

Conocimientos en padres de niños con déficit atensivo sobre esta enfermedad

Knowledge in parents of children with attention deficit about this disease

^IDra. Lidia Sánchez Gutiérrez

^{II}Dra. Brenda Pérez Jacomino

^{III}Dra. Rita Marina Quesada Sanabria

^{IV}Dra. Dianelis Jacomino Fernández

^IEspecialista de I grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínico Docente "Martha Martínez Figuera". Güines, Cuba. Correo electrónico: lidiasg@infomed.sld.cu

^{II}Especialista I grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Martha Martínez Figuera". Güines, Cuba. Correo electrónico: brendaperez@gmail.com

^{III}Especialista de II grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente "Martha Martínez Figuera". Güines, Cuba. Correo electrónico: marina.quesada@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista de II grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente "Martha Martínez Figuera". Güines, Cuba. Correo electrónico: dianelys.jacomino@infomed.sld.cu

Autor para la correspondencia. Dra. Lidia Sánchez Gutiérrez. Correo electrónico: lidiasg@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción:

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad constituye en la actualidad una de las enfermedades más frecuentes durante la infancia, con dificultad en la conducción por la familia.

Objetivo:

Modificar mediante una intervención educativa los conocimientos sobre déficit atensivo en los padres de los niños con esta enfermedad.

Métodos:

Se realizó un estudio de intervención tipo cuasiexperimental antes y después sin grupo de control en padres de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, pertenecientes al Policlínico "Marta Martínez Figuera", Güines, provincia Mayabeque, en el período comprendido desde noviembre del año 2018 hasta marzo del año 2019. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico intencional por criterio y quedó constituida por 20 padres. Las variables estudiadas fueron: conocimientos sobre el trastorno por déficit atensivo, manifestaciones clínicas, técnicas de modificación de conducta, métodos educativos y enfoques de tratamiento. Para el procesamiento de los

datos se utilizó la dócima X^2 y el test de comparación múltiple de Duncan.

Resultados:

El 40 % de los padres, tenían deficiente información y desconocimiento de la enfermedad durante la fase inicial de la investigación, después de aplicada la intervención educativa, el 100 % de los padres refirieron poseer los conocimientos necesarios sobre la entidad clínica.

Conclusión:

En la intervención se evidencia un incremento en los conocimientos sobre el trastorno, así como en los métodos y enfoques de tratamiento en los padres.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, intervención educativa

Descriptores: trastorno por déficit de atención con hiperactividad; niño; psiquiatría

ABSTRACT

Introduction:

Disorder for attention deficit is one of the most frequent diseases during childhood, with difficulties in managing it by families.

Objective:

To modify the knowledge about attention deficit by an educative intervention in patents of the children with this disease.

Methods:

A quasi-experimental study of intervention type was carried out before and after without control group in parents with children diagnosed with attention deficit with or without hyperactivity, from "Marta Martínez Figuera", Güines, Mayabeque province, from November, 2018 to March, 2019. For the selection of the sample a probabilistic intentional sample was used, and it was formed by 20 parents. The studied variables were: knowledge about attention deficit disorder, clinical manifestations, behavior modification techniques, educative methods and treatment approaches. For processing data the docima X^2 and the Duncan multiple comparison test were used.

Results:

The 40 % of the parents had deficient information and knowledge about the disease during the initial phase, after the intervention was applied, the 100 % of the parents reported having the necessary knowledge about this clinical entity.

Conclusion:

In the intervention an increasing of the knowledge of this disorder was evidenced. As well as in the methods and treatment approaches in the parents.

Key words: attention deficit disorder with or without hyperactivity, educative intervention

Descriptors: early intervention, educational; attention deficit disorder with hyperactivity; child; psychiatry

Historial del trabajo.

