño académico con repetición de años escolares en un 30% de los afectados (10% en los controles), suspensión escolar en un 46% (15% en controles), deserción en un 10% (ninguna en los controles) y expulsiones en un 10% (1,5% en controles). Entonces, si el TDAH se asociaba a un trastorno de la conducta, la posibilidad de expulsión de la institución educativa se aumenta a un 22%.⁷⁰

Por lo anterior, es habitual encontrarse en los niños con TDAH un cociente intelectual dentro de los límites de la normalidad (entre 80 y 120), incluso mayor, y que pese a ello, presenten un bajo rendimiento académico que les afecta a lo largo de su vida escolar con más frecuencia de lo normal. Algunos síntomas nucleares del TDAH, como

69. Inés Hidalgo. Op. Cit. p. 21.

70. Jaime Carrizoza. Op. Cit. p. 51.

la inatención, afectan significativa y negativamente al rendimiento académico, y producen problemas académicos.⁷¹

71. Luis Abad. Op. Cit. p. 199.

3 INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

3.2 En la Atención.

- Curar las heridas provocadas durante las actividades.

Para Herrero, J.⁷², el niño corre riesgo de una lesión tisular relacionado con la inquietud o debido a una agitación psicomotriz, esto se debe a su nivel de hiperactividad. Para evitar esto, se debe identificar los factores de riesgo y las medidas de seguridad ya impartidas desde el hogar. De hecho, las heridas se dan con frecuencia y los niños, debido al alto grado de hiperactividad es normal que no reconozcan el dolor hasta que los padres ven la lesión. Por ello, es importante revisar constantemente al pequeño, ya que podría sufrir un accidente y seguir de pie realizando sus actividades.⁷³

Por lo anterior, el Licenciado en Enfermería debe explorar al niño físicamente para encontrar signos de daño tisular o traumatismo. Esto se realizara antes de la consulta o si llega al área de cuarto de

72. José Herrero. *Planes de cuidado al paciente con Déficit de Atención y depresión*. Enfermería en Psiquiatría y salud mental. Madrid, 2012: 307. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/4_-_planes_de_cuidados_al_paciente_con_depresion_y_trastorno_bipolar.pdf. Consultado el día 27 de Marzo del 2015.

73. Julián Carretero y Cols. Op. Cit. p. 31

curaciones, debe valorarse la herida para ver qué tipo de curación se realizará con Técnica estéril para evitar infecciones.

- Alimentar al paciente, si este no quiere comer.

La manía de los niños induce a la hiperactividad, y por ello, se produce malnutrición debido al incumplimiento de los requerimientos nutricionales básicos por incapacidad para centrarse en la necesidad de alimentarse y toda la secuencia de acciones precisas. De ahí que se presente pérdida de peso y desarreglos digestivos. De hecho, los pacientes maníacos comen cualquier cosa, sin masticar casi, y no respetan un horario básico o una regularidad.⁷⁴

Entonces, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe referir preferentemente a los padres con un nutriólogo para que pueda ayudarles, además de explicar la importancia que tiene la alimentación en su hijo, rectificando que debe alimentarse de manera adecuada, mostrándoles el plato del buen comer, que tipo de dieta llevará, la alimentación a las horas que le correspondan y cuantas comidas deberá convenir al día.

- Ayudar al paciente a que se comunique con las personas de su entorno.

Hay que utilizar pistas visuales pactadas con el niño de antemano, para llamar su atención o para conseguir un mayor nivel de atención y

74. Julián Carretero y Cols. Op. Cit. p. 25

concentración. También conviene hacer preguntas frecuentes, ofreciendo retroalimentación inmediata de sus respuestas y repetir las tareas más veces, para prevenir la impulsividad. También es necesario dotar al niño de una tarjeta de „pedir ayuda“ (verde/roja), después de haber hablado con él previamente. Así, cuando el niño tenga alguna duda o pregunta, en vez de interrumpir la clase, se la mostrará al profesor o la pondrá boca-arriba sobre el lado rojo, y éste acudirá en su ayuda sin molestar al resto de la clase y focalizar la atención en los conceptos clave.⁷⁵

Por lo anterior, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe tener un área tranquila y sin distractores donde se pueda comunicar con el paciente y al mismo tiempo, enseñar a los padres una forma correcta de comunicarse con su hijo. Con esto, se podrá valorar al paciente si no tiene un problema de lenguaje o auditivo.

– Administrar medicamentos.

Es importante indicar un programa de psicoeducación que consiste en enseñar que terapia es más adecuada para el niño y cuáles son los efectos que conllevarán. Con esto, el padre valorará si es adecuado o no el tratamiento ya que al tratarse de un menor de edad, el padre de familia tomará la decisión de iniciar o no el tratamiento. Una vez esto, se ajustarán las pautas del tratamiento al ciclo vital del niño para evitar su rechazo.⁷⁶

75. Luis Abad. Op. Cit. p. 202.

76. José Herrero. Op. Cit. p. 313.

Así, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe revisar los medicamentos indicados, cuáles son sus funciones y que horarios debe llevar. Con esto, se podrán explicar a los familiares, los efectos secundarios de cada fármaco que se emplearán, así como el horario y la dosis indicada por el médico. También es importante, acudir a las citas indicadas para ver el progreso del paciente y su reacción al medicamento, además de orientar a los padres en todas sus dudas.

– Fomentar el sueño.

Los pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad no duermen, porque no sienten la necesidad de hacerlo. Ello produce una pérdida del ritmo y tienen la tendencia a dormir fuera de horas, o se quedan dormidos porque les puede rendir el descanso. Esta alteración de horas puede causar malestar o interferir con el estilo de vida deseado.⁷⁷

Entonces, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe orientar a los padres sobre el sueño y descanso que debe llevar el niño y aconsejarles que deben establecer y respetar los horarios de sueño. Un nivel de actividad de acuerdo a la edad del niño y valorar la efectividad de su tratamiento. Con esto se puede saber si el descanso y el rendimiento del niño, se equilibran.

77. Id.

3.3 En la Rehabilitación.

- Fomentar el desarrollo del niño.

