

**ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE  
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ANDES, ANTIOQUIA**

**MARÍA AUXILIADORA CARDONA CARDONA**

**DERLY YULIANA HERNÁNDEZ GARZÓN**

**LUISA MARÍA RUBIANO FRANCO**

**Asesor:**

**Gilberto Gaviria Castaño**

**Psicólogo MSc en psicología cognitiva**

**Trabajo de grado para obtener el título de:**

**Psicólogas**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**2019**

## Índice general

Contenido	
Introducción .....	9
Planteamiento del problema.....	10
Justificación .....	19
Objetivos .....	23
Objetivo General.....	23
Objetivos Específicos.....	24
Marco teórico.....	24
Historia y conceptualización del TDAH.....	25
Historia del TDAH.....	25
Conceptualización del TDAH.....	27
Modelos explicativos del TDAH .....	30
Modelo atencional de Douglas.....	30
Modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. ....	31
Alternativas de tratamiento en TDAH .....	33
Tratamiento farmacológico.....	34
Psicoestimulantes.....	35
Tratamientos no farmacológicos.....	39
Historia y conceptualización de la psicoeducación .....	42
Historia de la psicoeducación. ....	42
Conceptualización de la psicoeducación. ....	44
Construcción e implementación de guías psicoeducativas .....	47
Implementación de guías psicoeducativas en el abordaje del TDAH.....	48
Metodología .....	50
Tipo de investigación.....	50
Población y muestra.....	50
Criterios de inclusión y exclusión.....	51
Criterios de inclusión. ....	51
Criterios de exclusión. ....	52

Instrumentos de recolección de información .....	53
Entrevistas semiestructuradas (recolección de conocimientos previos). .....	53
Componentes evaluativos (recolección información posterior a la socialización de los módulos). .....	54
Indagación de conocimientos previos de grupos poblacionales. ....	54
Revisión bibliográfica y construcción de módulos informativos. ....	55
Revisión por parte de asesor de tesis y docentes expertos. ....	57
Socialización de módulos y recolección de información posterior con grupos poblacionales. .....	58
Análisis de información .....	58
Consideraciones éticas .....	58
Resultados .....	59
Indagación de conocimientos previos de grupos poblacionales. ....	59
Socialización de módulos y recolección de información posterior con grupos poblacionales. .....	65
Discusión.....	70
Limitaciones el estudio. ....	71
Conclusiones .....	74
Bibliografía .....	76

Tabla de anexos	
Anexo A. Cuestionario de conocimientos y percepciones [docentes] .....	91
Anexo B. Cuestionario de conocimientos y percepciones [padres de familia].....	93
Anexo C. Cuestionario de conocimientos y percepciones [niños y adolescentes].....	95
Anexo D. Componente evaluativo [módulo para docentes] .....	97
Anexo E. Componente evaluativo [módulo de padres] .....	98
Anexo F. Componente evaluativo [módulo para adolescentes y niños] .....	100
Anexo G. Consentimiento informado .....	104
Anexo H. Consentimiento informado [menores de edad].....	106
Anexo I. Cartas solicitud de información .....	108
Anexo J. Portada y tabla de contenido [módulos docentes, padres, niños y adolescentes]	
.....	110
Anexo K. Solicitud de información .....	113
Anexo L. Formatos de evaluación de contenido .....	115
Anexo M. Listas de asistencia [socialización con docentes, padres y niños y adolescentes]	
.....	145
Anexo N. Imagen informativa [invitación socialización módulo para padres].....	148
Anexo O. Material audiovisual [dinámica "el baile de la ensalada"] empleado en la socialización de niños y adolescentes .....	149
Anexo P. Video construido para socializar módulo de niños y adolescentes .....	149
Anexo Q. Registro fotográfico [socialización módulo para docentes] .....	149
Anexo R. Registro fotográfico [módulo para padres].....	151
Anexo S. Registro fotográfico [socialización módulo niños y adolescentes] .....	153
Anexo T. Correos electrónicos para solicitar módulos informativos.....	156

Tabla de tablas	
Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TDAH [inatención] según DSM-V (2014).....	28
Tabla 2. Criterios diagnósticos para el TDAH [hiperactividad e impulsividad] según DSM-V (2014).....	29
Tabla 3. Presentaciones del TDAH [subtipos] según DSM-V (2014).....	30

## Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las afecciones con mayor prevalencia a nivel mundial, nacional y local. Es por ello que el presente trabajo investigativo promueve un abordaje psicoeducativo dirigido no sólo a la población escolarizada diagnosticada con TDAH, sino que incluye a docentes y padres de familia, brindando herramientas teórico-prácticas que se orientan a informar sobre la conceptualización, etiología, sintomatología base, dificultades asociadas, alternativas de tratamiento, ruta de atención y pautas de intervención de acuerdo al grupo poblacional al que se pertenezca. Para promover dicho abordaje, se realiza la indagación de conocimientos previos en los grupos poblacionales, la revisión de referentes bibliográficos y con base en estas dos etapas se construyen tres módulos informativos dirigidos a los grupos mencionados con antelación. Finalmente, se socializan los módulos informativos con los tres grupos participantes y se miden los conocimientos finales en relación al trastorno. Cabe mencionar que la construcción de los módulos informativos que componen la guía psicoeducativa, se realizó con base en las directrices revisadas en la bibliografía, alusivas a la construcción e implementación de guías psicoeducativas, además de los referentes bibliográficos concernientes al TDAH que presentaron información actualizada y verídica del trastorno. Tras la socialización de los módulos informativos se presentaron diferencias significativas en comparación con los conocimientos iniciales respecto al TDAH, ya que aquellos denotaron un aumento en el nivel de conocimiento. Lo anterior impacta de manera positiva la carencia de ofertas formativas o instituciones dedicadas al trabajo con población escolarizada con alguna NEE o diagnóstico de algún trastorno o enfermedad en la localidad y a brindar herramientas teórico-prácticas que puedan ser empleadas por la población interesada y que tengan en cuenta las particularidades del contexto.

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH, psicoeducación, abordaje psicoeducativo.

### **Abstract**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent conditions worldwide, nationally and locally. That is why this investigative work promotes a psychoeducational approach aimed not only at the school population diagnosed with ADHD, but includes teachers and parents, providing theoretical-practical tools that are oriented to inform about the conceptualization, etiology, symptomatology base, associated difficulties, treatment alternatives, route of care and intervention guidelines according to the population group to which it belongs. To promote this approach, the investigation of previous knowledge in the population groups is carried out, as well as the revision of bibliographic references and, based on these two stages, three informative modules are constructed, addressed to the groups mentioned in advance. Finally, the informative modules are socialized with the three participating groups and the final knowledge regarding the disorder is measured. It is worth mentioning that the construction of the informative modules that make up the Psychoeducational Guide, was made based on the guidelines reviewed in the bibliography, alluding to the construction and implementation of psychoeducational guides, in addition to the bibliographic references concerning ADHD that presented updated and true information of the disorder. After the socialization of the information modules there were significant differences compared to the initial knowledge regarding ADHD, since those denoted an increase in the level of knowledge. The above has a positive impact on the lack of training offers or institutions dedicated to work with a school population with some SEN or diagnosis of a disorder or disease in the locality and to provide theoretical-practical tools that can be used by the interested population and that have take into account the particularities of the context.

**Key words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, psychoeducation, psychoeducational approach.

## **Introducción**

El trabajo consignado en las siguientes páginas representa la tesis de pregrado de tres psicólogas en formación de la Universidad de Antioquia y consiste en la realización de un Abordaje Psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Andes, Antioquia. Dicho trabajo consta de seis etapas de elaboración, las cuales serán explicadas en apartados posteriores.

Dentro de las etapas de elaboración del presente trabajo, se prioriza el cumplimiento de los objetivos propuestos y se parte de la premisa de la inclusión de los tres grupos poblacionales directamente implicados en el TDAH. Es por ello, que la tesis se dirige a los docentes, padres de familia y niños y adolescentes diagnosticados con el trastorno y se construye un módulo informativo para cada población mencionada. Adicionalmente, se decide elaborar el trabajo teniendo en cuenta las particularidades del contexto, con el fin de apuntar a las necesidades de la población del municipio de Andes, Antioquia.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se realiza una medición de los conocimientos iniciales y una medición de los conocimientos posteriores a la socialización del abordaje y se incluyen los resultados y consideraciones encontradas.

Finalmente, y antes de dar paso al contenido del trabajo, se considera pertinente mencionar que la elección del tema se vio influenciada por la prevalencia del trastorno y por las necesidades de brindar herramientas teóricas y prácticas en relación al TDAH en el municipio.

## Planteamiento del problema

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) es un sistema de clasificación de dichas afecciones creado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1952, 1968, 1980, 1994, 2013) que tiene como finalidad contribuir a los profesionales de la salud a la identificación de una serie de signos o síntomas que subyacen a los síndromes o trastornos mentales. Dentro de este manual se clasifican los trastornos en categorías de diagnósticos que agrupan las afecciones comunes según la dimensión afectada (cognitiva, emocional y comportamental).

Una de estas categorías corresponde a los trastornos del neurodesarrollo, los cuales según el DSM-V (2014) se definen como un grupo de afecciones que tienen origen en el desarrollo, es decir, que surgen de manera temprana en la infancia e implican una serie de dificultades en el desarrollo y funcionamiento del cerebro y se caracterizan por un déficit que produce alteraciones a nivel personal, social, académico u ocupacional. Una de las afecciones comprendidas dentro de los trastornos del neurodesarrollo es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el cual es el tema principal del presente estudio.

Comúnmente se habla de TDAH, haciendo alusión a una afección común de la infancia, en la cual se presentan alteraciones en el comportamiento, concentración y atención de los niños, afectando así distintas áreas en la vida del individuo, específicamente la social y académica (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) brinda una definición más amplia de dicha afección, describiendo las implicaciones y características de la misma, las cuales corresponden a patrones persistentes de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad.

Las conductas de inatención y desorganización se reflejan en la incapacidad para atender por tiempos prolongados a un estímulo, dificultad para organizar una tarea o actividad e

inconvenientes para seguir instrucciones. La hiperactividad corresponde a movimientos excesivos, continuos e inoportunos; por su parte, la impulsividad se refiere a conductas de impaciencia e incapacidad para aplazar respuestas y gratificaciones, además de poca comprensión e interiorización de la norma y un escaso autocontrol (APA, 2014). Lo mencionado con anterioridad se corresponde con las tres dimensiones constituyentes del TDAH propuestas por Vélez y Viarte (2012), inatención, hiperactividad e impulsividad.

Respecto al origen o etiología del TDAH diversos postulados apuntan a que dicha afección tiene bases neurobiológicas, pero a su vez, recibe influencia de factores ambientales y sociales, los cuales repercuten en el pronóstico del diagnóstico del TDAH (Barkley et. al., 1990; Biederman et. al. 1992 y Pauls, 1991 citados por Mena, Nicaolau, Salat, Tort, Romero, 2006).

A raíz de la conceptualización brindada del TDAH han surgido una serie de aproximaciones que intentan explicar los procesos implicados en la afección, por ejemplo, Barkley (1997) citado por Orjales (2007) considera al TDAH como un trastorno en el que se ven implicadas principalmente las funciones ejecutivas y, por ende, denomina a su postulado como el modelo híbrido de las funciones ejecutivas. Dentro de este modelo se reitera que el TDAH es un trastorno correspondiente al desarrollo de la inhibición conductual, es decir, donde se presenta un déficit en la autorregulación de la conducta.

De acuerdo al modelo de Barkley y en línea con lo propuesto por el autor (citado por Servera-Barceló, 2005), se indica que algunas de las funciones ejecutivas en los menores que presentan dicho trastorno, se encuentran alteradas. Entre ellas se destacan: (a) memoria de trabajo no verbal, (b) memoria de trabajo verbal, (c) automotivación y (d) reconstitución y resolución de problemas.

Una vez conceptualizado el TDAH y algunos de los postulados que lo explican, se considera relevante mencionar los subtipos que se clasifican dentro del trastorno. Según la

Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V (2014) existen cinco subtipos enmarcados en el TDAH, los cuales corresponden a: (a) trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentación combinada, (b) trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentación dominante con falta de atención, (c) trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentación predominante hiperactiva-impulsiva, (d) otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado y (f) trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

De acuerdo a la descripción del TDAH, sus implicaciones y sus subtipos, se identifican una serie de afecciones que podrían presentarse de manera simultánea con el TDAH, entre los que predominan el trastorno negativista desafiante, trastorno específico del aprendizaje, trastorno de conducta y trastornos de ansiedad (DSM, 2005; Espina y Ortego, 2006; Holguín, Osío, Sánchez, Mosquera, Carrizosa y Cornejo, 2007).

