

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADOLESCENTES. ABORDAJE DE ENFERMERÍA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

RAÚL GARCÍA VALLEJO

Enfermero de familia. Centro de Salud Campamento. Madrid.
Profesor asociado. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Universidad Complutense de Madrid.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo, que se caracteriza por una atención lábil y dispersa, y una impulsividad e inquietud motriz exagerada, sin carácter propositivo. Se calcula que afecta al 5-10 % de los niños en edad escolar, y constituye un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria (AP) como en especializada (psiquiatría infantil o neuropediatría). Dicho cuadro repercute no solo sobre el rendimiento escolar, sino también en el óptimo desarrollo evolutivo del niño, tanto a nivel cognitivo como de relación con la familia e integración con el resto de niños de su edad. Asimismo, puede tener importantes consecuencias a largo plazo, ya sea por el fracaso escolar y social derivado de un mal manejo del TDAH y sus posibles trastornos comórbidos, ya por la persistencia del trastorno en la adolescencia (en el 40-70 % de los casos) o en la edad adulta (30-65 %)^{1,2}. Diferentes grupos

de expertos proclaman el importante papel que debe desarrollar la enfermera de AP en el proceso integral de la atención a pacientes con TDAH^{3,4}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 15 años, natural de Madrid. Diagnosticada, en un centro privado, de TDAH (subtipo inatento) a los 8 años. Desde entonces, ha estado siguiendo un tratamiento multimodal: farmacológico (metilfenidato de liberación prolongada en dosis de 54 mg/día), psicológico y de apoyo familiar. Toma la medicación habitualmente sin mostrar oposición hasta el momento. Las terapias psicológicas han sido diversas a lo largo del tiempo, pero hace años que no va al psicólogo ni psiquiatra (no han tenido buenas experiencias/resultados). Tiene apoyo constante de la unidad familiar (padre y madre), pero múltiples conflictos con su hermano de 13 años. Acude al centro de salud de zona irregularmente. En julio de 2015 (14 años), acude con su madre a consulta a demanda de enfermería por deterioro llamativo del rendimiento académico. Refiere mayor dificultad de con-

Correspondencia: R. García Vallejo
Correo electrónico: rgv_33@hotmail.com



centración que en años anteriores y que la relación con sus iguales ha empeorado, llegando en el último año de instituto a estar prácticamente aislada. Comenta haber sufrido conatos ocasionales de agresiones verbales y menosprecio, sin que se pueda considerar acoso, pero expresa que preferiría cambiar de centro escolar y ambiente habitual. Actualmente, no tiene ningún amigo/a significativo.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realiza la valoración según los patrones funcionales de Gordon (tabla 1).

DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN

Se utiliza la taxonomía NANDA⁵ para los diagnósticos enfermeros, la clasificación de criterios de resultados NOC⁵ y la clasificación de intervenciones enfermeras NIC⁵. En la tabla 2, se presentan los principales diagnósticos enfermeros realizados. *Ha habido con-*

sultas intermedias de seguimiento no reflejadas en el artículo.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS

La paciente accedió a visitar a un nuevo psicólogo durante el verano y a acudir a consulta de enfermería cada 15 días. En ese tiempo, valoró diversos centros educativos y decidió, voluntariamente, escoger un colegio en modo internado de lunes a viernes. Refiere que la experiencia, en estos seis meses, está siendo muy positiva. La rutina diaria, la ausencia de distractores (móvil, ordenador, televisión), la asunción de diferentes responsabilidades y el establecimiento de nuevas amistades han conseguido mejorar el rendimiento académico y aumentar su autoestima. Seguirá asistiendo a sesiones con el psicólogo y a consulta del centro de salud en períodos no lectivos. Se recomienda continuar practicando todas las habilidades trabajadas en consulta.