Recibido: 23/11/2020

Aprobado: 21/03/2021

Publicado: 26/03/2021

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) constituye en la actualidad una de las patologías más frecuentes durante la infancia. Es un proceso crónico con una alta comorbilidad que va a influir en el funcionamiento del individuo en la edad adulta. Este tiene un gran impacto en la sociedad en términos económicos, estrés familiar; problemas académicos y vocacionales, así como una disminución de la autoestima del sujeto afectado. Su etiología no está aclarada; aunque se trata de un trastorno multifactorial con una base biológica cerebral y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.⁽¹⁾

La colaboración desde el entorno familiar se torna imprescindible y se llega a afirmar que el éxito o fracaso en la educación de un niño con TDAH depende del grado de colaboración establecido entre los profesores y la familia. Es muy importante que quienes conviven con el niño conozcan las características del trastorno y dispongan de pautas de actuación cuando surgen las dificultades.⁽²⁾

En los años 50, tras observarse signos de afectación neurológica y después de una larga historia de discusiones sobre la posible existencia de una lesión cerebral, tan mínima que no podía definirse, el cuadro clínico pasa a denominarse "Disfunción Cerebral Mínima".^(2,3)

En la década de los 60, cobra mayor relevancia el concepto de "Síndrome del Niño Hiperactivo" que hace hincapié en la excesiva actividad motora del trastorno. Durante la década de los 70 se comienza a destacar el déficit de atención, reconocido "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (MDE) en su tercera edición, una subdivisión del trastorno en déficit de atención con o sin hiperactividad.⁽⁴⁾

Se plantea que tienen el diagnóstico del TDAH entre los 4 a 17 años, 5.1 millones de niños el 8.8 % (1 de cada 11), 6.8 % de niños entre los 4 a 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). La edad promedio del diagnóstico actual del TDAH es de 6.2 años, incluye la definición de leve a los 7 años; a los 6.1 años, moderado y a los 4.4 años, severo. Se analiza que en el 3.5 millones de niños el 69 % de los diagnosticados, estaban tomando medicamentos.⁽⁴⁾

En el momento actual solo se utiliza la denominación de trastornos por déficit de atención e hiperactividad y con relación al predominio de síntomas se distinguen 3 subtipos:⁽⁵⁾ trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominio hiperactivo-impulsivo (en el que predomina la dificultad de autocontrol), trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominio déficit de atención (en el que prevalece la dificultad en la atención) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado (que presenta síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad).

Además de la tipificación americana⁽⁵⁾ de trastornos psiquiátricos, existe otra clasificación cuya última edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud en su Décima Revisión (CIE-10) utiliza el término de "Trastornos Hiperactivo" para referirse al síndrome.

Para llevar a cabo la investigación se plantea como objetivo modificar mediante una intervención educativa los conocimientos sobre déficit atensivo en los padres de los niños con esta enfermedad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención tipo cuasiexperimental antes y después sin grupo de control a los padres, de los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad pertenecientes al Equipo Básico de Salud No.7 del municipio de Güines, provincia Mayabeque, durante el período de tiempo comprendido desde noviembre del año 2018 hasta marzo del año 2019.

El universo lo conformaron los 37 padres de los niños diagnosticados con TDAH, para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico intencional por criterios, la misma quedó constituida por 20 padres que se ajustaron a los criterios de selección.

Criterios de inclusión: los padres de los niños diagnosticados con TDAH en edad escolar de 6 a 11 años que dieron su consentimiento para participar en el proyecto.

Criterios de exclusión: los padres de los niños diagnosticados con TDAH en edad escolar de 6 a 11 años con alguna discapacidad psíquica diagnosticada.

Criterios de salida: los padres que por libre voluntad decidieron abandonar el proyecto y los padres que dejaron de asistir de forma consecutiva a dos o más sesiones.

Principales variables de medición de respuestas:

- Conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Nociones sobre manifestaciones clínicas, técnicas de modificación de conducta y métodos educativos básicos.
- Elementos sobre conducta adecuada de los padres para evitar las situaciones negativas asociadas a la patología y principales enfoques de tratamiento.

Se aplicó una planilla recopiladora de datos que recogió la información necesaria para dar salida a los objetivos propuestos, fueron aplicadas por los autores de la investigación previo al consentimiento informado de las familias estudiadas antes de la intervención y posterior a esta.