En niños con TDAH, se recomienda realizar actividades educativas orientadas a la formación de los educadores, partiendo de la necesidad de realizar un trabajo conjunto con los padres desde el contexto escolar para buscar acciones encaminadas a trabajar en la prevención de las complicaciones del TDAH. De igual forma, se hace necesaria la creación de canales de comunicación apropiados entre los padres y la institución escolar de tal forma que permita que estos estén en constante comunicación y que se dé la continuidad en la institución de los procesos que se inician en el hogar.⁷⁸

Por lo anterior, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe orientar a los padres en cuanto a actividades que puede realizar el niño. Esto se puede lograr con una serie de preguntas realizadas hacia el niño acerca de lo que le gusta y sobre esa respuesta, proponer actividades ya sea en casa con la familia o en algún club, para que el niño se pueda desenvolver en otro tipo de ambiente.

- Asesorar al niño en juegos.

Es importante no dejar a los niños “tan solos”, ya que un niño con TDAH es más enérgico que otros de su edad. Para ello, es necesaria la supervisión de juegos, debido al riesgo de violencia que pueda

78. S.Piehadrita. Op. Cit. p. 144.

lesionar a otros. Estas conductas pueden ser muestras físicas o emocionales lesivas para otros.⁷⁹

Entonces, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe revisar el entorno en el que se desenvuelve el niño, aconsejando a los padres en no dejarlo solo en actividades que puedan considerarse violentas. Además se debe indicar al paciente que es importante controlar su frustración y que no es malo intentar de nuevo o cambiar de actividad. De esta manera, se prosigue con la orientación a los padres sobre el asesoramiento y el llamado “premio y castigo”, como último recurso.

- Realizar tareas sencillas.

Es importante enseñar al niño diariamente un entrenamiento ya sea para cambiarse o mantener en orden su habitación. Esto se hace con la finalidad de que tenga autonomía y realice tareas sencillas en el hogar y con esto, enseñarle a ser más organizado con su persona y con su entorno. Esta habilidad tiene que ir paulatinamente, compensando su esfuerzo.⁸⁰

Por lo anterior, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe enseñar métodos sencillos que ayuden al niño a realizar sus actividades de la vida cotidiana de manera ordenada y sin presiones, empezando en el hogar como recoger sus juguetes o vestirse solo. Esto con la finalidad de que haga sus tareas de manera individual sin ayuda de los padres, recurriendo a ellos, en caso de una duda.

79. José Herrero. Op. Cit. p. 311.

80. José Herrero. Op. Cit. p. 312.

4. METODOLOGÍA

4.1 VARIABLES E INDICADORES

4.1.1 Dependiente: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

- En la Atención.
 - Curar las heridas provocadas durante las actividades.
 - Alimentar al paciente, si este no quiere comer.
 - Ayudar al paciente a que se comunique con las personas de su entorno.
 - Administrar medicamentos.
 - Fomentar el sueño al paciente.

- En la Rehabilitación.
 - Fomentar el desarrollo del niño.
 - Asesorar al niño en juegos.
 - Realizar tareas sencillas.

4.1.2 Definición Operacional: Trastorno De Déficit De Atención e Hiperactividad.

- Concepto de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad.

- Epidemiología.

En el mundo se calcula que la prevalencia global del TDAH es de 5,29% en niños en edad escolar.⁸¹ En los Estados Unidos de América 1 de cada 11, de este grupo entre los 4 y 17 años tienen el diagnóstico del TDAH.⁸² Es decir, el 6,8% de niños entre los 4-10 años (1 de cada 15); 11,4% de niños entre los 11-14 años (1 de cada 9) y 10,2% de niños entre los 15-17 años (1 de cada 10). En México, este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años de edad y éstas cifras lo revelan como un problema de Salud Pública.

81. Jaime G. Op. Cit. p. 84.

82. Jaime G. Op. Cit. p. 84.

– Etiología.

Aunque la causa no está completamente aclarada, parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Las hipótesis sobre la etiología abarcan diversas áreas: genética conductual y molecular, factores biológicos adquiridos, la neuroanatomía, bioquímica cerebral, neurofisiología, neuropsicología y el entorno psicosocial.

– Sintomatología.

En la niñez el trastorno de déficit de atención e hiperactividad empieza y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta. Los síntomas incluyen dificultad para concentrarse y prestar atención, dificultad para controlar la conducta e hiperactividad. Es decir, actividad excesiva.

Las manifestaciones clínicas varían en grado e intensidad según la edad del paciente en el momento del diagnóstico. Por ejemplo, niños pequeños (1-3 años), se pueden apreciar cambios temperamentales, impulsividad y una adaptación social limitada en la interacción del niño con el ambiente y los padres. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan y pueden tener alteraciones del sueño, del lenguaje y del desarrollo motor.

En los preescolares (3-6 años), se puede observar una inquietud motriz, menor intensidad y duración en el juego y distintos problemas asociados: déficit en el desarrollo, dificultad en la coordinación motora,

conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social y accidentes, entre otras.

En los escolares (6-12 años), suele ser cuando se producen más consultas a profesionales de la salud. Son niños que se distraen con facilidad, presentan inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, y con diferentes problemas asociados: trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), repetición de cursos, rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas, baja autoestima y comportamiento agresivo.

En los adolescentes (13-20 años), hasta el 70% de los niños con TDAH evolucionarán con manifestaciones clínicas hasta la adolescencia. Con la edad va disminuyendo la hiperactividad motora y se transforma en hiperactividad mental o sensación de impaciencia. Se mantiene el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse. Existen tres tipos de TDAH: Predominantemente hiperactivo-impulsivo, predominantemente inatento y combinación hiperactivo-impulsivo e inatento.

– Diagnóstico.

Para el diagnóstico médico, se requiere que estén presentes al menos 6 de los 9 síntomas, tanto para el subtipo con predominio del déficit de atención, como para el subtipo hiperactivo-impulsivo. El TDAH de tipo combinado requiere una combinación de ambos tipos de síntomas de déficit de atención y de hiperactividad impulsividad. Además, existen

una serie de criterios diagnósticos adicionales que se requieren para poder hablar de trastorno y no sólo de síntomas transitorios: por ejemplo, edad de inicio, duración y exclusión. Por ello, se debe tener presente que no hay una herramienta simple para ello. Entonces, el diagnóstico debe basarse en criterios clínicos evaluando el funcionamiento del niño en varios ambientes y no en la puntuación obtenida en cuestionarios.

– Tratamiento.

Los tratamientos pueden aliviar muchos de los síntomas del trastorno, pero no existe cura. Con tratamiento, la mayoría de las personas que padecen del TDAH pueden tener éxito en la Escuela y vivir vidas productivas. Los investigadores están desarrollando tratamientos e intervenciones más eficaces y usando nuevas herramientas como imágenes cerebrales, para comprender mejor el TDAH y encontrar maneras más eficaces de tratarlo y prevenirlo.