Tabla 1. Valoración de enfermería

Percepción-manejo de la salud	<ul style="list-style-type: none"> – Alérgica al polen, a las arizónicas y al polvo. – Consciente de su trastorno y de las limitaciones que provoca. – Adherencia al tratamiento farmacológico. – No consumidora de sustancias tóxicas. – Buena higiene personal. – Vacunación correcta.
Nutricional-metabólico	<ul style="list-style-type: none"> – Bien nutrida; ingesta adecuada; horarios regulares. – Índice de masa corporal: 22 kg/m².
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> – Sin alteraciones.
Actividad-ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> – Realiza zumba dos veces por semana. – Le gusta mucho leer y dibujar. Escribe cuentos. – Constantes y electrocardiograma dentro de la normalidad.
Sueño-descanso	<ul style="list-style-type: none"> – Sin alteración. No sufre insomnio por la medicación.
Cognitivo-perceptivo	<ul style="list-style-type: none"> – Miope. Lleva gafas y lentillas. – Gran dificultad para la concentración en el estudio y para la organización/limpieza de sus enseres personales. – Labilidad emocional moderada.
Autopercepción-autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> – Baja autoestima. – Solicita constantemente la aprobación de sus actos. – Ocasionalmente, muestra comportamientos ansioso-depresivos. – No tiene problemas con su imagen corporal.
Rol-relaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Buen apoyo familiar en los padres. – Conflictos habituales con el hermano menor. – Facilidad para entablar los primeros contactos, pero ninguna amistad consolidada y mantenida a lo largo del tiempo. – Buena relación con el profesorado. Buen comportamiento.
Sexualidad-reproducción	<ul style="list-style-type: none"> – Menarquia: 12 años. Menstruación regular. – Adecuada información sexual en el colegio y la familia. – No tiene conductas de riesgo. No usa anticonceptivos.
Tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> – Situaciones de posible estrés por mala relación con los compañeros de clase y por malas calificaciones. – Sin medicación específica.
Valores-creencias	<ul style="list-style-type: none"> – No practica ninguna creencia religiosa.



Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación

Desesperanza (00124). C/d: pasividad; claves verbales de contenido pesimista. R/c: estrés de larga duración; prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento.				
NOC	Calidad de vida (2000). Indicadores: – Satisfacción con el concepto de sí mismo. – Satisfacción con el estado de ánimo general. – Satisfacción con las condiciones sociales.	PI: 2 PI: 2 PI: 1	PA: 4 PA: 4 PA: 3	PD:4 PD:5 PD:4
	Equilibrio emocional (1204). Indicadores: – Muestra concentración. – Muestra un estado de ánimo sereno. – Refiere capacidad para realizar las tareas diarias.	PI: 1 PI: 2 PI: 2	PA: 3 PA: 4 PA: 4	PD: 4 PD: 5 PD: 4
	Esperanza (1201). Indicadores: – Establecimiento de objetivos. – Expresión de confianza. – Expresión de optimismo.	PI: 2 PI: 1 PI: 1	PA: 4 PA: 3 PA: 3	PD: 4 PD: 4 PD: 4
	Toma de decisiones (0906). Indicadores: – Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa. – Escoge entre varias alternativas.	PI: 1 PI: 2	PA: 3 PA: 4	PD: 4 PD: 5
NIC	Apoyo emocional (5270). Actividades: – Animar al paciente a que exprese sus sentimientos. – Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. – Comentar la experiencia emocional con el paciente.			
	Apoyo en la toma de decisiones (5250). Actividades: – Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. – Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. – Servir de enlace entre el paciente y la familia.			
	Clarificación de valores (5480). Actividades: – Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.			
	Dar esperanza (5310). Actividades: – Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente. – Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas desde las más sencillas hasta las más complejas.			
	Potenciación de la socialización (5100). Actividades: – Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás. – Utilizar el juego de roles para practicar las técnicas de habilidades y técnica de comunicación mejorada.			
Presencia (5340). Actividades: – Escuchar las preocupaciones del paciente. – Mostrar una actitud de aceptación. – Permanecer en silencio, si procede.				