Se diseñó una estrategia de intervención educativa, sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad dirigida a los padres de niños diagnosticados con esta enfermedad que constó de 4 temas.

Cuadro 1. Programa de la intervención.

No	Tema	C	CP	EI	Total
1	TDAH. Generalidades y Conceptualización.	2	2	2	6
2	Síntomas fundamentales del TDAH.	2	2	2	6
3	Métodos educativos para la modificación de la conducta de un niño con TDAH.	2	2	2	6
4	Tratamiento psicopedagógico del TDAH. Tratamiento farmacológico y enfoque de tratamiento multimodal.	2	2	2	6
5	Evaluación			2	2
Total de horas		8	8	10	26

Leyenda: C: conferencia, CP: clase práctica, EI: estudio independiente.

Contenidos:

Tema 1: Introducción al Programa Educativo, presentar el curso y sus objetivos, así como a los participantes. Recopilar los datos personales de los padres. Aplicar la planilla.

Tema 2: TDAH. Generalidades y Conceptualización, definir concepto de TDAH, explicar las distintas clasificaciones.

Tema 3: Síntomas fundamentales del TDAH, explicación de los mismos.

Tema 4: Métodos educativos para la modificación de la conducta de un niño con TDAH. Exponer los procedimientos educativos recomendados desde el punto de vista psicológico para educar a los niños con TDAH.

Tema 5: Proceso psicopedagógico del TDAH. Tratamiento farmacológico y enfoque multimodal. Exponer las principales características del procedimiento psicopedagógico, farmacológico y multimodal del TDAH.

Para el almacenamiento y organización de la información se confeccionó una base de los datos obtenidos de la planilla recopiladora. Se utilizó el análisis de contingencia a través de la dócima χ^2 , donde se establece la hipótesis

$H_0: \sum_i$

H_0 : al menos para una i

Se prueba según la siguiente ecuación:

Si $\sum_i = 0$ la frecuencia esperada coincidió con la observada.

Si $\sum_i \neq 0$ valor que fue aumentado, hasta alcanzar valores significativos que permitieron rechazar la hipótesis nula de la igualdad entre los valores teóricos y los observados.

En los casos en que se obtuvo diferencias significativas ($P < 0.05$, $P < 0.01$ y $P < 0.001$), se aplicó el test de comparación múltiple de Duncan, prueba de rangos múltiples; este controló la tasa de error por comparación, no superó el valor α nominal, sin embargo la tasa de error por experimento pudo ser incrementada, este aumento logró conducir a un error de tipo II

La presente investigación cumplió con los principios éticos en el tratamiento de seres humanos y de acuerdo con los principios de Helsinki, se solicitó el consentimiento informado de las personas que fueron parte de la muestra. Se enmarcó dentro de lo estipulado en el

título segundo, capítulo I, artículo 17, inciso I: “Investigación sin riesgos”, solo se aplicó un cuestionario y se determinó el nivel de conocimientos.

RESULTADOS

Se observó conocimientos adecuados de los elementos generales del síndrome patológico durante la fase inicial de la investigación solo en un 60 % de la muestra, no siendo así en la etapa evaluativa en la que se alcanzó el 100 %, tabla 1.

Tabla 1. Conocimientos sobre TDAH referido por los padres antes y después de la intervención

Conocimientos sobre TDAH referido por los padres	Etapa inicial		Etapa evaluativa	
	No.	%	N°	%
Adecuado	12	60 b	20	100 a
Inadecuado	8	40 b	0	0 c
EE y Sign	±11.2 **			
Total	20	100	20	100

EE: Error Estándar, Sign: Significación
 ,^{a, b}. Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan
 *** P<0.05

Los padres identificaron de forma adecuada en la etapa inicial, solo algunos de sus principales síntomas, fundamentalmente la agresividad con un 65 % y la hiperactividad con 60 %, siendo sus conocimientos inadecuados en el resto de los síntomas. Después de aplicada la intervención educativa se pudo demostrar que el 100 % de los padres en estudio refieren tener los conocimientos necesarios sobre la entidad clínica, tabla 2.