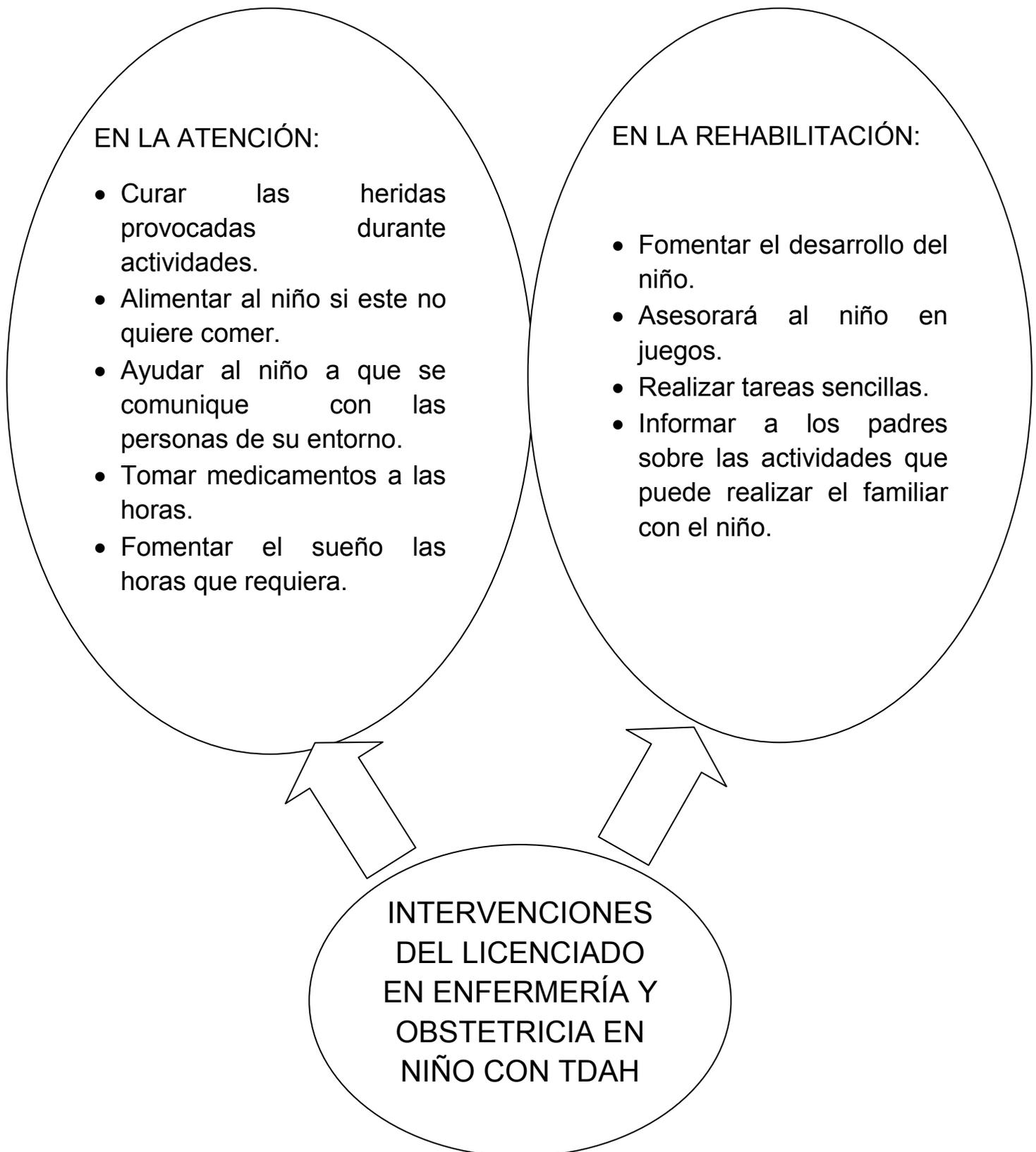
– Intervenciones del Licenciado en Enfermería.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene intervenciones que le permiten apoyar al niño en la atención y rehabilitación.

En la Atención el Lic. en Enfermería y Obstetricia debe curar las heridas provocadas durante actividades, alimentar al niño si este no

quiere comer, ayudar al paciente a que se comunique con las personas de su entorno, tomar medicamentos a las horas y fomentar el sueño las horas que requiera. En la Rehabilitación: El Lic. en Enfermería y Obstetricia debe fomentar el desarrollo del niño, asesorará al niño en juegos y lo guiara para que realice tareas sencillas.

4.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



4.2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA

4.2.1 Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable. Intervenciones del Licenciado en Enfermería en pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, a fin de proponer ésta atención con todos los pacientes con esta patología en el Hospital Regional de Psiquiatría, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es descriptiva porque se describe ampliamente al comportamiento de la variable Intervenciones del Licenciado en Enfermería en pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Es analítica porque para estudiar la variable Intervenciones del Licenciado en Enfermería en pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos: atención preventiva, atención durante el padecimiento y atención en rehabilitación, posterior al padecimiento.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un periodo corto de tiempo. Es decir, en los meses de Marzo, abril, mayo y junio del 2015.

4.2.2. Diseño.

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Asistencia a un Seminario Taller de Elaboración de Tesinas en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Búsqueda de un problema de investigación de Enfermería relevante para la Atención de Enfermería en niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Seguimiento del Modelo de la Dra. Lasty Balseiro A. en cada uno de sus pasos para la culminación de la Tesina.
- Elaboración de los objetivos de esta Tesina, así como el Marco Teórico conceptual y referencial.

4.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS.

4.3.1 Fichas de trabajo.

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anotó el Marco teórico conceptual y el Marco teórico referencial de tal forma que con las fichas fué posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de las intervenciones del Licenciado en Enfermería en pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

4.3.2 Observación.

Mediante esta técnica de observación se puede visualizar la importante participación que tiene el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la atención a los pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el Hospital Regional de Psiquiatría, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES.

Se lograron los objetivos de ésta Tesina al poder analizar las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad. Se pudo demostrar la importante participación que tiene el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la atención y rehabilitación de los pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad.

A continuación se dará a conocer las cuatro áreas básicas de la intervención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad. Es decir, en los servicios, en la docencia, en la administración y en la investigación, como se explica a continuación:

- En servicios.

En materia de servicios, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe atender las áreas de atención y rehabilitación de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.