Al tratarse de un trastorno de aparición temprana en el desarrollo, en el cual confluyen una serie de variables, tanto genéticas como ambientales, y donde se ven afectadas diversas áreas del individuo, es importante tener claridad sobre las posibles vías de tratamiento que favorecen las dimensiones o procesos implicados y mitigan los efectos de la afección. Algunas de las guías clínicas que tienen como finalidad el abordaje del TDAH (Tizón, 2007; Hidalgo, 2014), plantean diversos tipos de intervenciones que en general pueden clasificarse en cuatro grupos: (a) tratamiento farmacológico de entrada como única alternativa, (b) tratamiento multimodal (métodos farmacológicos, psicológicos y psicosociales), (c) apoyo psicopedagógico y psicosocial (acompañado de tratamiento farmacológico como segunda instancia) e, (d) intervención psicológica, psicopedagógica y psicosocial (individuo-familia), teniendo en cuenta el uso de apoyo farmacológico sólo cuando se requiera por situaciones extremas.

Independientemente del tipo de intervención elegida para el abordaje del TDAH es necesario implementar un diseño adaptado a las características del paciente, considerando aspectos de su personalidad, tipo de trastorno y la comorbilidad que pueda presentar. De acuerdo a Folgar (2016) la intervención farmacológica se recomienda como primera línea de tratamiento en los casos donde no existan indicios evidentes de comorbilidad. Dentro de los fármacos empleados, se destacan los psicoestimulantes del sistema nervioso central (metilfenidato y atomoxetina) y un simpaticomimético de acción central no estimulante; estos se encargan de reducir las manifestaciones de inquietud, inatención e impulsividad (Loro-López, Quintero, García-Campos, Jiménez-Gómez, Pando, Varela-Casal, Campos, Correas-Lauffer, 2009; Folgar, 2016). De no producirse resultados que apunten a la mitigación de los efectos del TDAH, se debe considerar el apoyo de otro tipo de intervención.

El tratamiento multimodal enfoca la intervención desde diversas áreas, farmacológica, psicológica y psicosocial y tiene en cuenta los diferentes contextos en los que interactúa y se desarrolla el individuo (familiar, laboral, escolar y social), con el fin de implementar un abordaje integral que facilite el uso de hábitos adaptativos en pro de mejorar la calidad de vida. Los dos últimos grupos de intervención se derivan del tratamiento multimodal, variando el grado de prevalencia en el uso de fármacos (Delgado, Rubiales, Etchepareborda, Bakker y Zuluaga, 2012).

Continuando con lo planteado por los autores mencionados, se propone que, desde la intervención multimodal, la labor con el ámbito psicológico (individual) busca la estimulación y potencialización de habilidades emocionales, comunicativas, sociales y cognitivas del paciente; por otro lado, la intervención psicosocial se fundamenta en informar y orientar a la familia, docentes y demás individuos que tengan relación con el paciente en la comprensión y atención de las necesidades que puedan derivarse a raíz del TDAH.

Múltiples fuentes denotan una mayor efectividad del tratamiento multimodal en el abordaje del TDAH (De la Peña, Barragán, Rohde, Patiño, Zavaleta, Ulloa, Isaac, Murguía, Pallia, y Larraguibel, 2009; Perote y Serrano, 2012; Hidalgo, 2014). Lo anterior se justifica tras el enfoque de dicho tratamiento, el cual se orienta al mejoramiento y reducción de síntomas que influyen en aspectos sociales y motivacionales (conductas desafiantes, desmotivación, relaciones interpersonales, etc.).

De la Peña et. al. (2009), exponen las ventajas de la intervención multimodal en TDAH y resaltan la utilidad de las intervenciones psicosociales, las cuales pretenden dotar de herramientas a los padres y demás individuos implicados en la vida de los menores con ese trastorno, para manejar la conducta de los mismos y potenciar las habilidades académicas y sociales en ellos.

Dentro de las estrategias empleadas para el desarrollo de las intervenciones psicosociales se destaca el uso de la psicoeducación, la cual es vista como una herramienta que ofrece información relacionada con los aspectos etiológicos, estrategias de afrontamiento y síntomas del TDAH y en donde se ven implicados no sólo el paciente y sus padres, sino también los demás individuos que tengan que ver con el menor (p.ej., los docentes) (De la Peña et. al, 2009, Rodríguez y Criado 2014).

De acuerdo a lo expuesto por diversos autores, la psicoeducación tiene su origen en el campo de la salud mental, específicamente en la atención a pacientes esquizofrénicos y sus familias (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop, y Pitschel-Walz, 2006; Montiel-Castillo, Guerra-Morales, 2015), a raíz de la necesidad de brindar herramientas informativas que instruyan a los pacientes y sus familias sobre su enfermedad, los entrene para resolver problemas y brinde alternativas que faciliten la comunicación y relaciones interpersonales. Actualmente y como resultado de la evolución de la psicoeducación, se proponen una serie de programas que plantean un enfoque de la misma con un corte más terapéutico, donde se

aborden en el paciente aspectos como el significado de la enfermedad, el manejo de los síntomas y la adherencia terapéutica. Por ello, se conciben dos categorías de la psicoeducación: informativa y conductual, la primera priorizando el suministro de la información relacionada con la enfermedad y la psicoeducación conductual priorizando el entrenamiento en la detección e intervención ante un nuevo episodio de la afección, la identificación de los causantes de crisis, mantenimiento de hábitos y reorganización de prejuicios relacionados con la enfermedad (Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2015).

Es por ello que se propone a la psicoeducación como un método efectivo para tratar las enfermedades mentales (Builes y Bedoya, 2006) y se expone como un proceso que suministra los elementos para desarrollar y fortalecer las habilidades que facilitan el afrontamiento de las situaciones de un modo más adaptativo, donde se orienta, identifica y enfoca la solución y tratamiento a determinada afección, favoreciendo la calidad de vida de quienes la padecen (Bulacio, Vieyra, Álvarez y Benatuil, 2004).

Han sido múltiples los estudios que han elucidado las ventajas de emplear este método de intervención en pacientes con afecciones como esquizofrenia, trastornos bipolares, etc. (Bäumli, Froböse, Kraemer, Rentrop, y Pitschel-Walz, 2006; Wilson, Crowe, Scott, y Lacey, 2017). En el caso del TDAH también se encuentran una serie de evidencias que apuntan a un abordaje más completo y positivo si se tiene en cuenta el componente psicoeducativo como una herramienta fundamental dentro del tratamiento del TDAH y sus síntomas (Virta, Vedenpää, Grönroos, Chydenius, Partinen, Vataja, Kaski, Iivanainen, 2008; Palacio, De la Peña-Olvera, Palacios-Cruz, Ortíz-León, 2009; Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brugue, Ramos-Quiroga, 2012; Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013; Vidal, 2015).

Wiggins (1999) (citado por Vidal-Estrada et al., 2012) estudió la influencia de la psicoeducación en los síntomas del TDAH en adultos, obteniendo resultados que apuntaron a

la mejora en lo relacionado con la inatención, falta de confianza y labilidad emocional. Virta, Vedenpää, Grönroos, Chydenius, Partinen, Vataja, Kaski, Iivanainen (2008) analizaron los efectos sobre los síntomas del TDAH en adultos de una terapia cognitivo conductual grupal que incluía un módulo dedicado a la psicoeducación y evidenciaron una disminución significativa de los mismos, reduciendo a su vez, síntomas comórbidos depresivos.

Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez (2013) analizaron los distintos tipos de tratamiento empleados para contrarrestar la sintomatología del TDAH en niños y adolescentes y se demuestra la efectividad de la implementación de las intervenciones no farmacológicas en la disminución de los síntomas y en el mejoramiento de la calidad de vida, interacciones y desempeño de los menores con esta afección. Dichas intervenciones comprenden la psicoeducación y herramientas psicopedagógicas dirigidas especialmente a los padres de los niños o adolescentes y estos autores enfatizan en la importancia en que se combine este tipo de tratamiento con las intervenciones farmacológicas para que los resultados sean más efectivos.

Otros autores han tenido en cuenta las particularidades de los pacientes con TDAH en los contextos latinoamericanos, por lo que han revisado de manera sistemática los distintos tipos de tratamiento alrededor del TDAH en niños, adolescentes y adultos y han analizado la eficacia del tratamiento multimodal en dicha afección, evidenciando efectos positivos de un tratamiento que integre la intervención psicosocial y psicoeducativa con el tratamiento farmacológico, además de la implicación de los padres y demás personas relacionadas con la vida del paciente (Palacio, De la Peña-Olvera, Palacios-Cruz, Ortíz-León, 2009).

Por lo anterior, realizar un abordaje psicoeducativo de las afecciones aumenta la capacidad de comprensión del trastorno y con ello, las habilidades y competencias para hacerle frente a los síntomas o situaciones que se vean afectadas por el mismo. Tampoco puede obviarse, que la psicoeducación al ser una intervención que tiene en cuenta a todos los implicados en la

vida del paciente, incrementa las posibilidades de mejoramiento de las dimensiones alteradas por la afección al generar un mayor conocimiento de la misma, incrementa la motivación para el cambio, favorece la adherencia al tratamiento y en muchos casos se reducen las recaídas o crisis (Tochetto de Oliveira, Garcia, 2018).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado de la intervención de las enfermedades a través de la psicoeducación y la prevalencia del TDAH a nivel mundial (alrededor de un 10% en la población mundial según la Fundación CADAH, 2019 y un 5,29% en población menor a 18 años según Polanczyk y cols, 2007), se considera relevante realizar un abordaje psicoeducativo del TDAH dirigido a padres de familia, docentes y pacientes que comprenda las particularidades de la afección, brinde nociones acerca de las causas y situaciones que agraven o mejoren los síntomas presentados en el curso del trastorno, además del suministro de herramientas que profundicen en el tratamiento y posibles estrategias que se orienten al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos.

Lo anterior se integra con la prevalencia del TDAH en la población estudiantil colombiana (20,4% según Sánchez, Grisales, Osío, Sánchez, Carrizosa, Cornejo y Holguín, 2005) y con los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), donde se reconocen las dificultades atencionales y de conducta en los menores como un indicador y un elemento a abordar de manera precisa y particular para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

Según los datos suministrados por la Secretaría de Salud y Bienestar Social del municipio de Andes y el hospital de dicha localidad, se habla de trece personas diagnosticadas con TDAH en el municipio desde el 2010 hasta la fecha. Por su parte, en las instituciones educativas del municipio se registran alrededor de 14 niños o adolescentes diagnosticados y 26 menores con indicio y sintomatología correspondiente al TDAH, pero aún sin un diagnóstico.

La administración municipal y el hospital del municipio no cuentan con algún programa o espacio dirigido a los niños y adolescentes con TDAH ni para sus familias o demás implicados en la vida de los mismos que suministren información acerca de la afección o apunten al mejoramiento de las condiciones de la calidad de vida de los niños o adolescentes con TDAH. En lo referente a las instituciones educativas del municipio, sólo una de estas cuenta con docente de apoyo pedagógico y desde allí se realiza un abordaje a las necesidades educativas especiales (NEE) de los estudiantes, por lo que no se ha implementado una atención particular al TDAH. Por lo demás, no han surgido iniciativas, capacitaciones o guías que informen acerca del trastorno, brinden estrategias de atención y minimización de los síntomas y contribuyan al mejoramiento de las áreas afectadas por la afección en quienes la padecen en el municipio de Andes, Antioquia.

Debido a las cifras que indican la alta prevalencia del TDAH en la población y a sus repercusiones en el ámbito social, educativo y familiar, se identifica la necesidad de diseñar e implementar herramientas psicopedagógicas que informen y orienten acerca de las características y las alternativas de tratamiento en dicho trastorno. Lo anterior ofrece a los diferentes agentes involucrados (padres, docentes y niños o adolescentes) un acercamiento contextualizado al conocimiento del TDAH y tiene cuenta que la falta de información puede representar un factor de riesgo que incide en el pronóstico y gravedad de los síntomas en los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH, debido a las malas prácticas en los contextos escolares y familiares, las cuales no tienen en cuenta las manifestaciones y particularidades de dicha afección (Hidalgo, 2014).

Al proponer un material que contenga información detallada, dirigida y personalizada a los pacientes, padres y docentes, en relación a la génesis, criterios diagnósticos y tipos de tratamiento, se espera contribuir a un abordaje más adecuado y a una mejora en el pronóstico y manifestaciones de la afección y se reconoce la trascendencia de implicar a los distintos

actores que se relacionan con el paciente, los cuales deben asistir de manera conjunta a niños y adolescentes con TDAH y actuar de manera acertada en lo relacionado con las rutas de atención y demás consideraciones necesarias para sobrellevar y potenciar procesos de aprendizaje, estrategias psicopedagógicas y educativas y contribuir a la aparición y mantenimiento de comportamientos adaptativos en los diferentes contextos.

Con base en lo mencionado en este apartado y teniendo en cuenta las necesidades referidas en cuanto a la desinformación del trastorno y la finalidad del presente estudio, surgen una serie de interrogantes que apuntan a direccionar la construcción del mismo y que se responderán conforme se avance con ello.

Dichos interrogantes hacen referencia a: (a) ¿Cuáles son los conocimientos y percepciones respecto al TDAH de los niños y adolescentes, padres de familia y docentes antes de la socialización de la guía psicoeducativa?, (b) ¿Cuáles son los cambios en los conocimientos y percepciones respecto al TDAH de los niños y adolescentes, padres de familia y docentes posterior a la socialización de la guía psicoeducativa?, (c) ¿Cómo construir una guía psicoeducativa sobre el TDAH de acuerdo a los criterios establecidos en la literatura y que se adapte a las necesidades y características de los grupos poblacionales a los cuales va dirigida?