Tabla 2: Síntomas identificados por los padres antes y después de la intervención

Síntomas identificados por los profesores	Etapa inicial				Etapa de intervención				EE y sign
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		
	No.	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Trastornos del aprendizaje	9	45b	11	55b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Hiperactividad	12	60b	8	20b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Impulsividad	10	50b	10	50b	18	90a	2	10c	±11.2 ***
Agresividad	13	65a	7	35b	19	95a	1	5c	±11.2 ***
Ansiedad	6	30b	14	70a	19	95a	1	5c	±11.2 ***
Distractibilidad	9	45b	11	55b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Baja tolerancia a las frustraciones	4	20b	16	80a	18	90a	2	10b	±11.2 ***
Baja autoestima	2	10b	18	90a	17	85a	3	15b	±11.2 ***

EE: Error Estándar, Sign: Significación
 ,^{a, b}. Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan
 *** P<0.05

Los métodos educativos identificados por los padres con más frecuencia en la etapa inicial fueron: incentivar el interés por una actividad deportiva con 80 % así como evitar la continua crítica en el ambiente familiar con un 60 % sin embargo no fue así con el resto. Después de aplicada la intervención educativa se pudo demostrar que el 100 % de los padres en estudio refieren tener los conocimientos necesarios sobre los métodos educativos para la modificación de la conducta de un niño con TDAH, tabla 3.

Tabla 3: Métodos educativos identificados por los padres, para la modificación de la conducta de un niño con TDAH antes y después de la intervención

Métodos educativos identificados	Etapa inicial				Etapa evaluativa				EE y sign
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Utilizar el sistema de puntos	4	20b	16	80a	20	100a	0	0b	±11.2 ***
Utilizar listas, rutinas y horarios	2	10b	18	90a	20	100a	0	0b	±11.2 ***
Crear un hábito de estudio	8	40b	12	60b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Asegurarse de que las instrucciones fueron comprendidas	2	10b	18	90a	19	95a	1	5b	±11.2 ***
Incentivar el interés por una actividad deportiva	16	80a	4	20b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Estimular las cualidades positivas	11	55b	9	45b	18	90a	2	10c	±11.2 ***
No reprimir durante el enfado	9	45b	11	55b	17	85a	3	15c	±11.2 ***
Dividir las tareas en períodos cortos de tiempo	6	30b	14	70a	20	100a	0	0b	±11.2 ***
Evitar la continua crítica en el ambiente familiar	12	60b	8	40b	19	95a	1	5c	±11.2 ***
Adaptar el aprendizaje a sus capacidades	7	35b	13	65a	18	90a	2	10c	±11.2 ***

EE: Error Estándar, Sign: Significación

,^{a,b}. Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan

*** P<0.05

Se evidenció desconocimiento en cuanto a: convencer pacientemente para que cumpla las instrucciones y corregir inmediatamente la conducta negativa después de cometido el acto, solo con un 5 % de aciertos sin embargo por otro lado se obtuvo un 100 % de respuestas adecuadas en cuanto al ítem: evitar el maltrato físico como método educativo en la primera etapa de la intervención. Posterior a la intervención el 100 % de los padres alcanzaron conocimientos adecuados relacionados a la conducta adecuada a seguir para evitar las situaciones negativas, tabla 4.

Tabla 4: Conocimientos sobre la conducta adecuada a seguir por los padres para evitar las situaciones negativas antes y después de la intervención

Conductas identificadas	Etapa inicial				Etapa de intervención				EE y Sign
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		
	No.	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Aplicar castigos o penitencias a cumplir en cortos períodos de tiempo	8	40b	12	60b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Corregir inmediatamente la conducta negativa	0	0b	20	100a	18	90a	2	10b	±11.2 ***
No amonestar violentamente delante de terceros	11	55b	9	45b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Evitar el maltrato físico como método educativo	20	100a	0	0b	20	100a	0	0b	±11.2 ***
Convencer pacientemente para que cumpla las instrucciones	1	5b	19	95a	18	90a	2	10b	±11.2 ***

EE: Error Estándar, Sign: Significación

,^{a,b}. Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan

*** P<0.05

Durante la fase inicial de la investigación los padres solo reconocen acertadamente al tratamiento farmacológico en un 60 % y al psicopedagógico en un 45 % como las estrategias terapéuticas eficaces en el tratamiento de la enfermedad. Después de aplicada la estrategia de intervención el 100 % de los padres lograron alcanzar conocimientos sobre enfoques de tratamiento para niños con esta enfermedad, tabla 5.