Continúa

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación (cont.)

Baja autoestima situacional (00120). C/d: expresiones de inutilidad; conducta no asertiva. R/c: falta de reconocimiento; fracasos; rechazos; cambio en el rol social.				
NOC	Adaptación/ajuste psicosocial: cambio de vida (1305). Indicadores: – Establecimiento de objetivos realistas. – Identificación de múltiples estrategias de superación. – Expresiones de aficiones recreativas.	PI: 2	PA: 4	PD: 4
		PI: 1	PA: 3	PD: 4
		PI: 3	PA: 5	PD: 5
NIC	Autoestima (1205). Indicadores: – Aceptación de críticas constructivas. – Descripción de éxitos escolares. – Nivel de confianza.	PI: 2	PA: 4	PD: 5
		PI: 1	PA: 4	PD: 5
		PI: 1	PA: 4	PD: 5
	Aumentar el afrontamiento. Actividades: – Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. – Animar al paciente a desarrollar relaciones. – Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños manejables.			
	Potenciación de la autoestima. Actividades: – Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía. – Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. – Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. – Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede. – Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede. – Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.			
	Reestructuración cognitiva. Actividades: – Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos, situaciones, sucesos e interacciones con otras personas que contribuyen al estado emocional negativo.			
	Potenciación de la socialización. Actividades: – Animar al paciente a cambiar de ambiente. – Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. – Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.			

Continúa



Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación (cont.)

Afrontamiento inefectivo (00069). C/d: solución inadecuada de los problemas; mala concentración; expresiones de incapacidad para el afrontamiento. R/c: falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.				
NOC	Superación/afrontamiento de problemas (1302). Indicadores: – Busca ayuda profesional de forma apropiada. – Identifica múltiples estrategias de superación. – Refiere aumento del bienestar psicológico.	PI: 1	PA: 5	PD: 5
		PI: 1	PA: 5	PD: 5
		PI: 1	PA: 4	PD: 5
	Soporte social (1504). Indicadores: – Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas. – Refiere relaciones de confianza. – Refiere una red social estable.	PI: 1	PA: 5	PD: 5
		PI: 1	PA: 3	PD: 4
	Toma de decisiones (ya desarrollado).	PI: 1	PA: 3	PD: 4
NIC	Asesoramiento (5240). Actividades: – Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. – Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. – Favorecer la expresión de sentimientos.			
	Aumentar el afrontamiento (ya desarrollado).			
	Apoyo en la toma de decisiones (ya desarrollado).			
	Apoyo emocional (ya desarrollado).			
	Potenciación de la autoestima (ya desarrollado).			
Deterioro de la interacción social (00052). R/c: déficit en las formas de fomentar la reciprocidad (habilidades).				
Riesgo de soledad (00054). Factores de riesgo: privación afectiva; aislamiento social.				

C/d: características definitorias; **PA:** puntuación actual (6 meses después); **PD:** puntuación deseada (a conseguir en 12 meses); **PI:** puntuación al inicio; **R/c:** relacionado con.

BIBLIOGRAFÍA

- García Vallejo R. Mejora de la detección precoz del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) tras la implantación de un documento de consenso sobre actuación asistencial [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- García Vallejo R. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad infantil en los registros de historias clínicas de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. *Rev Metas Enferm.* 2016;19(3).
- Fernández Pérez M, Hidalgo Vicario I, Lora Espinosa A, Sánchez Santos L, Rodríguez Molinero L, Eddy Ives LS, et al. La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica. [Internet]. Madrid: Asociación Civil de Investigación y Desarrollo en Salud (ACINDES); 2009. [Última consulta: 1 abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ffis.es/ups/TCIED5/tdahconsenso.pdf>
- Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X, Catalá MA, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro PM, Herreros-Rodríguez O, et al. Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol.* 2010; 51(10):633-7.
- NNNConsult. [Internet]. 2016. [Última consulta: 1 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>