### **Justificación**

Se habla del TDAH como un trastorno del neurodesarrollo de alta prevalencia a nivel mundial y nacional (Sánchez, Grisales, Osío, Sánchez, Carrizosa, Cornejo y Holguín, 2005; Polanczyk y cols, 2007; Carvajal-Castrillón, Rueda, Restrepo, Dávila, Garzón, Galeano, Arboleda, Bareño, 2014; Fundación CADAH, 2019), lo cual ha generado el diseño e implementación de distintas opciones de tratamiento que apuntan a la disminución o mejoría de la sintomatología y procesos alterados debido a la afección. Entre estas opciones se destacan tratamientos farmacológicos, intervenciones psicosociales y psicopedagógicas y la

combinación de ambas (Tizón, 2007; Hidalgo, 2014; Folgar, 2016). Dichas intervenciones además de tener como objetivo contrarrestar los síntomas del TDAH, pretenden impactar de manera directa en las formas de abordar dicha afección y facilitar estrategias para su control (Lora, 2016).

Diversidad de estudios han demostrado la efectividad de las intervenciones que conjugan los fármacos con herramientas psicoterapéuticas, psicosociales, psicopedagógicas y psicoeducativas en la reducción y mejoramiento de las dimensiones y procesos alterados en los niños, adolescentes y adultos con TDAH (Korzeniowsk e Ison, 2008; Virta, Vedenpää, Grönroos, Chydenius, Partinen, Vataja, Kaski, Iivanainen, 2008; De la Peña, Barragán, Rohde, Patiño, Zavaleta, Ulloa, Isaac, Murguía, Pallia, y Larraguibel, 2009; Palacio, De la Peña-Olvera, Palacios-Cruz, Ortíz-León, 2009; Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brugue, Ramos-Quiroga, 2012; Perote y Serrano, 2012; Hidalgo, 2014; Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013; Vidal, 2015).

Dentro de este tipo de intervenciones se incluyen las diversas guías clínicas o manuales psicoeducativos que conceptualizan al TDAH y algunos de sus criterios diagnósticos, brindan nociones generales acerca de la etiología, comorbilidad, farmacología y demás opciones de tratamiento, además de comprender una serie de herramientas para la detección de la afección y la predominancia de alguno de los subtipos de la misma (Artiles y Jiménez, 2006; Espina y Ortego, 2006; Mena, Nicolau, Salat, Tort, y Romero, 2006; FEAADAH, 2010; FEAADAH, s.f; García y Magaz, 2014; Rabito-Alcón, Correa-Lauffer, 2014).

Si bien dichas guías y manuales contienen información relevante y de gran utilidad sobre el TDAH, es claro que la mayoría de estas herramientas están dirigidas únicamente a padres de familia y docentes de los niños y adolescentes que presentan la afección (Artiles y Jiménez, 2006; Mena et. al. 2006; FEAADAH, 2010; FEAADAH, s.f; Asociación Elisabeth d'Ornano, 2010; Asociación STILL, 2011; De Burgos et. al. 2011; Balbuena et. al. 2014;

García y Magaz, 2014), evidenciándose la necesidad de material orientado directamente a quienes padecen el trastorno.

Se tiene claridad de la importancia de ofrecer información a los padres de familia, docentes y pacientes diagnosticados con TDAH, pero existe la necesidad de que los docentes como agentes fundamentales en la detección y manejo de la afección, al estar en permanente contacto con los niños y adolescentes con TDAH (Jarque, Tárraga y Miranda, 2007), cuenten con la información, elementos y criterios idóneos y una constante formación y acompañamiento para que puedan hacerle frente y contribuyan de manera positiva al mejoramiento de las alteraciones relacionadas con el trastorno (González, 2014).

Lo anterior se fundamenta en una serie de estudios que han indagado sobre los conocimientos, creencias y actitudes de los docentes respecto a la conceptualización y tratamiento del TDAH, donde los resultados evidencian nociones claras y más acertadas de los educadores frente al conocimiento cotidiano y una falencia en la adaptación de las intervenciones, así como en el acceso a los diversos tipos de tratamiento en cada contexto, específicamente en el latinoamericano (Palacio, De la Peña-Olvera, Palacios-Cruz y Ortíz, 2009; Palacios, De la Peña, Figueroa, Arias, De la Rosa, Valderrama y Ulloa, 2013; Jarque et al., 2007; Torres, 2015). Otros estudios han cuestionado los resultados mencionados con antelación y han revelado desconocimiento del TDAH y dificultades de los docentes y padres de familia para identificar y abordar el trastorno (Cela y Herreras, 2017).

En concordancia con lo mencionado, se evidencia la importancia de que las guías y manuales proporcionen información correspondiente al lugar y características del mismo, es decir, es fundamental que se realice la lectura del contexto y con base en ella se puedan crear herramientas orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de los niños, adolescentes y adultos con TDAH de acuerdo al lugar donde se encuentren y las particularidades que presenten para que se pueda extrapolar lo teórico a la práctica (Manzano, 2009; Palacio et.

al., 2009). Particularmente en el contexto latinoamericano deben contemplarse los distintos factores (económicos, culturales, sociales, etc.) que pueden influir en el abordaje del TDAH y que esto posibilite el diseño y utilidad de guías dirigidas a la sociedad latinoamericana (Palacio et. al., 2009).

Teniendo en cuenta los factores mencionados con anterioridad, la creación y difusión de material psicoeducativo que tenga en cuenta no sólo a los padres y docentes, sino a los directamente implicados en el TDAH (niños y adolescentes diagnosticados) resultaría de gran utilidad y facilitaría la comprensión del mismo, motivando a los niños y adolescentes con la afección a conocer sobre la misma y desarrollar e implementar estrategias que puedan fortalecer y mejorar los procesos alterados. Esto se relaciona de manera directa con el desconocimiento evidenciado en la población del municipio de Andes, Antioquia acerca del TDAH y la incongruencia evidenciada en las cifras brindadas por las distintas entidades e instituciones del municipio en lo relacionado con personas diagnosticadas con dicha afección.

En relación a lo expuesto, autores como Cela y Herreras (2007) han identificado una serie de factores en el contexto educativo y familiar que guardan relación con la distorsión de la información que lleva a un mal diagnóstico o concepción del TDAH. Estas razones hacen referencia a: (a) información inadecuada de los padres de familia sobre lo que deben considerar como un comportamiento anormal, (b) escasa formación e información del profesorado en trastornos de conducta (especialmente TDAH), (c) falta de implementación de programas de los profesionales en educación respecto al trastorno, (d) poca dotación de profesionales especializados en el tema y (e) carencia de protocolos para la identificación y diagnóstico psicopedagógico.

Lo indicado confirma la necesidad de la creación e implementación de material psicoeducativo en TDAH accesible a todas las personas implicadas en la vida de niños, adolescentes y adultos con el trastorno. Así mismo, esta idea también se apoya en la carencia

de intervenciones, guías o manuales que tengan en cuenta las características de la población latinoamericana (Palacios et. al. 2007; De la Peña et. al. 2009), evidenciándose de manera más notoria esta escasez en el contexto local del municipio de Andes, Antioquia, donde no se registran antecedentes de algún tipo de guía informativa, espacios para el debate o formación del TDAH, ni instituciones o programas dedicados a abordar, asesorar o brindar acompañamiento a la población con este trastorno y sus padres de familia o docentes.

Al comprender la importancia de un abordaje que integre a todos los implicados en la vida de los menores con TDAH y teniendo en cuenta, además de la prevalencia del trastorno, la falta de información contextualizada acerca de la afección y lo que ha generado este desconocimiento (estigmatización, etiquetas y poca tolerancia), se considera pertinente y necesario diseñar e implementar una guía psicoeducativa compuesta por tres módulos informativos dirigidos a población escolarizada diagnosticada, padres de familia y docentes, que se oriente a brindar una visión holística del niño o adolescente con TDAH y que se aproxime a su etiología, alternativas de tratamiento, rutas de atención y pautas que faciliten la comprensión de los pacientes, padres y docentes en lo respectivo al trastorno, además de incluir las particularidades del contexto y de apuntar a la disminución de las afectaciones y la potencialización de las habilidades de cada individuo, impactando de manera positiva el abordaje de dicha afección en el municipio de Andes, Antioquia.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Promover un abordaje psicoeducativo del TDAH por medio de la construcción y socialización de una guía dirigida a población escolarizada, padres de familia y docentes del municipio de Andes, Antioquia.

### **Objetivos Específicos**

- Evaluar las percepciones y conocimientos sobre el TDAH que tiene la población escolarizada diagnosticada, los padres de familia y los docentes.
- Diseñar una guía psicoeducativa del TDAH basada en los constructos teóricos fundamentales, protocolos existentes, particularidades del contexto y dirigida a población escolarizada, padres de familia y docentes.
- Socializar la guía psicoeducativa con la población escolarizada, padres de familia y docentes del municipio de Andes, Antioquia.
- Medir las percepciones y conocimientos sobre el TDAH que tiene la población escolarizada diagnosticada, los padres de familia y los docentes posterior a la socialización de la guía psicoeducativa.

### **Marco teórico**

En los apartados anteriores se han abordado algunos elementos que se consideran fundamentales al momento de explicitar lo que se pretende estudiar en la presente investigación. Con fines de esclarecer y puntualizar en temas relevantes y que guardan relación con el tema de estudio, se considera pertinente elegir y presentar una fundamentación teórica sólida, la cual englobe los términos y variables que son objeto de investigación, definiendo inicialmente el contexto histórico y circunstancias en las que surge la conceptualización del TDAH, posteriormente, los distintos modelos teóricos que lo explican, junto con los tipos de tratamiento del mismo. Finalmente, se realiza una revisión y explicación de la historia y conceptualización de la psicoeducación, incluyendo las evidencias encontradas de la implementación de guías psicoeducativas en el abordaje del TDAH.

## **Historia y conceptualización del TDAH**

Se hace alusión al TDAH como una de las alteraciones más frecuente en niños y adolescentes, la cual se caracteriza por presentar patrones persistentes de inatención, hiperactividad e impulsividad (Amador, Forns y Martorell, 2001). En la actualidad, se cuenta con criterios diagnósticos y subtipos establecidos para dicho trastorno (CIE-10 y DSM-V), por ello se considera necesario hacer una revisión bibliográfica con el fin de identificar los antecedentes conceptuales que preceden al TDAH y han contribuido con la definición vigente y clasificación en los manuales diagnósticos y estadísticos de mayor uso y relevancia.

### **Historia del TDAH.**

Al realizar la búsqueda de diversos referentes teóricos que abordan la evolución histórica del TDAH (Barkley 1997, Navarro y García, 2010; Guerrero, 2016), se encuentra que es a partir de 1798 cuando el médico Alexander Crichton se ocupa de la fisiología y patología de la mente humana y hace alusión a la inquietud e incapacidad de atender a un estímulo por determinado tiempo como “agitación o inquietud mental”; por su parte en 1845 el médico psiquiatra Heinrich Hoffman mediante una serie de escritos donde aborda distintos problemas psiquiátricos, incluye un relato titulado “Felipe el nervioso”, cuento protagonizado por un niño con dificultades de atención e hiperactividad. Posteriormente, en 1899 Clouston sostiene que dichos síntomas se corresponden con un trastorno de hiper-excitabilidad (Guerrero, 2016).

Continuando con la evolución del TDAH, es en 1902 cuando el pediatra George Still, describe un grupo de 20 niños con algunos síntomas y manifestaciones relacionadas con la falta de atención, búsqueda de gratificación inmediata y escaso control inhibitorio de conductas. Frente a ello, Still refiere dicho conjunto de dificultades como “defecto del control moral” y atribuye su origen a una alteración innata o adquirida en el período perinatal o postnatal. (Navarro y García, 2010). De acuerdo con la revisión bibliográfica, esta

definición se ha considerado como la primera descripción científica del trastorno, puesto que anticipa que las posibles causas de la afección corresponden a una alteración de origen neurológico (Barkley 1997, Navarro y García, 2010; Guerrero, 2016).

Las manifestaciones antes referidas al vincularse y atribuirse a deterioros neuronales, generaron que se comprendieran como “daño cerebral mínimo” o “disfunción cerebral mínima”, la cual se caracterizaba por dificultades en el aprendizaje y la memoria, impulsividad, labilidad emocional, etc. (Navarro y García, 2010; Guerrero, 2016). A partir de los años 50 y con el auge del conductismo empezó a cobrar relevancia el estudio y consideración de la hiperactividad como síntoma principal en algunas de las afecciones de los niños, obviándose el estudio de la atención e impulsividad. Por lo anterior, Isenberg y Rutter (1957) (citados por Navarro y García, 2010), plantearon un nuevo término para conceptualizar dicha problemática: “síndrome hiperkinético”. Sin embargo, es sólo hasta 1968 cuando en la segunda edición del DSM aparece por primera vez la “reacción hiperkinética de la infancia”, haciendo alusión a conductas de hiperactividad (American Psychiatric Association, 1968; Navarro y García, 2010).