En la atención el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe curar las heridas de los niños provocadas durante actividades, alimentar al niño si este no quiere comer, ayudar al paciente a que se comuniquen con las personas de su entorno, tomar medicamentos a las horas que correspondan y fomentar el sueño las horas que requiera. En la rehabilitación, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe fomentar el desarrollo del niño, asesorar al niño en juegos y realizar tareas sencillas.

- En Docencia.

El aspecto docente de las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia incluyen la enseñanza y el aprendizaje del paciente y su familia. Para ello, el Licenciado en enfermería debe explicar a la familia en qué consiste el Déficit de Atención e Hiperactividad y como puede evitarse. La explicación comprende realizar una serie de dibujos acerca del cerebro y cómo se comporta una persona hiperactiva. Además, se le debe explicar la importancia de llevar oportunamente el tratamiento farmacológico. La parte fundamental de la capacitación que recibe el paciente y sus familiares tiene que ver con el cuidado del paciente en actividades, el tratamiento farmacológico que debe seguir,

para evitar complicaciones; así como integrarlo a la sociedad y ver el rendimiento académico.

- En administración.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia ha recibido durante la carrera de Enfermería, administración de los servicios y con éstas enseñanzas el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe planear, organizar, dirigir y controlar los cuidados de Enfermería. Por ello, el Licenciado en Enfermería debe planear las intervenciones que va a realizar en pacientes con Déficit de Atención e Hiperactividad, teniendo como meta principal la recuperación del paciente. Así, después de planear estos cuidados, también los deberá evaluar, retroalimentar y corregir aquellas posibles desviaciones, para que se garantice el bienestar del niño.

- En investigación.

El aspecto de la investigación permite al Licenciado en Enfermería y Obstetricia realizar Proyectos de investigación derivados de la actividad que este Licenciado realiza. De igual forma, además de diseñar los Proyectos de investigación, es necesario también elaborar los protocolos de aspectos familiares que apoyan emocionalmente a la recuperación del paciente. Esto significa entonces, que el Licenciado en Enfermería puede realizar diagnósticos de Enfermería, elaborar planes de atención, investigar factores de riesgo que tienen este tipo

de pacientes e investigar también las posibles complicaciones que tenga el paciente posterior al Déficit de Atención e Hiperactividad.

Las anteriores son temáticas que, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, debe realizar en materia de investigación para publicarlas en revistas indexadas que puedan demostrar al personal de enfermería, la contribución que tiene este profesional en beneficio de sus pacientes.

5.2 RECOMENDACIONES.

- En la Atención.

- Curar las heridas provocadas durante actividades, ya al que ser un niño hiperactivo es más tolerante al dolor y no lo reconoce rápidamente como otros niños porque sus actividades son más interesante, así que después de cada actividad hay que explorar el cuerpo del niño para encontrar alguna lesión.
- Alimentar al paciente si este no quiere comer, recomendando a los padres de familia fomentar el hábito de comer en una hora específica y respetando esa hora para tomar sus alimentos, además de ver que tome sus alimentos.
- Ayudar al paciente a que se comunique con las personas de su entorno, para tener una comunicación efectiva con las personas

que viven en su entorno, ya que son de convivencia diaria y comunicarles en caso de que necesite algo.

- Tomar los medicamentos a las horas que correspondan, bajo las indicaciones médicas y con esto se dará el tratamiento adecuado siguiendo las instrucciones de: vía correcta, medicamento correcto, hora correcta y dosis correcta.

- Fomentar el sueño las horas que requiera, ya que esto le provocará insomnio y con esto, un bajo rendimiento escolar que afectará su vida cotidiana.
 - En la Rehabilitación.

- Fomentar el desarrollo del niño estimulándolo con actividades que le gusten, ya sea realizarlas en casa o inscribiéndolo algún Club para que pueda convivir con otros niños al mismo tiempo realizar sus actividades.

- Asesorar al niño en juegos ya que podría causar algún accidente o no saber controlar su frustración, llevándolo a una actitud negativa que pueda perjudicar a sus compañeros de juego.

- Realizar tareas sencillas con el niño con la finalidad de que éste pueda ser más individualista con sus actividades cotidianas como vestirse u organizar su habitación.

6. ANEXOS Y APENDICES

ANEXO NO.1: FACHADA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL IMSS.

ANEXO NO.2: LEON EISEMBERG.

ANEXO NO.3: FOTO DE GEORGE STILL

ANEXO NO.4: IMAGEN DE ELECTROENCEFALOGRAMA.

ANEXO NO. 1

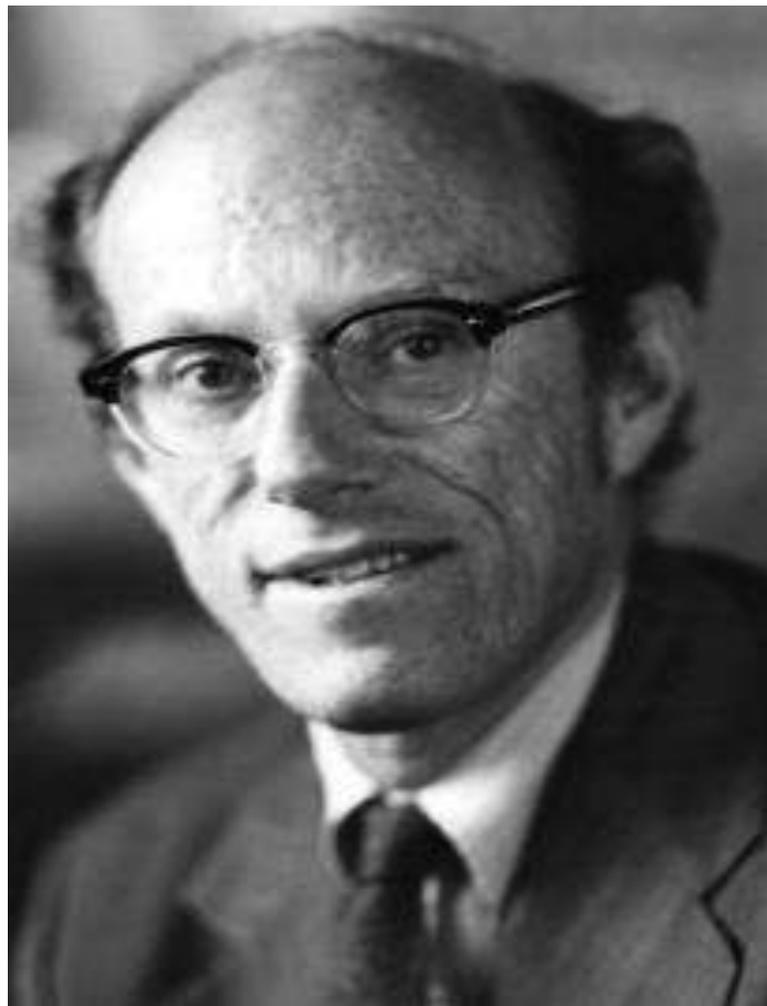
FACHADA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL IMSS.