Tabla 5. Enfoques de tratamiento identificados por los padres antes y después de la intervención

Tratamiento identificado por los padres	Etapa inicial				Etapa de intervención				EE(±) y Sign.
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		
	No.	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Tratamiento Psicopedagógico	9	45b	11	55b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Tratamiento Psicológico	2	10b	18	90a	20	100a	0	0b	±11.2 ***
Tratamiento Farmacológico	12	60b	8	40b	20	100a	0	0c	±11.2 ***
Tratamiento multimodal o integrador	1	5b	19	95a	20	100a	0	0b	±11.2 ***

EE: Error Estándar, Sign: Significación,

a, b. Superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan

*** P<0.05

DISCUSIÓN

Los autores de esta investigación consideran que los conocimientos adecuados de los elementos generales del TDAH se deben a la labor que realizan los médicos de atención primaria, así como los psicólogos y psiquiatras en la información sobre la enfermedad.

Investigadores⁽⁶⁾ indican que existe un desequilibrio químico que afecta a los neurotransmisores en el cerebro, plantea una base neurobiológica en el trastorno. Finalmente pueden actuar como desencadenantes diversos factores adquiridos (prenatales, perinatales y postnatales), indudablemente el entorno familiar y social pueden influir, aunque no determinar, en que un niño con cierta predisposición desarrolle o no, los rasgos del síndrome patológico.

Estudios⁽⁷⁾ evidencian que para emitir el diagnóstico correcto se necesita la presencia de distractibilidad como síntoma fundamental, se acompaña de seis o más de los propios de la enfermedad y hayan persistido por lo menos durante 6 meses, con una intensidad desadaptativa e incoherente con relación al nivel de desarrollo.

Es necesario señalar que los escasos conocimientos por parte de los padres, a criterio de los autores, puede deberse a fallas en el diagnóstico precoz de la enfermedad, con la consecuente dificultad del niño para un desarrollo adecuado y en ocasiones dificultades en su manejo educativo, que lejos de ayudarlo, agravan más su sintomatología.

En muchas ocasiones, los niños se diagnostican cuando la sintomatología está ya establecida o han aparecido indisciplinas en el centro educacional y los padres son llamados a la atención, así como fracasos académicos con dificultades psicológicas y sociales que afectan la autoestima y su integridad. En muchos casos la familia se niega a reconocer la dificultad y

alega que es normal, no necesita de un psiquiatra porque está majadero y se dificulta el diagnóstico precoz^(8,9)

Un estudio mexicano⁽¹⁰⁾ plantea que los padres atraviesan diferentes reacciones ante el diagnóstico de la enfermedad, que va desde la negación donde surge el miedo a que su hijo sea rechazado por amigos, familiares y profesores; el enfado que tiene que ver con la frustración ante la sospecha que el niño podría superar su problema si se esfuerza lo suficiente hasta el sentimiento de culpa.

Se reafirma la necesidad de la aplicación de intervenciones educativas desde las instituciones educacionales como una estrategia eficaz para la detección precoz de todo niño (a) con déficit atento, la realización de un mejor diagnóstico, así como un tratamiento más oportuno e integral.

Después de la intervención la mayoría de los padres identifican los síntomas del trastorno. Este aspecto de la investigación resulta significativo, demuestra la eficacia del programa de capacitación y un salto positivo en la identificación, visualización y diagnóstico; así como la posibilidad de un tratamiento más personalizado y multidisciplinario que traduzca un mejoramiento funcional del niño, de su familia y la calidad del proceso docente educativo.

Expertos⁽¹¹⁾ plantean que un niño con TDAH puede ser un torbellino de conductas desordenadas e inapropiadas, los métodos que funcionan con otros, no tienen resultado con él, la única manera de lograr que se comporte es modificar su conducta. El TDAH se asocia con un mal funcionamiento familiar, niveles elevados de estrés y relaciones conflictivas entre padres e hijos.