En los años 70 los estudios y avances en lo referente a las afecciones mentales se enfocan en el análisis de los procesos cognitivos, por lo que el estudio de la atención recobra relevancia y es Virginia Douglas (1972) (citada por Peña y Montiel, 2003; Navarro y García, 2010) quien apoyando lo dicho con antelación, propone que la reacción hiperkinética consignada en el DSM-II puede presentar variabilidad y al tener en cuenta a la atención como síntoma principal, se pueden evidenciar manifestaciones acompañadas o no de hiperactividad.

Al proponerse como característica definitoria de la reacción mencionada a las dificultades atencionales del niño y las alteraciones conductuales en segunda instancia, se evidencia que los múltiples estudios de Douglas y su grupo de la Universidad McGill fueron decisivos en la clasificación del trastorno para la tercera edición del DSM (1980). Conceptualizando la

“reacción hipercinética” como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (TDAH) (American Psychiatric Association, 1980).

En la década de los 80, con mayor claridad y con el término que actualmente se emplea para definir a la afección mencionada, se logra una mayor concientización de lo que implica el trastorno y surgen las primeras asociaciones de padres de los niños con dicho diagnóstico de TDAH (Peña y Montiel, 2003; Navarro & García, 2010). Con la cuarta edición del DSM (1994), el TDAH se clasifica de acuerdo al predominio de los síntomas en tres subtipos: (a) predominante hiperactivo-impulsivo, (b) predominante inatento, (c) subtipo combinado y (d) no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) en 1992 y allí se comprende al TDAH entre los trastornos hipercinéticos, los cuales también se dividen en subtipos, (a) trastorno de la actividad y la atención, (b) trastorno hipercinético disocial, (c) otros trastornos hipercinéticos y (d) trastorno hipercinético sin especificación (Navarro y García, 2010; Mayor y García, 2011). Actualmente la CIE-10 incluye al TDAH en los trastornos mentales y del comportamiento, específicamente en los trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en la infancia y adolescencia (OMS, 1999; OMS, 2000).

### **Conceptualización del TDAH.**

En la actualidad se cuenta con el DSM-V (2014), edición que define al TDAH como un trastorno del neurodesarrollo que presenta patrones persistentes de inatención y/o hiperactividad, interfiriendo en el funcionamiento o desarrollo de quien lo padece, específicamente en las dimensiones social y académica y guardando estrecha relación con la descripción de los criterios diagnósticos de la edición anterior. Como se mencionó, el TDAH en la edición más reciente del DSM deja de pertenecer al capítulo de trastornos del comportamiento y pasa a conceptualizarse dentro de los trastornos del neurodesarrollo.

También se evidencia que en lo relacionado con la comorbilidad que puede presentarse con el TDAH, se incluyen los trastornos del espectro autista (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Se denominan trastornos del neurodesarrollo a una serie de afecciones de aparición temprana, es decir, que se presentan en la infancia y guardan relación con algunas alteraciones en el desarrollo y el funcionamiento cerebral, lo cual implica algunas dificultades en distintas áreas, como la académica y social (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Para clasificar al TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo, identificar las características y que se pueda emitir el diagnóstico respectivo, se tienen en cuenta una serie de criterios diagnósticos que se asocian a determinados síntomas. Dichos criterios diagnósticos se mencionarán a continuación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Tabla 1

*Criterios diagnósticos para el TDAH [inatención] según DSM-V (2014)*

<b>Patrón</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Duración</b>
Inatención (seis o más síntomas)	-Falla para atender a detalles -Dificultad para sostener atención -Apariencia de no escucha -No seguimiento de instrucciones, ni culminación de deberes -Dificultad para organización de tareas -Evasión de actividades que requieran esfuerzo mental sostenido -Pérdida constante de elementos -Distracción constante debida a estímulos externos -Olvido frecuente de actividades cotidianas	Mínimo seis meses

**Nota:** La inatención se relaciona con desviaciones en las actividades, falta de constancia, dificultad para mantener atención y desorganización. Lo anterior no corresponde a falta de comprensión.

**Fuente:** elaboración propia basada en datos de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades (APA, 2014).

Tabla 2

*Criterios diagnósticos para el TDAH [hiperactividad e impulsividad] según DSM-V (2014)*

<b>Patrón</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Duración</b>
Hiperactividad e impulsividad  (seis o más síntomas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Movimiento frecuente de extremidades o retorcimiento</li> <li>-Levantamiento constante en situaciones en que se debería estar en quietud</li> <li>-Correteo inapropiado (inquietud)</li> <li>-Incapacidad frecuente de jugar u ocuparse de actividades lúdicas</li> <li>-Dificultad para organización de tareas</li> <li>-Actuación como “impulsado por un motor”</li> <li>-Habla excesiva</li> <li>-Respuestas inesperadas o antes de terminar las preguntas</li> <li>-Dificultad para esperar turnos</li> </ul>	Mínimo seis meses

*Nota:* La hiperactividad hace alusión a una actividad motora excesiva e inapropiada. La impulsividad se refiere a conductas precipitadas y que pueden representar un daño para el individuo.

*Fuente:* elaboración propia basada en datos de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades (APA, 2014).

Además de los criterios diagnósticos, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades DSM-V (2014), se incluyen las presentaciones del TDAH, es decir, se mencionan los subtipos en que puede manifestarse el trastorno.

Tabla 3

*Presentaciones del TDAH [subtipos] según DSM-V (2014)*

<b>Presentación</b>	<b>Descripción</b>
Combinada	Se cumplen el criterio de inatención y el de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses
Predominante con falta de atención.	Se cumple el criterio de inatención, más no el de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses
Predominante hiperactividad/impulsividad	Se cumple el criterio de hiperactividad-impulsividad, más no el de inatención durante los últimos seis meses

*Fuente:* elaboración propia basada en datos de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades (APA, 2014).

### **Modelos explicativos del TDAH**

Con el fin de comprender la etiología y características del TDAH, se realiza una revisión bibliográfica de los principales modelos explicativos, entre los que se destacan: (a) el modelo atencional propuesto por Douglas y (b) el modelo híbrido de las funciones ejecutivas propuesto por Barkley.

#### **Modelo atencional de Douglas.**

La psicóloga canadiense Virginia Douglas fue precursora en la modificación del término de síndrome reactivo hiperactivo (DSM-III, 1980) por el actual término de TDAH (DSM-IV, 1994). Su modelo atravesó diferentes etapas, pero su tesis central se basó en la consideración del predominio de la inatención como característica principal del TDAH, considerando que los síntomas de hiperactividad pueden aparecer como una variable inespecífica que puede estar influenciada por variables madurativas y situacionales en el diagnóstico de dicho trastorno (Servera, 2005).

Las conclusiones de Douglas resultan de sus investigaciones a partir de la implementación de tareas que miden fundamentalmente dos aspectos, detección de los estímulos durante

largos períodos de tiempo y respuesta únicamente ante ciertos estímulos determinados (Servera, 2005).

El modelo atencional de Douglas (1983) tiene como eje central la variable sostenida/vigilancia, a partir de la cual se destacan cuatro elementos que inicialmente cuentan con bases biológicas y posteriormente pueden ser modulados por factores ambientales. Estos elementos corresponden con (Piñón, Vazquez-Justo y Fernandes, 2017):

- (a) Rechazo o poco interés por dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas.
- (b) Tendencia hacia la búsqueda de estimulación o gratificación.
- (c) Escasa capacidad para inhibir conductas impulsivas.
- (d) Escasa capacidad para regular la activación en la resolución de problemas.

Las dificultades antes descritas alteran el desempeño comportamental y el procesamiento de información y generan deficiencias secundarias (déficit en el desarrollo de esquemas y estrategias, déficit en motivación intrínseca asociada a bajo rendimiento y déficit meta cognitivo) (Servera, 2005).

### **Modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley.**

El científico norteamericano Russell Barkley se ha destacado por sus aportes a la comprensión teórica del TDAH y en concordancia con ello, propone un modelo que sugiere que dicho trastorno es producto de una alteración del control inhibitorio de las funciones ejecutivas (Ramos y Pérez, 2015). De acuerdo con este modelo el mecanismo de control inhibitorio está compuesto por tres elementos: (a) inhibición comportamental, (b) regulación del comportamiento o autocontrol y (c) funciones ejecutivas (Orjales, 2000 y Servera 2005). Por tanto, la alteración cognitiva central en el TDAH es la respuesta ejecutiva inhibitoria del individuo, lo cual afecta otras funciones y conductas y genera síntomas característicos de dicho trastorno (p.ej. dificultad para atender a un solo estímulo, incapacidad para seguir

instrucciones e inhibir comportamientos) (Henríquez-Henríquez, Zamorano-Mendieta, Rothhammer-Engel, y Aboitiz, 2010).

En el modelo de Barkley (1997) se tienen en cuenta cuatro funciones ejecutivas que presentan una relación bidireccional en la autorregulación del comportamiento (Orjales 2000; Servera 2005; Ramos y Pérez 2015).

- ***Memoria de trabajo o memoria no verbal.***

La cual posibilita la retención de información para utilizarla una vez desaparece el estímulo que la originó. Este tipo de memoria también permite la percepción retrospectiva y la capacidad de imitación de un comportamiento nuevo y complejo a partir de la observación de otras personas.

- ***Memoria de trabajo verbal o habla autodirigida.***

Permite regular el comportamiento y seguir reglas e instrucciones.

- ***Control de la motivación, emociones y estado de alerta.***

El cual permite contener emociones y respuestas de alertas que pueden distraer al individuo de su objetivo.

- ***Reconstitución.***

Este proceso consta de dos subprocesos, la fragmentación de las conductas observadas y la recombinación de sus partes para el diseño de nuevas acciones. Esto posibilita la resolución de problemas.

Estas funciones son consideradas como un sistema separado del de inhibición conductual, pero se encuentran jerárquicamente organizadas (Aran y López, 2013). El modelo de Barkley propone, además, que las funciones ejecutivas se desarrollan desde lo externo hacia lo interno; es decir, conceptualiza a las funciones ejecutivas como formas de comportamiento autodirigido que evolucionan de respuestas manifiestas o públicas a respuestas encubiertas o

privadas como un medio para la autorregulación (Orjales, 2000; Servera, 2005; Arán y López, 2013).

De acuerdo con el modelo en mención, el TDAH es un trastorno del desarrollo que genera de forma secundaria un déficit en el funcionamiento de las funciones ejecutivas que depende de la inhibición y refleja en el individuo una alteración en la capacidad de autorregulación en el control de la conducta (Orjales, 2000).

### **Alternativas de tratamiento en TDAH**

Para empezar a hablar del tratamiento en TDAH es necesario remitirse al origen de las intervenciones dirigidas a aminorar la sintomatología de esta afección, el cual según Eisenberg (2007) se derivó de la identificación de múltiples casos clínicos que compartían una serie de síntomas como hiperquinesia, cortos períodos de atención, alta distractibilidad, labilidad emocional, ansiedad, déficit intelectual y comportamiento antisocial.

Continuando con lo planteado por Eisenberg (2007), la evolución histórica de la conceptualización del TDAH, mencionada en páginas anteriores, detonó una alta prevalencia de diagnósticos del trastorno; además de ser identificada como la única afección para la cual existía un tratamiento eficaz demostrado empíricamente, dicho tratamiento basado principalmente en el suministro de sulfato de anfetamina, un estimulante del sistema nervioso central que genera que el individuo esté más atento (Borrego, 2007).

De acuerdo con Zuluaga (2006), pese a la efectividad comprobada del tratamiento farmacológico en el TDAH, se ha venido investigando sobre la existencia y efectividad de otras alternativas de tratamiento. Según el autor mencionado, en un primer momento se emplearon técnicas conductuales de refuerzo para el moldeamiento de conductas, luego se amplió la propuesta hasta el contexto social utilizando programas de refuerzo en el hogar y en

otros contextos, siguiendo con intervenciones cognitivo-conductuales y finalizando con el estudio de la eficacia conjunta o por separado de los diferentes tratamientos.

Algunos autores proponen la necesidad e importancia de realizar un abordaje integral del trastorno, debido al carácter multifacético del mismo, donde se incluya intervención psicológica, educativa y farmacológica (García y Nicolau, 2001; Palacio, y De la Peña, 2009; Rabito-Alcon y Correas-Lauffer, 2014).

Según la revisión y análisis realizado, se concluye que los principales tratamientos empleados en el abordaje del TDAH se categorizan en dos grupos generales: (a) farmacológicos y (b) no farmacológicos (Jáen y Pérez, 2006; Zuluaga, 2006; Rabito-Alcon y Correas-Lauffer, 2014; Cortese y Miranda, 2017).

### **Tratamiento farmacológico.**

Alrededor del año 1937 cuando el neurólogo y pediatra Charles Bradley (citado por Eisenberg, 2007) descubrió que la benzedrina, un potente estimulante del sistema nervioso central, mejoraba de manera considerable la conducta y el desempeño escolar en niños y adolescentes con problemas de conducta, se suscitó el interés por estudiar las bases neurológicas de los trastornos del comportamiento.