FUENTE: Hospital Psiquiátrico del IMSS. *Imagen actual del hospital.* Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2010.

ANEXO NO. 2

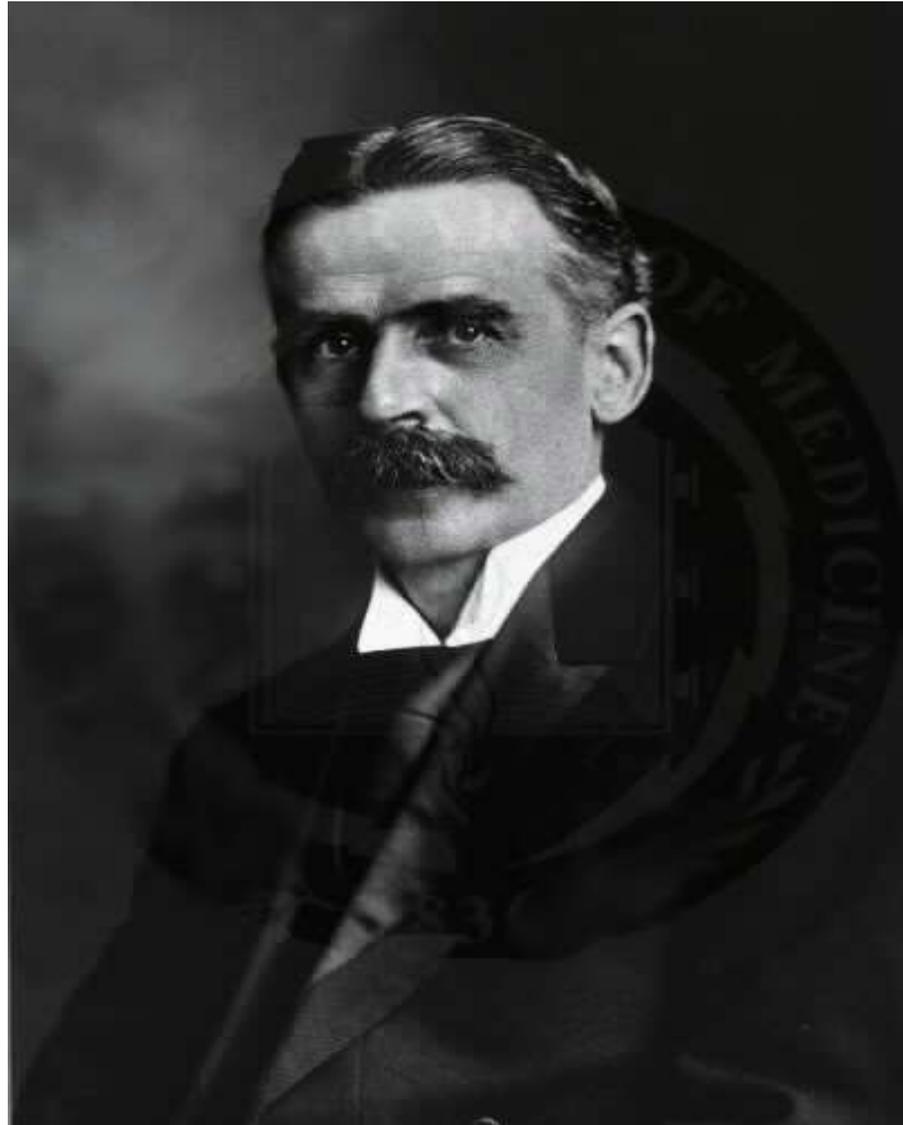
FOTO DE LEON EISEMBERG.



FUENTE: Robledo G. *Psicología y tdha en la actualidad*. Academia de Psicología. Miami, 2011. P. 14. Disponible http://www.google.answers.lean_eisemb-berg_2387461920034e8743_343245532. Consultado el día 18 de Mayo del 2015.

ANEXO NO. 3

FOTO DE GEORGE STILL.



FUENTE: Sabah E. *Thepsiquiatrican books*. Psicologianread. Canadá 2013. P:13 Disponible en: http://www.yahoo.answers.e.u.a._psicologianreaders.eu_234_#34554_2343454344.images. Consultado el 18 de Mayo del 2015.

ANEXO NO. 4

IMAGEN DEL ELECTROENCEFALOGRÁMA.



FUENTE: Misma del Anexo No. 2. P. 14

7. GLOSARIO DE TERMINOS.

ADAPTACIÓN SOCIAL: Es el proceso por el cual un grupo o un individuo modifica sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social en el que se mueve. Al adaptarse, un sujeto abandona hábitos o prácticas que formaban parte de su comportamiento, pero que están negativamente evaluadas en el ámbito al que desea integrarse, y eventualmente, adquiere otros en consonancia con las expectativas que se tienen de su nuevo rol.

ADITIVO: Sustancia que se añade a otro material para desempeñar una función específica como por ejemplo, mejorarlo ó endurecerlo, que implica características de dos fármacos.

ALUCINACIONES: Es una percepción que no corresponde a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real. Por ello, la alucinación es considerada como una pseudo-percepción dada la ausencia de un estímulo externo. En ese sentido, es distinta de la ilusión, que es una percepción distorsionada de un estímulo externo efectivamente existente. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad.

AMBIENTE: Es el espacio donde un individuo humano vive con determinadas condiciones de vida, de trabajo, nivel de ingresos, nivel educativo, lo que lo determina o relaciona con los grupos a los que pertenece.

ANSIEDAD: Es una anticipación de un daño o desgracia futuros, que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que siente la ansiedad, que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

ANTIDEPRESIVO: Es un medicamento psicotrópico utilizado para tratar los trastornos depresivos mayores, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida manifestado por diversos trastornos de ansiedad, desórdenes de la conducta alimentaria y alteraciones del control de los impulsos. A veces los antidepresivos, son eficaces para tratar la fase depresiva del trastorno bipolar, aunque existe el riesgo de sufrir un viraje maníaco. Los antidepresivos se dividen en tres clases: los inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos, y los de segunda

generación, muy recetados actualmente en psiquiatría, por la menor cantidad y probabilidad de sufrir efectos secundarios.