Una investigación⁽⁵⁾ refiere que, una vez diagnosticados los niños, el estilo educativo de los padres es el control y sobreprotección. La educación comienza desde el hogar, mientras más herramientas se encuentren para modificar la conducta, mejor será su desarrollo posterior tanto en el ámbito social como escolar.

La colaboración desde el entorno familiar es imprescindible, el éxito o fracaso de la aplicación del programa de intervención depende del apoyo concreto. Algunos autores⁽¹²⁾ plantean que es importante que quienes conviven con el niño conozcan las características del trastorno y dispongan de pautas de actuación para el adecuado manejo educativo.

Un estudio⁽⁵⁾ sugiere que la actividad física puede ayudar a reducir los síntomas y mejorar la función ejecutiva, el control inhibitorio; el rendimiento neurocognitivo, el comportamiento; la motricidad, el ámbito social y el rendimiento académico; otro⁽⁶⁾ revela que además de producir mejoras en la fuerza y en las habilidades motrices, influye en la atención de los niños con TDAH.

Las labores más difíciles para los padres de un niño con TDAH son lograr que este obedezca, es importante que no intenten forzarlo; sino lograr que sea algo fácil, se recomienda utilizar un sistema de puntos o premios; gana si se porta bien y pierde si es desobediente, debe comprender que solo con sacrificio logra lo deseado. Se deben dividir las tareas en períodos

cortos, adaptar el aprendizaje a sus capacidades; estructurar deberes, fomentar actividades; no emplear todo su tiempo en hacer las cosas que más dificultad le genera y evitar juzgarlo, esto hace que se comprometa su autoestima.⁽⁸⁾

Después de aplicada la intervención, la mayoría de los padres aumentan los conocimientos sobre los métodos educativos para modificar la conducta de un niño con TDAH. Un programa de entrenamiento ⁽⁵⁾diseñado para enseñar a facilitar las relaciones sociales, ha demostrado el incremento en las habilidades sociales; la calidad de las amistades y la aceptación.

Si se trata de forma adecuada a un niño hiperactivo puede evolucionar hasta convertirse en un adulto normal y satisfecho; sin embargo una mala conducción familiar los conlleva a manifestarse de manera inadecuada en la sociedad. El maltrato infantil a que son sometidos con frecuencia como gritarles, humillarlos, amonestarlos delante de terceros son acciones que vemos con frecuencia, por causa de los síntomas de la enfermedad.

Se considera que el estilo de educar de algunos padres está relacionado con el nivel cultural. Los niños con TDAH son más difíciles de educar y suelen interaccionar de una forma más crítica debido al comportamiento impulsivo, desorganizado y no colaborador, la mayoría de los padres ganaron conocimientos sobre la conducta a seguir para evitar las situaciones negativas. En momentos de crisis, no se debe llevar una situación de enfado a su extremo, se puede calmar y reflexionar. Invertir tiempo en los niños suele tener consecuencias positivas que agradecen padres e hijos.

El tratamiento resulta complejo y multidisciplinario, está condicionado por una serie de factores: características individuales, medio familiar; entorno social y red de apoyo comunitario, así como un manejo adecuado desde el ámbito institucional y educacional.

Existen distintos enfoques de abordaje terapéutico, autores^(6,12)plantean que el tratamiento combinado- multimodal, es el que ofrece mejores resultados, de esta combinación resulta un trípode cuyas tres bases son: tratamiento psicológico, psicopedagógico y farmacológico.

La necesidad de implementar un tratamiento multimodal e integrador que tenga en cuenta la orientación y educación de la familia en aspectos generales del trastorno, un enfoque psicológico, psicopedagógico y terapéutico integral, así como una atención más personalizada de cada niño y respetar sus diferencias individuales, es a lo que llamamos terapia multicomponente.

Padres, maestros y médicos conforman una trilogía en la que debe de apoyarse todo intento terapéutico. El objetivo del tratamiento es mejorar las funciones cognitivas, conductuales y sociales y aumentar la autoestima del niño con el menor número de efectos secundarios.