Lo anteriormente mencionado también fue causa de una serie de modificaciones en la psiquiatría infantil, dando origen al primer tratamiento psicofarmacológico para este tipo de patología (Eisenberg, 2007). A partir de dicho acontecimiento, esta alternativa de tratamiento ha sido la intervención predilecta para el TDAH, pues se enfoca principalmente en la acción neurobiológica del trastorno y apunta a la reducción de los síntomas relevantes del mismo: (a) inatención, (b) impulsividad e (c) inquietud motora (García, Expósito, Martínez, Quintanar y Bonet, 2005; Soutullo y Álvarez-Gómez, 2013).

De acuerdo a lo expuesto y a raíz de diversos estudios realizados sobre de la efectividad y los posibles efectos adversos del uso de psicofármacos en el tratamiento del TDAH, se tiene

un consenso en el cual diversos autores (Palacio, De la Peña-Olvera, Palacios-Cruz y Ortiz-León, 2009) señalan como opciones de primera línea de tratamiento farmacológico a los psicoestimulantes, metilfenidato, sales mixtas de anfetamina, dextroanfetamina y pemolina; seguido de los antidepresivos, atoxetina, imipramina, desimipramina, nortriptilina, amitriptilina y cloripramina.

Cada grupo de los fármacos mencionados han demostrado eficacia en lo referente a la regulación de los síntomas característicos del TDAH (inatención, impulsividad e hiperactividad), la diferencia radica principalmente en los efectos secundarios y en las particularidades de cada caso, por lo que se recomienda el uso de psicoestimulantes como primera opción cuando no se presenta comorbilidad y el uso de antidepresivos como la atomoxetina cuando existe comorbilidad con trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y presencia de tics (Loro-López, Quintero, García-Campos, Jiménez-Gómez, Pando, Varela-Casal y Correas-Lauffer, 2009; Suárez, Quintana y Esperón, 2006).

### **Psicoestimulantes.**

Se define como psicoestimulantes a un grupo de sustancias que incrementan la disponibilidad de noradrenalina y dopamina en el espacio intersináptico, estimulando y aumentando el nivel de actividad cerebral, generando mejoras en los niveles de atención, concentración y actividad motora (Antolí y Gómez, 2013; Saíz, 2018). Estos fármacos son considerados como la primera línea de tratamiento en TDAH y según los hallazgos encontrados, los efectos adversos suelen ser leves y transitorios (Pozo de Castro, De la Gándara, García y García, 2005; Antolí y Gómez, 2013).

Dentro de los psicoestimulantes empleados en el tratamiento del TDAH, se ha comprobado la eficacia del metilfenidato (o ritalina) y se ha catalogado como el psicoestimulante más recomendado (Hidalgo y Soutullo, 2011). Se sugiere el uso del

metilfenidato superados los seis años en los niños, para que exista la posibilidad de descartar que no se trate de otra afección (Pozo de Castro et. al., 2005).

Diversos estudios que analizan la efectividad del metilfenidato exponen mejoras significativas en las áreas de atención, impulsividad, tiempo de reacción, memoria a corto plazo y aprendizaje verbal y no verbal y su dosificación se relaciona con el propósito de alcanzar resultados óptimos y no con el peso o la edad, pues a mayor intensidad de los síntomas, mayor efecto van a mostrar los fármacos empleados (García y Nicolau, 2001; García, Expósito, Martínez, Quintanar y Bonet, 2005; Cortese y Miranda, 2017).

Actualmente se encuentran disponibles tres presentaciones del metilfenidato: (a) de liberación inmediata, (b) intermedia y (c) prolongada. Cada una varía en cuanto a la duración de su efecto clínico y la minimización de los efectos secundarios, los cuales hacen alusión a la disminución del apetito, insomnio, cefalea, tics, gastralgia y labilidad emocional (Cardo y Servera, 2008; Loro-López, Quintero, García-Campos, Jiménez-Gómez, Pando, Varela-Casal, y Correas-Lauffer, 2009; Ron, Blasco-Fontecilla, Hernani y Chueca, 2015). A continuación, y en concordancia con los autores mencionados, se precisarán cada una de las presentaciones de metilfenidato mencionadas.

#### *Metilfenidato de liberación inmediata.*

Su objetivo es controlar los síntomas conductuales del paciente, se caracteriza por ser de rápida absorción, por lo cual su efecto sólo dura de dos a cuatro horas. Este tipo de psicoestimulante requiere de dos a tres tomas diarias para conservar su efecto.

#### *Metilfenidato de liberación intermedia.*

Esta formulación se compone de un 50% de metilfenidato de liberación inmediata y un 50% de metilfenidato de liberación intermedia, el cual tiene como función la capa de protección gástrica. El efecto de este tipo de metilfenidato se produce en los primeros 30 minutos y puede prolongarse hasta por siete horas.

### *Metilfenidato de liberación prolongada.*

En este caso el fármaco es liberado por medio de un sistema osmótico que controla el flujo del fármaco de manera paulatina dentro del organismo en un plazo de ocho a doce horas después de una única toma. Esta formulación es la de mayor preferencia, debido a su larga duración. Dentro de los fármacos asociados al metilfenidato más prescritos se destacan: (a) Ritalín, (b) Concerta y (c) Focalín (Sauceda y Maldonado, 2005).

Si bien el metilfenidato es el medicamento predilecto en el tratamiento del TDAH, se encuentran otros psicoestimulantes en el mercado, como: (a) dextroanfetamina (Dexedrine), empleado como primera elección en pacientes que no responden al metilfenidato, caracterizado por una liberación y efecto prolongado, (b) mezcla de sales de anfetamina (Adderall), las cuales resultan de una mezcla de sulfato sacarato de dextroanfetamina y aspartato de anfetamina, generando un efecto modulador sobre la dopamina y noradrenalina y (c) pemolina (Cylert), presentando restricciones en su uso debido a la toxicidad hepática (Hidalgo y Soutullo, 2011).

Si bien los psicoestimulantes han demostrado ser un tratamiento eficaz y de pocos efectos adversos, diversos estudios han señalado contraindicaciones de su uso en pacientes que presentan otro tipo de afecciones como esquizofrenia, hipotiroidismo, arritmias cardíacas, depresión, hipertensión, epilepsia, retraso mental severo, tics e historial de consumo de drogas o alcohol, en estos casos se recomienda el uso de antidepresivos como la atomoxetina (Cardo y Servera, 2008).

### *Antidepresivos.*

Los antidepresivos alteran la actividad cerebral y aumentan la producción de algunos neurotransmisores, como la dopamina y noradrenalina y aunque se han evidenciado mejoras significativas en síntomas conductuales y en casos donde se presenta comorbilidad con

trastornos psicóticos, de ansiedad, depresivos, de sueño, tics y abuso de fármacos efectividad, se advierte una reducción de la efectividad de dichos fármacos en la mitigación de la sintomatología asociada a la inatención (Pozo de Castro et. al., 2005).

La atomoxetina ha sido el fármaco no estimulante más empleado para el tratamiento del TDAH, siendo un fuerte inhibidor de la recaptación de la noradrenalina, un neurotransmisor encargado de aumentar la presión arterial y disminuir el impulso (Loro-López, Quintero, García-Campos, Jiménez-Gómez, Pando, Varela-Casal y Correas-Lauffer, 2009; Cortese y Miranda, 2017).

Dicho fármaco se administra en una dosis única y se receta según el peso y la edad del individuo. Los efectos adversos de la atomoxetina son principalmente de carácter digestivos, como náuseas, epigastralgia e hiporexia, sedación y efectos anticolinérgicos principalmente en la población adolescente (Puentes, Guerrero y Ruiz, 2015).

Dentro del grupo de antidepresivos se encuentran otros fármacos que también se emplean en el tratamiento del TDAH, entre los que se destacan: (a) bupropión, (b) moclobemida, (c) venlafaxina y (d) reboxetina (Pozo de Castro et. al., 2005).

Teniendo en cuenta lo expuesto en lo referente al tratamiento farmacológico en el TDAH, se elucida la asociación del trastorno a la carga genética heredada, ignorando que las alteraciones en la dinámica familiar o social también producen modificaciones y aceleran la aparición de trastornos en la conducta (Tizón, 2007). Conforme a esto, un tratamiento netamente farmacológico no sería una opción del todo eficaz, aunque no se debe desconocer que el uso de estos fármacos es justificable, en mayor medida, cuando se trata de casos con un diagnóstico grave o con alta comorbilidad, en donde se presenta una buena respuesta al medicamento con resultados rápidos y estables (Pérez, 2009; Díez, Figueroa y Soutullo, 2006).

Por lo que se refiere a la eficacia del tratamiento farmacológico para el TDAH, autores como García y et al. (2005) proponen, mediante una revisión teórica, de las características, indicaciones, dosis y efectos adversos del tratamiento farmacológico con psicoestimulantes, que si bien este tipo de tratamiento ha demostrado ser exitoso con un porcentaje entre el 70-80% de efectividad en los pacientes que lo inician y al ser la línea de tratamiento predilecta, que se encuentran otros estudios que coinciden en que la combinación de tratamiento farmacológico y conductual ha demostrado mayor eficacia.

Lo anterior se fundamenta en la importancia de emplear intervenciones personalizadas que se ajusten a las necesidades del individuo, características contextuales, personales y sociales con el fin de promover un pronóstico evolutivo favorable desde diferentes líneas de tratamiento (Villar, 2004).

### **Tratamientos no farmacológicos.**

Como consecuencia del estudio de los efectos de la medicación sobre las conductas asociadas al TDAH, se plantean alternativas distintas y complementarias al tratamiento de este trastorno, entre las que se destacan: (a) entrenamiento conductual por medio de técnicas de refuerzo contingente, seguido de (b) intervención cognitivo conductual y por último y teniendo en cuenta la importancia del contexto, (c) intervenciones de tipo psicosocial (Zuluaga, 2006).

De igual manera a partir del modelo híbrido de las funciones ejecutivas propuesto por Barkley (1997) se han generado propuestas de intervención adaptadas al perfil neuropsicológico del paciente, tomando como factor fundamental, la influencia de la educación cognitivo-conductual en el desarrollo de la capacidad de autocontrol (Orjales, 2007). De acuerdo a lo mencionado, se han implementado programas de intervención enfocados al control externo de la conducta y al desarrollo de estrategias de autocontrol, a raíz de lo cual se han identificado resultados eficaces en los programas de demora impuesta,

moldeamiento de estrategias reflexivas de actuación, entrenamiento en feedback, técnicas de exploración y autor-registro y técnicas de auto-instrucción basadas en órdenes verbales auto-dirigidas (Arco, Fernández e Hinojo, 2004; Orjales, 2007; Redondo, Sánchez, Martínez, y de Miguelsanz, 2011).

Si bien el TDAH comprende síntomas de carácter crónico, también se ven afectadas distintas dimensiones del individuo, acarreando consecuencias negativas en el desarrollo personal e integral de quien lo padece. Por ello, un adecuado programa de intervención debe apuntar al desarrollo y obtención de los siguientes objetivos (Villar, 2004):

- Implementación de una psicoeducación idónea y referente al trastorno (causas, consecuencias, signos, síntomas y tratamiento).
- Prevención y tratamiento de los efectos secundarios generados debido a la patología de base (baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de indefensión, depresión, ansiedad etc.).
- Promoción del desarrollo de estrategias en autoconocimiento personal, aceptación, afrontamiento y compensación de habilidades.
- Estimulación de otras facultades o áreas de pertinencia de acuerdo al caso.
- Suministro de herramientas necesarias para un adecuado desarrollo académico.

Así pues, algunos autores (Orjales, 1999; Polaino, Lorente Ávila, 1993; Polaino y col, 1997 citados en Orjales, 2004) mencionan tres principales perspectivas desde las cuales debe enfocarse un programa de intervención para TDAH: (a) diseño personalizado de acuerdo al perfil específico del paciente, (b) identificación de las prioridades de cada caso y (c) consideración de un completo abordaje y entrenamiento en autocontrol de la conducta, entrenamiento cognitivo en estrategias de autovaloración, análisis y solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo emocional, reforzamiento de aprendizajes

básico y uso de un soporte farmacológico controlado en la dosificación y duración de acuerdo a cada caso.

A causa del estudio de la eficacia de los tipos de tratamientos por separado y de manera conjunta, se ha constatado que cuando estos se combinan presentan efectos más eficaces a los obtenidos de manera individual (Zuluaga, 2006). A este enfoque de intervención se le ha denominado tratamiento multimodal, el cual integra medicación psicoestimulante, técnicas conductuales de manejo de contingencias donde se refuerzan las conductas apropiadas, psicoeducación y entrenamiento a padres y docentes y entrenamiento cognitivo en auto-instrucciones y resolución de problemas, con el objetivo de brindar un abordaje integral y óptimo del trastorno (Mejía, Rubiales, Etchepareborda, Bakker y Zuluaga, 2012; Rabito-Alcón y Correas- Lauffer, 2014).