AUTOESTIMA: Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

ATENCIÓN: Es la capacidad que tiene alguien para entender las cosas o un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración. Desde el punto de vista de la Psicología, la atención no es un concepto único, sino el nombre atribuido a una variedad de fenómenos.

CEREBRO: El cerebro se encuentra situado en la cabeza; por lo general, cerca de los principales órganos de los sentidos como la visión, audición, equilibrio, gusto y olfato. Corresponde, por tanto, al encéfalo de humanos y otros vertebrados y se subdivide en cerebro anterior, medio y posterior.

CONDUCTUAL: Está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere

decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

COORDINACIÓN: Es la capacidad de ordenar elementos en apariencia dispares para lograr un objetivo determinado. Así, es posible referirse a la coordinación motriz, a la coordinación de un grupo de trabajo, a la coordinación gramatical y a la económica, etc.

DÉFICIT: Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función, mientras que la discapacidad es la ausencia o restricción de la capacidad para realizar una actividad dentro del rango que se considera normal para el ser humano, que el individuo con discapacidad no puede hacerlo como consecuencia de la deficiencia.

DÉFICIT DE ATENCIÓN: Es un trastorno que se diagnostica cuando un niño no tiene la capacidad de concentrarse en una sola cosa. Con la carencia en la selección y el mantenimiento de atención y las consecuencias que esta actitud puede acarrear a nivel psicológico. Es decir, se trata de una persona que presenta dificultades para permanecer quieta, que actúa sin pensar primero o empieza a hacer algo pero nunca lo termina, entre otras situaciones.

DEPRESIÓN: Es el abatimiento emocional, tristeza mórbida acompañada de pérdida de interés por el entorno y falta de energía para poder realizar las actividades cotidianas de la vida. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

DESARROLLO MOTOR: Se considera este como un proceso secuencial y continuo relacionado con el proceso por el cual, los seres humanos adquieren una enorme cantidad de habilidades motoras. Este proceso se lleva a cabo mediante el progreso de los movimientos simples y desorganizados para alcanzar las habilidades motoras organizadas y complejas.

DIAGNÓSTICO: Implica la determinación de la naturaleza de una enfermedad, situación o alguna circunstancia en donde se presenta alguna circunstancia donde se necesita saber la situación del problema.

DOPAMINA: Es un neurotransmisor y según su estructura química, la Dopamina es una Feniletilamina. Es decir, una catecolamina que cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central, activando los cinco tipos de receptores celulares de Dopamina: D1

(relacionado con un efecto activador), D2 (relacionado con un efecto inhibitor), D3, D4 y D5, y sus variantes. La dopamina se produce en muchas partes del sistema nervioso, especialmente en la sustancia negra y es también una neurohormona liberada por el hipotálamo cuya función principal en éste, es inhibir la liberación de Prolactina del lóbulo anterior de la hipófisis.

ESTADÍSTICAS: Es la parte de las matemáticas que se ocupa de los métodos para recoger, organizar, resumir y analizar datos, así como para sacar conclusiones válidas y tomar decisiones razonables basadas en tal análisis.

ESTIMULANTE: Son medicamentos que aumentan el estado de alerta, la atención y la energía, así como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la respiración. Históricamente, los estimulantes se usaron para tratar el asma y otros problemas respiratorios, la obesidad, los trastornos neurológicos y una variedad de otras dolencias.

ETARIOS: Significa edad o dicho de diversos sujetos que tienen la misma edad. La palabra etario es la que se refiere a la edad por el tiempo que transcurre desde el inicio del nacimiento y el

período presente que se calcula en años, desde el comienzo de los primeros 12 meses de vida.

EXCLUSIÓN: Son una serie de eventos que conducen a que una persona, familia o grupo social, llegue a vivir situaciones que les impidan participar y realizar el ejercicio pleno de su ciudadanía, en términos de sus derechos y deberes. Tiene múltiples causas y se presenta en muy diversas dimensiones.

FACTOR: Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios

FACTOR DE RIESGO: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

GENÉRICO: Es lo relativo al género ya sea categoría sexual, clasificación biológica inferior a familia y superior a la especie. Se trata de una categoría que designa parecidos en características generales pero diferencias en los detalles.

GENÉTICA: La genética es el estudio de las variaciones existentes entre los seres humanos y cómo esas variaciones se transmiten en una familia. Así, el ADN es la base de nuestra genética.

HIPERACTIVIDAD: Es un trastorno de la conducta de los niños, descrito por primera vez en 1902, por Still. Se trata de niños que desarrollan una intensa actividad motora, que se mueven continuamente, sin que toda esta actividad tenga un propósito. Por ejemplo, van de un lado para otro, pudiendo comenzar alguna tarea, pero que abandonan rápidamente para comenzar otra, que a su vez, vuelven a dejar inacabada.

IMPULSIVIDAD: Es la carencia del autocontrol, como la indulgencia con las bebidas alcohólicas y a otras sustancias y de otro tipo de índole, como el conductual.

INFECCIÓN: Es un término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno. Es decir, que existe invasión con lesión tisular por esos mismos gérmenes (hongos, bacterias, protozoos, virus, priones), sus productos (toxinas) o ambos a la vez.

INQUIETUD: Es un estado emocional incómodo, caracterizado por impaciencia, nerviosismo y ansiedad. La inquietud perturba la mente, altera el sueño y se produce como respuesta del organismo ante preocupaciones provocadas por problemas de salud, familiares, escolares, laborales, económicos, o bien, ante situaciones que ponen en riesgo la seguridad personal.

INTELIGENCIA: Es la capacidad de pensar, entender, asimilar y elaborar la información y emplear el uso de la lógica. Está ligada a otras funciones mentales como la percepción o capacidad de recibir información, y la memoria, o capacidad de almacenarla.

INTERACCIÓN: Es la manifestación por la cual se establece la influencia social que recibe el individuo. Entre ellas, se encuentran las que se establecen de persona a persona, cuya influencia es mutua. Las que se establecen entre una persona y un grupo en la cual puede

ocurrir que la persona reciba influencia del grupo, en este caso se la llama conformidad o que la persona influya sobre el grupo, que es el caso del liderazgo.