En la investigación se concluye que en la intervención se evidencia un incremento en los conocimientos sobre el trastorno, así como en los métodos y enfoques de tratamiento en los padres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al Día [Internet]. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 1999-2021 [citado 12 Abr 2019]. Disponible en: <https://boletinaldia.sld.cu/aldia/2017/03/03/diferencias-en-la-estructura-y-maduracion-del-cerebro-en-pacientes-con-tdah/>
2. Portela Sabari A, Carbonell Naranjo M, Hechavarría Torres M, Jacas García C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. Medisan [Internet]. 2016 Abr [citado 4 Ene 2019];20(4):553-63. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/813/html>
3. Roca F, Mula P, Ortiz-Sánchez R, Gandía-Benetó R. Autorregulación emocional en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad infantil y potenciales evocados P300. Revista de Neurología [Internet]. 2015 [citado 25 Abr 2018];60(1). Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2014571>
4. ADAPTAHA. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: guía para padres y educadores [Internet]. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2016 [citado 25 Abr 2018]. Disponible en: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-guias-para-padres-y-educadores.html>
5. Vergara Vera IA, Mayo Parra I. Recomendaciones para la prevención psicoeducativa escolar de trastornos del comportamiento en adolescentes. Transformación [Internet]. 2019 [citado 10 May 2019];15(1):52-62. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552019000100052&lng=es&tlng=es
6. Portela Sabari A, Carbonell Naranjo M, Hechavarría Torres M, Jacas García C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. Medisan [Internet]. 2016 Abr [citado 10 May 2019];20(4):553-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400016&lng=es
7. Gimeno Morales M, Sánchez Ventura JG. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿incrementa su prevalencia o se promueve su diagnóstico? Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015 [citado 8 May 2019];17(65). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322015000100024&script=sci_arttext
8. Medscape [Internet]. New York: Medscape LLC.; © 1994-2021 [actualizado 20 Nov 2018; citado 15 Abr 2019]. Pediatric Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/912633-overview>
9. Arán-Filippetti V, Krumm G. Executive functions and attention in school-age children according to the behavioral profile rated by their teachers. International Journal Of Psychological Research [Internet]. 2013 Dic [citado 9 May 2014];6(2):89-97. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842013000200010
10. Garza-Morales S, Núñez-Villaseñor P, Vladimírsky-Guiloff A. Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (Spanish). Boletín Médico Del Hospital Infantil De México [Internet]. 2017 Jul [citado 19 Feb 2018];64(4):231-39. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi074e.pdf>
11. Duany Veranes DE, Álvarez Cuñat V, Pérez Reyna E. Modificación de conocimientos en familiares de niños y niñas con trastornos por déficit de atención. Medisan [Internet]. 2013 Abr [citado 19 Feb 2018];15(4):447-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000400007&lng=es

12. Ramírez Benitez Y, Díaz Bringas M, Ramos F, Manga D. Validez y confiabilidad de la Bateria Luria Inicial para identificar alteraciones neuropsicológicas en niños cubanos. (Spanish). Revista Cubana De Neurología Y Neurocirugía [Internet]. 2013 Mar [citado 9 May 2014];3(1):18-25. Disponible en. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2013/cnn131d.pdf>

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

Citar como: Sánchez Gutiérrez L, Pérez Jacomino B, Quesada Sanabria RM, Jacomino Fernández D. Conocimientos en padres de niños con déficit atencivo sobre esta enfermedad. Medimay [Internet]. 2021 [citado: fecha de citado];28(1):71-82. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1944>

Contribución de autoría

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

Autor	Contribución
Dra. Lidia Sánchez Gutiérrez	Investigación, software. supervisión, visualización, redacción (revisión y edición).
Dra. Brenda Pérez Jacomino	Administración del proyecto, redacción (borrador original).
Dra. Rita Marina Quesada Sanabria	Análisis formal, recursos, validación.
Dra. Dianelis Jacomino Fernández	Curación de datos, metodología, validación.

Este artículo se encuentra protegido con [una licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.