El tratamiento multimodal busca facilitar y promover la atención integral de dicha afección desde diversas áreas; en primer lugar se hace referencia a la atención individual, desde la cual se pretende orientar, estimular y potencializar las habilidades de comunicación, emocionales, sociales y cognitivas del niño o adolescente; seguido de la atención farmacológica, dirigida principalmente a mejorar la sintomatología específica del trastorno y por último la orientación psicosocial, la cual se concentra en asesorar a padres y docentes en la comprensión y atención adecuada del niño teniendo en cuenta las características propias que comprende TDAH (Mejía et al., 2012).

En cuanto a la efectividad del tratamiento multimodal, diversos estudios exponen a esta alternativa de tratamiento como la intervención con el mayor soporte de resultados positivos a largo plazo, lo cual se ha evidenciado de acuerdo al grado de satisfacción de padres, docentes y niños, mejora en las habilidades sociales, mayor rendimiento académico y reducción de las dosis de los fármacos empleados para la sintomatología de base (Cabasés y Quintero, 2005; Mejía, et. al, 2012; Valencia y Arias, 2017).

## **Historia y conceptualización de la psicoeducación**

El término “psicoeducación” cuenta con diversas conceptualizaciones, las cuales en su mayoría apuntan a definirla como un proceso que brinda posibilidades de desarrollar y contribuir a las capacidades y estrategias de afrontamiento frente a distintas situaciones para que estas sean sobrellevadas de un modo más adaptativo (Bulacio, Vieyra, Álvarez, Benatuil, 2004). Lo anterior, hace alusión a un enfoque en el área de la salud dirigido a los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad o trastorno y a sus familiares, con el fin de ofrecerles herramientas que impliquen su participación en el tratamiento y ajustes en la vida de los pacientes para mejorar la calidad de vida y aminorar los efectos producidos por la afección (Colom, 2011; Lukens y McFarlane, 2004; Stafford y Colom, 2013; Haslam-Hopwood et. al., 2006 citados por Wilson, Crowe, Scott y Lacey, 2017).

Antes de abordar con mayor amplitud la conceptualización del término, se considera pertinente realizar un recorrido histórico del concepto, abordando de manera precisa las transformaciones por las que ha atravesado el término “psicoeducación” para que fuera concebido como en la actualidad.

### **Historia de la psicoeducación.**

Según Martínez (2015), los primeros intentos por hablar de intervención psicoeducativa se remontan a 1960, con la implementación de técnicas de modificación conductual, prácticas desarrolladas en el área educativa y relacionadas con la educación especial e intervenciones que incluían a los padres de familia en el tratamiento. Otros autores proponen que los orígenes de la psicoeducación tienen lugar en los años 70 y 80 al evidenciarse la influencia de la implicación y percepción de los familiares y personas cercanas de los pacientes esquizofrénicos, a raíz de las indagaciones realizadas sobre la emoción expresada (EE) (Vizcarro y Arévalo, 1987; Muela y Godoy, 2001).

Dichas observaciones precisaron que los pacientes con alta EE, es decir, donde sus familiares o allegados manifestaban de manera constante conductas hostiles y poco comprensivas, se incrementaban las posibilidades de tener recaídas o de presentar una sintomatología más severa; mientras que los pacientes con menor EE, presentaban mayor estabilidad emocional y reducción en la expresión de sus síntomas (Arévalo, 1990).

Adicional a lo anterior, diversos autores (Anderson y Reiss, s.f.; Fallon y Pederson, 1992; Lega, Caballo & Ellis, 1997; Rascón, Díaz, López & Reyes, 1997; Varela, 1999 citado por Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2015; Arévalo, 1990) indagaron por las necesidades de los pacientes con esquizofrenia, las cuales se relacionaban con el desconocimiento de la afección y lo que ello ocasionaba en el trato dado por los familiares a los pacientes, reduciendo las posibilidades de identificar y comprender la etiología, sintomatología y alternativas de tratamiento de la esquizofrenia (Arévalo, 1990).

Con ello, se evidencia la necesidad de un abordaje que brinde herramientas informativas sobre la afección a los pacientes y las personas cercanas a estos y se proponen una serie de intervenciones que comprendan un componente informativo dirigido a los familiares de los pacientes esquizofrénicos, planteándose la implementación de la intervención psicoeducativa (Leff et. al, 1982, 1983, 1985 citados por Arévalo, 1990; Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop, y Pitschel-Walz, 2006).

Dichas intervenciones arrojaron datos que demostraban una reducción en las recaídas e ingresos hospitalarios de los pacientes con esquizofrenia, mejoría en la comprensión y estrategias de afrontamiento adecuadas ante las recaídas de los pacientes y se evidenció una reducción en la EE de los familiares hacia los pacientes (Arévalo, 1990). A raíz de lo anterior, se plantea el abordaje psicoeducativo como complemento al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia para prevenir acciones inadecuadas frente a las recaídas y

que sea posible un abordaje constructivo de la afección por parte de los pacientes y familiares (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop, y Pitschel-Walz, 2006).

El término psicoeducación fue empleado por primera vez en 1980 por Anderson, Gerard, Hogarty y Reiss (citados por Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop, y Pitschel-Walz, 2006) para describir un tratamiento que contemplaba instrucciones a los pacientes sobre su afección, entrenamiento en resolución de problemas, en comunicación y autoafirmación. Por su parte, Builes y Bedoya (2006) brindan una explicación de los orígenes de la intervención psicoeducativa que se relaciona con lo mencionado sobre la misma como elemento complementario de los tratamientos farmacológicos, pues se resalta la importancia de incluir a los familiares en la información proporcionada y se reconoce la utilidad de suministrar datos relacionados con la etiología, curso, sintomatología, tratamientos y posibilidades de desarrollar las potencialidades de los familiares de los pacientes e impactar de manera positiva en la respuesta frente a las crisis o recaídas de estos.

Los autores mencionados explicitan cómo a raíz de una serie de estudios, se demuestra la efectividad de las intervenciones psicoeducativas en el tratamiento de otras enfermedades mentales y no únicamente en el tratamiento de la esquizofrenia (Builes y Bedoya, 2006). Proenza (2015) expone a la intervención psicoeducativa como una de las alternativas más acertadas y con respaldo empírico para el mejoramiento al momento de afrontar enfermedades crónicas, ofreciendo herramientas informativas y conductuales a los pacientes y familiares de estos.

### **Conceptualización de la psicoeducación.**

Teniendo en cuenta los datos que validan a la intervención psicoeducativa como exitosa en el tratamiento de distintas enfermedades y trastornos, han surgido una serie de conceptualizaciones que han apuntado a definir a la psicoeducación como un enfoque de intervención que pretende enseñar a los pacientes y sus familiares a sobrellevar la

enfermedad, brindando herramientas para aprender y desarrollar habilidades y ajustes que permitan a los pacientes y sus familiares ser partícipes activos del tratamiento (Bulacio et. al., 2004; Wilson, et. al., 2017). Otros postulados exponen la importancia no sólo de informar, sino también de promover el cambio conductual que apunte a la modificación de algunas conductas, actitudes y hábitos que generen una adaptación más oportuna de la afección (Pedraza, Molerio, Álvarez, Hernández y Rodríguez, 2012, citados por Montiel-Castillo y Guerra-Morales, 2015; Colom, 2011; Campero y Ferraris, 2014).

De allí, la distinción que se realiza actualmente entre psicoeducación informativa y psicoeducación conductual. Siendo los programas de intervención psicoeducativa informativa de corta duración y enfocados principalmente en la transmisión de información relevante relacionada con el trastorno o enfermedad; mientras que la intervención psicoeducativa conductual, se caracteriza por ser de una duración más prolongada y apuntar a la identificación e intervención frente a crisis o recaídas, lo que implica la modificación de algunos hábitos o conductas (Colom, 2011).

Algunos autores exponen la importancia de conocer y comprender la enfermedad, lo que ha generado un nuevo modelo o manera de abordar y cuidar la salud (López y Hernández, 2011). Lo anterior da cuenta de la necesidad de incluir elementos educativos que brinden nociones claras sobre la enfermedad y sus alternativas de tratamiento, involucrando no sólo a los pacientes, sino también a los familiares de estos. A raíz de lo mencionado, se propone una serie de principios del modelo psicoeducativo (López, 2011):

- Trabajo basado en la creación de una alianza que facilita la participación y vinculación del paciente y la familia.
- Suministro de información de la enfermedad y su manejo.
- Creación de ambiente familiar, laboral y social que promueva la permanencia y apoyo al paciente.

- Integración del paciente a distintos roles (p.ej. familiar y social).
- Búsqueda de continuidad en el cuidado y vinculación del paciente y sus familiares.
- Reconocimiento de las distintas modalidades de la intervención psicoeducativa y posibilidad de elegir la que se considere más efectiva e idónea (orientación y apoyo familiar, manejo psicoeducativo comunitario, etc.).

Continuando con la estructura de la intervención psicoeducativa, se plantean cuatro etapas que conforman dicho abordaje: (a) involucramiento familiar, (b) información y orientación de la enfermedad, (c) entrenamiento en solución de problemas y (d) facilitación de la rehabilitación y vinculación social (López, 2011).

Se habla de la efectividad de la psicoeducación en distintas afecciones (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop y Pitschel-Walz, 2006; Builes y Bedoya, 2006; Korzeniowski e Ison, 2008; Colom, 2011; Proenza, 2015; Wilson et. al., 2017) y como se mencionó en páginas anteriores, el presente trabajo pretende realizar un abordaje psicoeducativo del TDAH en el municipio de Andes, Antioquia. Por ello, se expuso la influencia de la psicoeducación en el tratamiento de dicho trastorno y se describieron las evidencias encontradas en la bibliografía y la influencia positiva que han demostrado las intervenciones psicoeducativas en el mejoramiento y reducción de la sintomatología de los pacientes con TDAH, además de la comprensión y la manera de enfrentar los episodios o crisis de la enfermedad por parte de los pacientes y sus familiares (Virta, Vedenpää, Grönroos, Chydenius, Partinen, Vataja, Kaski, Iivanainen, 2008; Palacio, De la Peña-Olvera, Palacios-Cruz, Ortiz-León, 2009; Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brugue, Ramos-Quiroga, 2012; Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013; Vidal, 2015).

## **Construcción e implementación de guías psicoeducativas**

Al tener en cuenta a todos los implicados en la vida de los pacientes y al suministrar información de utilidad para sobrellevar y tratar las afecciones (Campero y Ferraris, 2014), la intervención psicoeducativa incluye el diseño e implementación de guías informativas que se emplean con el objetivo mencionado. Dichas guías han sido diseñadas e implementadas en el abordaje de múltiples enfermedades, necesidades o problemáticas (p.ej., trastorno bipolar, depresión, TDAH, abordaje de alumnado con NEE, abordaje de dificultades en las relaciones interpersonales, entre otros) (Colom y Vieta, 2006 citados por Wilson et. al. 2017; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de Galicia, 2014; López y Hernández, 2011; Espina y Ortego, 2006; Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2006; Ayuntamiento de Santa Úrsula, 2009).

Es por ello que la creación de dichas guías tiene en cuenta los criterios establecidos para la elaboración de guías de práctica clínica (GPC), guías de atención, guías psicoeducativas y protocolos. Estas pautas definen a dichas herramientas como instrumentos dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes, valorar los tipos de tratamiento más efectivos y reducir las prácticas inapropiadas en el ámbito clínico (López, Garita, Clark, Angulo, Alvarado, Muñoz, Moya, Álvarez, García, Obando, 2007).

Dentro de las pautas o pasos a seguir al momento de construir una GPC, una guía psicoeducativa, de atención o protocolos, se destacan algunos comunes encontrados en la búsqueda y revisión realizadas en las distintas páginas, portales y herramientas virtuales disponibles. Estos pasos apuntan a: (a) la identificación de la problemática o diagnóstico de necesidades psicoeducativas en relación a una enfermedad o trastorno, (b) consolidación de grupo de trabajo, (c) búsqueda, revisión y análisis sistemático de bibliografía actualizada con sustento teórico y empírico, (d) construcción de un documento inicial o borrador de la guía o protocolo, (e) revisión y análisis del borrador, (f) realización de correcciones o adiciones al

borrador, (g) construcción del documento final de la guía y (h) presentación de la guía o protocolo al público de interés (López et. al., 2007; d'Ornano, 2010; Ministerio de la Protección Social y COLCIENCIAS, 2010; Cuéllar, Martín y Cabrera, 2014; Proenza, 2015).

### **Implementación de guías psicoeducativas en el abordaje del TDAH.**

Con base en lo anterior, se propone la implementación de las guías psicoeducativas orientadas principalmente a los familiares y pacientes diagnosticados de determinada afección. En concordancia con ello y con el propósito del presente estudio, se identifican una serie de guías psicoeducativas dirigidas a la población diagnosticada con TDAH y sus allegados. A continuación, se mencionan algunos elementos comunes hallados en la revisión de las herramientas psicoeducativas consultadas que abordan el TDAH.