MANÍACO: Es el término común vago e impreciso que se utiliza para designar a un individuo que padece un trastorno mental habitualmente violento.

MULTIFACTORIAL: Significa que una anomalía congénita puede ser provocada por muchos factores. Por lo general, los factores son tanto genéticos como ambientales, ya que la combinación de los genes de ambos padres, sumada a factores ambientales desconocidos, produce el rasgo o el trastorno. Con frecuencia, uno de los sexos (el masculino o el femenino) suele estar más afectado que el otro en cuanto a los rasgos multifactoriales.

NEUROPSIQUIATRICO: Es la rama de la medicina que se ocupa de los trastornos mentales atribuíbles a enfermedades del sistema nervioso. Precede de las actuales disciplinas de Psiquiatría y Neurología, en la medida en que los Psiquiatras y Neurólogos tenían una formación común.

NIÑEZ: Es la fase del desarrollo de la persona que se comprende entre el nacimiento de la misma, y la entrada en la pubertad o adolescencia. Entre el momento del nacimiento y aproximadamente hasta los 13 años, una persona se considera niño o niña.

NOREPINEFRINA: Es una sustancia química producida por el cerebro, es decir, un neurotransmisor secretado por las terminaciones nerviosas y una hormona secretada por la médula.

ORGANIZACIÓN: Se refiere a la acción de distribuir de forma conveniente los materiales, recursos y personal para ejecutar de manera óptima las funciones que se desea. En este proceso se debe plantear de forma clara cuáles van a ser las tareas que cada miembro del equipo va a ejecutar, con el fin de que no haya nadie con más o menos trabajo y que las tareas sean hechas de forma eficiente.

PERTURBAR: Es todo aquello que produce una tribulación y que viene acompañado con una serie de sensaciones negativas que rompen el equilibrio interior del bienestar emocional. Cuando hay perturbación se produce un cambio brusco del estado en el mundo interior pudiendo pasar de la tranquilidad a la preocupación en cuestión de un hecho imprevisible. Por ejemplo, una llamada de teléfono inesperada o incluso, una intuición interior.

PSICOLOGÍA: Es una profesión y una disciplina académica que, en términos generales, se define como la ciencia que trata la conducta y los procesos mentales de los individuos, cuyo campo de estudio abarca todos los aspectos de la experiencia humana

PSICOTERAPIA: Es un tratamiento de los trastornos de comportamiento, emocionales y mentales o de sufrimiento que son tratados con una variedad de métodos psicológicos que incluyen la comunicación entre el terapeuta y el individuo, la pareja, la familia o el grupo.

PSICOSOCIAL: Es una rama de estudio fundamental para comprender el comportamiento humano es la Psicología y la Sociología. De esta forma, surge la Psicología social que toma como objeto de estudio al ser humano pero integrado en un contexto social. Es decir, como parte de un grupo. El ser humano a nivel individual también se ve influenciado por la vida en sociedad.

PSIQUIATRA: Es la rama de la medicina dedicada al estudio de los trastornos mentales con el objeto de: prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y asegurar

la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia.

PSIQUIÁTRICO: Es lo referente a un lugar un espacio donde se encuentran pacientes con diversos trastorno mentales. Esto es, relativo a la Psiquiatría.

RECHAZO: Hace referencia a la circunstancia en la cual un individuo es excluído en forma deliberada de una relación social o interacción social. El tema incluye tanto el *rechazo interpersonal* (o rechazo por los padres) como también el *rechazo romántico*. Una persona puede ser rechazada por un individuo o por un grupo de personas.

SÍNTOMAS: Es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que se reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.

SOMNOLENCIA: Es una actitud exagerada para el sueño. Es un estado en el que ocurre una fuerte necesidad de dormir o en el que se duerme durante períodos prolongados llamado hipersomnía.

SUPRARRENAL: Son dos estructuras retroperitoneales, la derecha de forma triangular y la izquierda de forma semilunar y ambas están situadas encima de los riñones. Su función es la de regular las respuestas al estrés, a través de la síntesis de corticosteroides principalmente cortisol y catecolaminas, sobre todo adrenalina.

TEJIDO: Son aquellas estructuras constituídas por un conjunto organizado de células, iguales o con pocas desigualdades entre células diferenciadas y distribuidas regularmente, con un comportamiento fisiológico coordinado y un origen embrionario común.

TERAPIA: Es un tratamiento que se usa como medio para resolver problemas de la vida. Su principal instrumento de curación es la comunicación, que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos, que tiene el paciente pero que no sabe cómo aplicarlos o no logra identificarlos plenamente.

TRASTORNO: Es la condición anormal o no natural de un individuo de acuerdo a los parámetros establecidos por la naturaleza y principalmente por la ciencia médica. Los trastornos pueden hacerse presentes en el ser humano de diversas maneras y aunque actualmente el término está íntimamente vinculado con alteraciones del estado mental, también puede referirse a condiciones no naturales

del estado físico. Es decir, a la presencia de enfermedades de diferente tipo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abad- Mas L. *Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Neurología. Madrid, marzo, 2013; 57(1):193-203. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/web/57s01/bks01s193.pdf>. Consultado el día 24 de marzo del 2015.

Bogan C. *¿Qué es el trastorno de déficit de atención e hiperactividad?* Connecticut Clearinghouse. Washington, 2003; 22 (3): 165-167. Disponible en: https://www.ctclearinghouse.org/topics/customer-files/queeseltrastornodedeficitdeatencionehiperactividad_tdah_121508.pdf. Consultado el día 22 de marzo del 2015.

Burgos R. y Cols. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: guía para padres y educadores*. Unidad de salud mental infantil y juvenil del Hospital universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. Madrid, 2009: 29. Disponible en: http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/pdf/tdah_manual_padres.pdf. Consultado el día 22 de marzo del 2015.

Carretero J. y Cols. *Programa de educación para la salud dirigido a padres con hijos con tdha*. Comunidad de Madrid, 2011; 14 (2): 31- 42. Disponible en: <http://www.codem.es/adjuntos/codem/documentos/informaciones/publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/c10c4b49-7427-42ea-b04d-3fd7d788e550/5831396e-37f8-4c2e-bce4-b65d82dfa30b/5831396e-37f8-4c2e-bce4-b65d82dfa30b.pdf>. Consultado el día 24 de marzo del 2015.

Carrizoza J. *Trastorno por déficit de atención, hiperactividad e impulsividad*. Precop scp. Madrid. 2008; 10 (1): 44- 56. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_10_vin_1/precop_vol_10_1_e.pdf. Consultado el día 23 de marzo del 2015.