- ***Psicoeducación informativa.***

Suministro de información relevante del trastorno, enfatizando en la definición de la afección y tratamiento del mismo en la infancia y adolescencia y en menor medida brindando información de la afección en etapas de transición o en la adultez (Espina y Ortego, 2006; García y Magaz, 2007; d'Ornano, 2010; Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2010).

- ***Abordaje común de elementos como diagnóstico, evaluación y tratamiento del TDAH.***

Respecto a esto, se tienen en cuenta los criterios diagnósticos de los manuales y clasificaciones más relevantes a nivel internacional (DSM-V, 2014 y CIE-10, 2008), las distintas guías revisadas proponen una serie de instrumentos de auto-reporte para la identificación de síntomas y conductas que se relacionen con el TDAH y se encuentra que la mayoría de estas herramientas informativas respaldan al tratamiento multimodal como el más idóneo e integral para intervenir y aminorar la sintomatología y áreas afectadas debido al trastorno (Gobierno de Aragón, s.f., Soutullo y Chiclana, 2008; Moreno y García 2017).

- ***Descripción de la etiología.***

Dejando claridad que aún no existe un consenso definitivo en lo referente a la causa del TDAH, la mayoría de las guías revisadas coinciden en mencionar que la afección tiene base neurobiológicas y que existen otros factores de riesgo (sociales y medioambientales) que inciden en el curso del trastorno (Mena, Nicolau, Salat, Tort, y Romero, 2006; FEAADAH, 2010; De Burgos, Barrios, Engo, García, Gay, Guijarro, Romero, Sanz, Martín, Prada, y Sánchez, 2011; Balbuena, Barrio, González, Pedrosa, Rodríguez y Yagüez, 2014; García y Magaz, 2014).

- ***Guías dirigidas a docentes y padres de familia.***

Las guías consultadas se dirigen a los padres de familia de la población escolarizada con TDAH y a sus docentes. Lo anterior denota una escasez en las herramientas informativas dirigidas a los niños o adolescentes diagnosticados con la afección (Mena, Nicolau, Salat, Tort, y Romero, 2006; FEAADAH, 2010; De Burgos, Barrios, Engo, García, Gay, Guijarro, Romero, Sanz, Martín, Prada, y Sánchez, 2011; Balbuena, Barrio, González, Pedrosa, Rodríguez y Yagüez, 2014; García y Magaz, 2014).

## **Metodología**

### **Tipo de investigación**

La presente investigación cumple con los criterios de un estudio teórico clásico, ya que incluye la revisión teórica de un tema determinado, en este caso, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), sin incluir estadísticas para fundamentar las ideas expuestas (Montero y León, 2002; Montero y León, 2007).

A lo anterior, pueden añadirse elementos propios de la metodología cualitativa, ya que además de la revisión teórica realizada, se tienen en cuenta los conocimientos previos, percepciones y experiencias sobre el TDAH en los tres grupos poblacionales a los cuales se dirige el estudio (docentes, padres de familia y niños y adolescentes). Con base en dichos conocimientos y percepciones, se busca comprender un fenómeno en su contexto natural y así identificar cómo los individuos implicados perciben, interpretan y experimentan el fenómeno (Hernández y Baptista, 2014).

Adicional a la comprensión del fenómeno, se busca impactar de manera positiva sobre los conocimientos iniciales, con la creación y socialización de módulos informativos dirigidos a los grupos mencionados. Es por ello que se emplean herramientas como las entrevistas semiestructuradas y se hace uso del juicio de expertos como criterio de evaluación de contenido.

### **Población y muestra**

La población participante en la investigación está conformada por los estudiantes con diagnóstico de TDAH, docentes de básica primaria, básica secundaria y media y padres o cuidadores de niños o adolescentes con el diagnóstico mencionado. Todos estos pertenecientes a la Institución Educativa San Juan de los Andes (I.E.S.J.A.) e Institución Educativa Marco Fidel Suárez (I.E.MF.S.) del municipio de Andes, Antioquia.

De dicha población se elige una muestra específica para la investigación, de acuerdo a los criterios establecidos desde los objetivos de este estudio y la disponibilidad de los participantes. Se selecciona un tipo de muestra homogénea, la cual de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014) es aquella cuyos participantes comparten el mismo perfil, características o rasgos similares afines al tema a investigar, en este caso, el diagnóstico de TDAH y el trabajo con la población diagnosticada.

La población a la cual se dirige el presente estudio está conformada por tres grupos:

- Grupo A: cuatro estudiantes de la básica primaria, básica secundaria y media de la I.E.S.J.A y la I.E.M.F.S del municipio de Andes, Antioquia con diagnóstico de TDAH.
- Grupo B: seis padres de familia o cuidadores de los estudiantes con dicho diagnóstico.
- Grupo C: cinco docentes de aulas regulares vinculados con el proceso de enseñanza-aprendizaje de los menores con TDAH.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

### **Criterios de inclusión.**

#### ***Para niños o adolescentes.***

- Estudiantes matriculados y cursando alguno de los grados de la básica primaria, básica secundaria o media en las I.E.S.J.A o I.E.M.F.S del municipio de Andes, Antioquia.
- Población escolarizada con diagnóstico de TDAH.
- Estudiantes cuya edad oscile entre 6 y 18 años de edad.
- Estudiantes que cuenten con el consentimiento informado firmado por sus padres o tutores y el asentimiento de manera escrita para participar en la investigación.
- Estudiantes que accedan a participar de manera voluntaria en el estudio.

***Para padres de familia.***

- Padres de familia o cuidadores de los estudiantes con diagnóstico de TDAH.
- Padres de familia o cuidadores que accedan a participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

***Para docentes.***

- Docentes de aulas regulares que laboren en la I.E.S.J.A o I.E.M.F.S. del municipio de Andes, Antioquia
- Docentes que hacen parte del proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes con diagnóstico de TDAH.
- Docentes que acepten participar en el estudio y, por consiguiente, firmen el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión.**

Los criterios de exclusión se refieren a aquellas pautas que impiden la participación de determinado individuo en un estudio o investigación. En este caso y además de no cumplir con los criterios de inclusión mencionados anteriormente, los individuos que presenten las características mencionadas en las siguientes líneas, no podrán ser partícipes del abordaje psicoeducativo.

- Afecciones mentales o físicas que impidan la comprensión de lo expuesto en las distintas etapas del abordaje.
- En lo respectivo al grupo de docentes, no podrá participar el personal que labore en el servicio de apoyo pedagógico, orientación escolar y o que desempeñen roles directivos o administrativos en las instituciones educativas.

## **Instrumentos de recolección de información**

En concordancia con el propósito y el tipo investigación se emplearon instrumentos dirigidos específicamente a cada grupo de participantes. Para tal fin y teniendo en cuenta las particularidades del contexto y de los grupos, las investigadoras diseñaron los instrumentos de recolección de información, los cuales permitieron identificar los conocimientos y las percepciones iniciales y posteriores a la socialización de los módulos informativos construidos acerca del TDAH.

### **Entrevistas semiestructuradas (recolección de conocimientos previos).**

Los instrumentos de recolección de conocimientos previos del TDAH consisten en entrevistas semiestructuradas que indagaron por: (a) conceptualización de psicoeducación, (b) conceptualización de TDAH, (c) etiología del TDAH, (d) sintomatología base del TDAH, (e) ruta de atención, (f) dificultades asociadas al TDAH, (g) alternativas de tratamiento del TDAH y (h) pautas o estrategias implementadas en contexto familiar, escolar o individual.

Es pertinente mencionar que para la creación de los instrumentos de recolección de información, se tuvieron en cuenta los apartados con base en los cuales se construyeron los módulos informativos (conceptualización de psicoeducación, conceptualización de TDAH, etiología del TDAH, etc.). Dichos elementos se retomaron de la literatura revisada sobre la construcción e implementación de guías psicoeducativas (ver apartado “Construcción e implementación de guías psicoeducativas”).

Para dar respuesta a los interrogantes planteados en las entrevistas semiestructuradas, se brindaron a los entrevistados dos alternativas de respuesta: (a) escrita y (b) verbal. El colaborador es quien elige el formato. En la presentación escrita, se brinda el formato en físico de la entrevista; en el caso de que se elija el formato oral, se procede a grabar la respuesta de los entrevistados y posteriormente, a transcribir la información suministrada en los audios.

Se estipula un tiempo de respuesta de 30 minutos por cada entrevistado y en el apartado de “Anexos”, se incluyen los cuestionarios empleados para los docentes, padres de familia y niños y adolescentes (ver Anexos A, B y C).

**Componentes evaluativos (recolección información posterior a la socialización de los módulos).**

Para evaluar los conocimientos de los participantes respecto al TDAH después de la socialización de los módulos, se diseñan y aplican formatos evaluativos para cada grupo poblacional, los cuales indagan por los mismos aspectos de las entrevistas iniciales. Esto con el fin de poder analizar y contrastar las respuestas obtenidas de acuerdo a cada apartado.

Los formatos de respuesta y tiempo estipulado para los componentes evaluativos varían según el grupo poblacional. En el caso de los docentes y padres de familia, las respuestas emitidas se consignan de manera escrita, en un tiempo máximo de 15 minutos; para los niños y adolescentes, se incluyen formatos de respuestas orales y escritas, teniendo en cuenta las particularidades de este grupo.

Para visualizar los componentes evaluativos contruidos y empleados para valorar los conocimientos posteriores a la socialización de los módulos informativos, estos se incluyen en el apartado “Anexos” (ver Anexos D, E y F).

El procedimiento de recolección de información de la presente investigación se realizó en cuatro fases: (a) indagación de conocimientos previos de grupos poblacionales, (b) revisión bibliográfica y construcción de módulos informativos, (c) revisión por parte de asesor de tesis y docentes expertos y (d) socialización de módulos y recolección de información posterior con grupos poblacionales. En los párrafos siguientes, se describen las fases mencionadas.

**Indagación de conocimientos previos de grupos poblacionales.**

Se indaga por los conocimientos iniciales sobre el TDAH que tengan los distintos grupos poblacionales a los cuales va dirigido el presente trabajo con el fin de: (a) conocer las

percepciones iniciales que se tienen frente al TDAH, (b) establecer las áreas en las que se evidencia mayor carencia de componentes informativos en relación al TDAH y (c) evaluar el impacto de la socialización de los distintos módulos construidos. Lo anterior en correspondencia con los objetivos y diferentes etapas del abordaje psicoeducativo.

La recolección de información correspondiente a los conocimientos iniciales, se realizó con la aplicación de las entrevistas semiestructuradas mencionadas en el apartado “Instrumentos de recolección de información”. Inicialmente, se realizó la invitación a los tres grupos poblacionales, se diligenciaron los consentimientos informados (ver Anexos G y H) y finalmente se aplicaron las entrevistas.

### **Revisión bibliográfica y construcción de módulos informativos.**

Posterior a la recolección de conocimientos previos sobre el TDAH, se procede a revisar referentes bibliográficos actualizados y de fuentes verídicas que den cuenta de: (a) conceptualización de psicoeducación, (b) conceptualización de TDAH, (c) etiología del TDAH, (d) sintomatología base del TDAH, (e) ruta de atención, (f) dificultades asociadas al TDAH, (g) alternativas de tratamiento del TDAH y (h) pautas o estrategias implementadas en contexto familiar, escolar o individual.

Los referentes bibliográficos revisados fueron extraídos de bases de datos científicas (EBSCO, Dialnet, SciELO), portales web académicos (Google Scholar), instituciones y portales web especializados en trastornos infantiles y TDAH (asociaciones, fundaciones, ministerios de salud, etc.), además de libros, guías y demás herramientas informativas asociadas a la afección.

Para la búsqueda en dichas bases de datos y portales se emplearon palabras claves, tales como: (a) TDAH, (b) trastorno por déficit de atención e hiperactividad, (c) tratamientos y TDAH, (d) etiología y TDAH, (e) psicoeducación, (f) guías de práctica clínica, (g) psicoeducación y TDAH, (h) guías psicoeducativas, (i) abordaje psicoeducativo, (j) manuales

de TDAH, (k) guías de TDAH, (l) attention deficit disorder and hyperactivity, y (m) psychoeducation. Los resultados encontrados representaron una cantidad considerable de información, de allí se seleccionaron 118 referentes, los cuales fueron elegidos teniendo en cuenta la fecha de publicación, veracidad de la información y correspondencia con los apartados que guiaron la construcción de los módulos informativos.

Una vez se revisan los referentes expuestos y antes de llevar a cabo la construcción de los módulos informativos, se indaga sobre la cifra de población diagnosticada con TDAH en el municipio de Andes, Antioquia. Para ello, se solicita dicha información en Secretaría de Salud y Protección Social de Andes, la E.S.E. Hospital San Rafael de Andes, la Institución Educativa San Juan de los Andes, Institución Educativa Marco Fidel Suárez, Institución Educativa María Auxiliadora e Institución Educativa Juan de Dios Uribe (ver Anexo I).