Collins H. *Tdha*. Diccionario médico. Ed. Marban. 3ª ed. Toronto, 2007: 23.

Secretaría de Salud. *Diagnóstico y tratamiento en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes, en atención primaria y especializada*. Guía de práctica clínica. México, 2010: 64. Consejo De Salubridad General. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/158_gpc_deficit_atencion_hiperactividad/ssa_158er.pdf. Consultado el día 25 de marzo del 2015.

Consejo Latinoamericano de Tdha. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, diagnóstico y tratamiento*. Ed. Moderna. 5ª ed. Habana de Cuba, 2005: 34- 102.

Diez A. y Cols. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (tdha): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento alternativo*. Pediatría atención primaria. Madrid, 2012; 8 (4): 135- 155. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-596-pdf/621.pdf>. Consultado el día 26 de marzo del 2015.

Domingo M. Á. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: actividades ocupacionales*. Tog. Madrid, 2008; 5 (8): 1- 19. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso1.pdf>. Consultado el día 26 de marzo del 2015.

Elizalde A. *Tdha: repercusión en la vida del niño*. Universidad pública de navarra. Madrid, 2010: 1- 38. Disponible en: <http://academica->

e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11552/anaelizaldemu%c3%b1oz.pdf?sequence=1. Consultado el día 26 de marzo del 2015.

Espina A. y Ortega A. *Guía de práctica para los trastornos de déficit de atención con /sin hiperactividad*. Jassen- Cilag. México, 2011: 5-61. Disponible en: <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/guia%20tdah.pdf>. Consultado el día 27 de marzo del 2015.

Herrero J. A. y Serrano D. *Planes de cuidado al paciente con déficit de atención y depresión*. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid, 2012: 307- 320. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/4_-_planes_de_cuidados_al_paciente_con_depresion_y_trastorno_bipolar.pdf. Consultado el día 27 de marzo del 2015.

Hidalgo I. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. Unidad de Psiquiatría infantil. Madrid, 2008, 3-25. Disponible en: http://www.uv.es/previnfad/sesiones/gpapa10_tdah.pdf. Consultado el día 26 de marzo del 2015.

Jiménez J. A. *Actuación de enfermería en el abordaje familiar de los trastornos de conducta en la infancia*. Hospital Psiquiátrico Román alberca. Madrid, 2004: 1- 12. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp->

content/uploads/2014/06/enfermeria-y-abordaje-familiar-trastornos-conducta-infancia.pdf. Consultado el día 27 de marzo del 2015.

López N. *Trastorno por déficit de atención*. Reduca. Madrid, 2012; 4 (1): 233-258. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewfile/972/980>. Consultado el día 28 de marzo del 2015.

Masson M. *Trastorno de déficit de atención*. Ed. Océano. 9ª ed. Madrid, 2009: 79.

Pascual I. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Neuropediatría. Madrid, 2008; 16 (3): 140- 150.

Pascual T. y Gómez P. *Tdha: origen y desarrollo*. Ed. International marketing & communication. 4ª ed. Madrid, 2010: 155.

Piedrahita S. y Cardona H. *Intervención educativa para personas con trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. Enfermería global. Bogotá, 2013; 23 (1): 140- 146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1695-61412011000300009&script=sci_arttext. Consultado el día 28 de marzo del 2015.

Ruíz M. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Hospital infantil de México. México, 2005; 62 (2): 145- 162. Disponible en: http://www.academiamexicanadepediatria.com.mx/publicaciones/academicos_opinan/pdf/deficit_de_atencion_hiperactividad.pdf. Consultado el día 28 de marzo del 2015.

Salinas E. y Cols. *La escuela y el déficit de atención con / sin hiperactividad*. *Pediatría: Atención primaria*. 2006; 8 (4): 175- 188. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145c.pdf>. Consultado el día 28 de marzo del 2015.

Sánchez C. y Carrasco A. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. Ed. Manual de Diagnóstico diferencial. 3ª ed. México, 2002: 19.

Saucedo J. M. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: un problema social*. Facultad de Medicina de la UNAM. México, 2014; 57 (5): 14- 19. Disponible en: http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf Consultado el día 28 de marzo del 2015.

Solovieva Y. y Cols. *Vías de corrección alternativa para el trastorno de déficit de atención en la edad preescolar*. *Ces Psicología*. México, 2014; 7 (1): 95- 112. Disponible en:

<http://www.Dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5001520.pdf>
consultado el día 30 de marzo del 2015.

Soutullo C. y Chidana C. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. Universidad de Navarra, Unidad de Psiquiatría infantil. Madrid, 2009: 72. Disponible en: http://www.institutotomas Pascualsanz.com/descargas/formacion/publi/libro_tdah.pdf . Consultado el día 31 de marzo del 2015.

Suárez P. *Trastorno de déficit de atención*. Reflejo del sur. México, 2015; 23 (4): 19- 27. Disponible en: www.imss.gob.mx. Consultado el día 30 de marzo del 2015.

Téllez C. y Cols. *Cronología conceptual del trastorno de déficit de atención con hiperactividad*. Especialidades Médico quirúrgicas. México, 2011; 16 (1): 31- 44. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>consultado el día 31 de marzo del 2015.

Complejo Hospitalario la mancha centro. *Guía práctica de diagnóstico y manejo clínico del paciente con déficit de atención*. Sescam. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. Madrid, 2010: 46. Disponible en: [ww.researchgate.net/profile/alfonso_urzua/publication/236904924_trastorno_por_dficit_de_atencin_con_hiperactividad_en_nios_escolarizado](http://www.researchgate.net/profile/alfonso_urzua/publication/236904924_trastorno_por_dficit_de_atencin_con_hiperactividad_en_nios_escolarizado)

s/links/0f31753aae38404fc1000000.pdf. Consultado el día 30 de marzo del 2015.

Uzurza A. y Cols. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con niños escolarizados*. Chilena de Pediatría. Santiago de Chile, 2009; 50 (4): 332- 338. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/inprfm/psicosociales/archivos/guias/guia_tdah.pdf. Consultado el día 31 de marzo del 2015.

Vázquez J. y Cols. *Guía clínica para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. Instituto Juan Ramón de la Fuente. México, 2010: 5-38. Disponible en: <http://www.seypna.com/documentos/guia-tdah-isbn.pdf>. Consultado el día 31 de marzo del 2015.