Para la construcción de los módulos informativos que conforman la guía psicoeducativa, se tuvieron en cuenta los elementos revisados en la literatura alusivos a la construcción e implementación de guías psicoeducativas (ver apartado “Construcción e implementación de guías psicoeducativas”). Dichos elementos brindaron los parámetros para la diseñar los apartados de los módulos informativos (conceptualización de psicoeducación, conceptualización del trastorno o afección, etiología, sintomatología base, ruta de atención, dificultades asociadas al trastorno, alternativas de tratamiento del y pautas o estrategias implementadas en contexto familiar, escolar o individual).

En vista de lo mencionado, se construye un módulo para cada grupo y se tienen en cuenta las particularidades de estos. La construcción de los módulos informativos se realiza por medio de la aplicación Adobe InDesign, la cual permite diagramar composiciones digitales de páginas. La diagramación, edición e ilustraciones de los módulos informativos son realizados por las investigadoras y un grupo de colaboradores (ver Anexo J).

**Nota:** en caso de que exista interés por acceder a los tres módulos informativos, se deberá realizar la solicitud de ello a las autoras del abordaje psicoeducativo. Para esto, en el apartado Anexos se adjuntan los correos electrónicos de las mismas (ver Anexo T).

### **Revisión por parte de asesor de tesis y docentes expertos.**

Los tres módulos informativos fueron analizados mediante el método ‘juicio de expertos’, el cual consiste en el análisis y revisión de personas calificadas en un tema específico, que pueden dar información, juicios y valoraciones acerca del mismo (Escobar y Cuervo 2008).

De acuerdo a lo estimado en el ‘juicio de expertos’, resulta fundamental analizar las características y experiencias, en relación al constructo tratado, de los profesionales que realizan la revisión (Pedroza, Suárez y García 2013). Es por ello que los expertos que evaluaron el contenido de los módulos informativos son profesionales de psicología con amplia experiencia en el campo educativo y en el tratamiento de los trastornos del neurodesarrollo.

Para solicitar la revisión de los módulos, se construyeron formatos de solicitud y revisión, basados en los siguientes criterios: (a) idoneidad, (b) claridad, (c) coherencia, (d) cohesión, (e) relevancia y (f) sustento teórico (ver Anexos K y L).

Tras el juicio de expertos, se emitieron una serie de sugerencias y opiniones con el fin de mejorar el contenido plasmado en cada módulo. Las recomendaciones de los expertos hicieron alusión a la extensión de los apartados (sintetizar en algunas secciones), modificación y adaptación de algunos términos con el fin de facilitar la comprensión, énfasis en algunos apartados según el grupo poblacional y en general, correcciones ortográficas y de redacción. Las sugerencias emitidas por los expertos son acogidas e incluidas en los módulos informativos.

### **Socialización de módulos y recolección de información posterior con grupos poblacionales.**

Una vez se construyeron los módulos del “Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia”, se procede a realizar la socialización del material con los tres grupos poblacionales a los cuales se dirige el trabajo. En lo correspondiente al módulo de docentes, se contó con la participación de 36 docentes de la I.E.S.J.A., en la socialización del módulo de padres de familia, se contó con la asistencia de 11 participantes y en lo concerniente a la socialización del módulo dirigido a niños y adolescentes, se tuvieron en cuenta los estudiantes diagnosticados de TDAH en la I.E.S.J.A. e I.E.M.F.S. (13 estudiantes) (ver Anexos M, Q, R y S).

La exposición incluyó los apartados consignados en los módulos y posterior a la socialización de los mismos, se procede a evaluar la percepción y conocimiento de los grupos poblacionales una vez se conocen los contenidos incluidos en los módulos (ver Anexos D, E y F).

### **Análisis de información**

Los datos obtenidos tras la aplicación de los instrumentos fueron agrupados y analizados en diversas categorías evaluativas establecidas de acuerdo a los interrogantes planteados. Es decir, las respuestas de los entrevistados se agruparon según el apartado al cual correspondían. Esto con el fin de identificar posibles cambios en los niveles de conocimientos iniciales y posteriores a la socialización de la guía psicoeducativa.

### **Consideraciones éticas**

Las consideraciones éticas que rigen la presente investigación parten de la premisa emitida por la ley 1090 de 2006 en la cual manifiesta que al planear investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad al igual que salvaguardar el

bienestar y los derechos de los participantes (Art.50), de este modo se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Consentimientos y asentimiento informado: con el fin de otorgar autonomía a los participantes sobre la contribución en el proceso de investigación, se diseñó un formato de consentimiento informado (ver anexo G y H).
- Confidencialidad de la información que se obtenga en el proceso de investigación, respetando la identidad, y el bienestar de los participantes.
- Derecho a la no participación: se les informa a los participantes que la contribución realizada con el presente estudio es de manera voluntaria y en ningún momento es de carácter obligatorio, por ende pueden retirarse en cualquier fase del proceso investigativo.
- Derecho a la devolución de resultados: Las investigadoras tienen el deber de hacer la respectiva devolución y retroalimentación a los participantes del presente estudio.

## **Resultados**

A continuación, se describen los resultados de las entrevistas y de las socializaciones dirigidas a los tres grupos poblacionales ya mencionados.

### **Indagación de conocimientos previos de grupos poblacionales.**

Como se mencionó con antelación, para indagar por los conocimientos iniciales de los docentes, padres de familia y población escolarizada diagnosticada de TDAH, se aplicaron las entrevistas semiestructuradas diseñadas para cada grupo.

Es por ello, que en los siguientes apartados se incluye la información obtenida en cada criterio de evaluación.

### ***Conceptualización de psicoeducación.***

Al interrogar a los padres de familia y docentes sobre el concepto de “psicoeducación”, se evidencia un bajo nivel de conocimiento. Lo anterior, se representa en respuestas como “no conozco el término o no lo tengo muy claro” (respuesta docente 1) o definiciones ambiguas asociadas a una “información y un tratamiento que se ofrece a personas que presentan dificultades o algún trastorno psicológico” (respuesta docente 2).

### ***Conceptualización de TDAH.***

En relación a la indagación por la definición del trastorno, se encuentra que los docentes y padres de familia participantes, relacionaron aquella con la sintomatología base y conductas características de la afección. Esto se evidencia en respuestas como “son los estudiantes que son más distraídos, que ameritan repetirle la información o tenerles unas actividades de concentración, porque se dispersan fácilmente, se ubican en actividades diferentes a las que se están haciendo, su disciplina es un poquito difícil de controlar debido a los impulsos que les genera” (respuesta docente 3), “el déficit de atención es un trastorno donde a las personas implicadas se les dificultad estar atentos; e hiperactividad es cuando a los niños se les dificulta de quedarse quietos y es algo que quizás no puedan controlar” (respuesta madre 1).

En esta instancia se deduce un alto nivel de conocimiento en relación a los síntomas y conductas inherentes del TDAH, pero los padres de familia y docentes, en la evaluación de conocimientos iniciales desconocen la relación del trastorno con el neurodesarrollo, la edad de inicio o las áreas afectadas.

La valoración en los niños y adolescentes denotó un nivel bajo de conocimiento en lo referente a la definición del TDAH, ya que la mayoría de los participantes manifiesta nunca haber escuchado el término y no lo asocian con nada en específico.

### ***Etiología del TDAH.***

A continuación se consignan algunas de las respuestas emitidas por los docentes y padres de familia entrevistados cuando se indagó por la etiología del trastorno: “la principal causa es el factor genético, ambiente familiar y social” (respuesta docente 4), “por herencia, desde que están en el vientre ya vienen con ese problema” (respuesta madre 2) , “problemas neurológicos” (respuesta docente 2), “a veces me hecho culpas, cuando iba a tener el niño me aplicaron una droga, eso pudo haber causado el trastorno, ¡no sé qué droga me aplicaron!” (respuesta madre 3), “creo que son por causas genéticas o afectaciones neuronales; sin embargo, el estudiante puede presentar dicha conducta debido al contexto social en el que se encuentra y busque llamar la atención” (respuesta docente 5).

Lo descrito da cuenta de un nivel de conocimiento medio en relación a la génesis del TDAH, pues si bien los grupos poblacionales reconocen algunos de los factores que inciden en su aparición, se evidencia la necesidad de esclarecer y precisar en este asunto.

### ***Sintomatología base del TDAH.***

Como se mencionó en el apartado “Conceptualización del TDAH”, los docentes y padres de familia encuestados, mencionaron los síntomas y conductas prevalentes del TDAH en la definición del trastorno. Adicional a lo anterior, en este interrogante refieren nuevamente las conductas y síntomas expuestos, las cuales se asocian con falta de atención, dificultad para seguir instrucciones, respuestas impulsivas, poco control emocional y un nivel de inquietud motora excesivo.

Esto se respalda con algunas de las respuestas emitidas por los encuestados, las cuales guardan relación con “niños que se entretienen con cualquier cosa y son muy hiperactivos” (respuesta madre 4), “mi hijo no retiene casi, es muy distraído, muy lento y se distrae con

facilidad” (respuesta madre 1), “se balancean, hacen ruidos, son inquietos, se distraen con cualquier ruido, muchas veces tienen problemas para relacionarse” (respuesta docente 1), “de acuerdo con lo que he evidenciado se puede decir que principalmente es la falta de atención, les cuesta quedarse o permanecer períodos largos realizando actividades y se cansan rápido de hacer secuencias” (respuesta docente 2).

Teniendo en cuenta las particularidades del grupo correspondiente a los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH, a estos se les indagó por las conductas que generan dificultades en su cotidianidad. Frente a esto, los participantes respondieron “suelo distraerme ante cualquier ruido o imagen” (respuesta niño-adolescente 1), “constantemente estoy olvidando cosas” (respuesta niño-adolescente 2), “cuando me dan órdenes muy largas y de mucho tiempo olvido gran parte de lo que me dicen” (respuesta niño-adolescente 3), “cambio rápidamente de actividad sin haber terminado lo que estaba haciendo antes” (respuesta niño-adolescente 4), y “siento la necesidad de moverme en todo momento, sin importar el sitio donde esté” (respuesta niño-adolescente 2).

Respecto a la sintomatología base del TDAH se puede deducir que los padres de familia, docentes y niños y adolescentes participantes poseen un nivel alto de conocimiento, pero se evidencia la necesidad de clarificar un poco más sobre las conductas y síntomas asociados al trastorno y diferenciar las dificultades derivadas del mismo.

### ***Ruta de atención.***

Los docentes y padres de familia entrevistados identifican la ruta de atención a seguir para presuntos casos de TDAH, lo que se deduce como un alto nivel de conocimiento en este aspecto. Cabe mencionar que los padres de familia identifican los pasos a seguir desde las instituciones educativas o desde el servicio de medicina general como primera instancia.

Los entrevistados mencionados también hacen mención a los especialistas encargados de emitir el diagnóstico de TDAH, haciendo alusión a “primero estuvo con la profesora de aula de apoyo, después lo vio el médico, este lo mando con un pediatra y este último lo mando al psiquiatra” (respuesta madre 5), “el docente presenta los síntomas al docente orientador, este lo remite a un médico general y posteriormente un neurólogo, psicólogo y posiblemente a un psiquiatra” (respuesta docente 3).

En lo alusivo a la población escolarizada con el diagnóstico de TDAH, se evidencia un bajo nivel de conocimiento en lo referente a la ruta de atención a seguir cuando existe sospecha de que el trastorno se presenta. Lo anterior, teniendo en cuenta que la mayoría de los entrevistados no han tenido acercamiento con este tipo de profesionales y que por ende, no conocen a quiénes deben acudir.

### ***Dificultades asociadas al TDAH.***

Las dificultades asociadas al TDAH relatadas por los tres grupos poblacionales entrevistados, coinciden con los hallazgos encontrados en la literatura, ya que estas se engloban en dificultades para seguir instrucciones y terminar tareas, bajo rendimiento académico, faltas disciplinarias, respuestas impulsivas y agresivas, problemas de aprendizaje, dificultades en relaciones interpersonales, demanda de acompañamiento constante, entre otras.

Algunas de las respuestas emitidas por los participantes incluyen: “en el colegio dicen que habla mucho, se para constantemente del puesto, le habla al compañero, no le gusta escribir ni hacer las actividades que le piden” (respuesta madre 6), “él siempre esta distraído y tiene uno que estar repitiéndole todo para que pueda coger el hilo de lo que estaba haciendo” (respuesta madre 2), “la dificultad más grande de mi hijo es el aprendizaje” (respuesta madre

4), “la disciplina, el llamarle constantemente la atención interfiere en el desarrollo de la clase” (respuesta docente 3).

Lo mencionado da cuenta de un nivel alto de conocimiento en relación a las dificultades o problemáticas que pueden derivarse a raíz de la presencia del TDAH, pero se considera pertinente ahondar en las mismas y esclarecer por qué se presentan este tipo de conductas.

### ***Alternativas de tratamiento del TDAH.***

Los padres de familia y docentes entrevistados identifican el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico, como alternativas de tratamiento para el TDAH; pero desconocen la existencia e implementación del tratamiento multimodal o combinado. Esto se evidencia en las respuestas emitidas en la valoración de conocimientos iniciales, algunas de las cuales se mencionan a continuación: “terapias con el psicólogo y orientación personalizada con el docente de apoyo pedagógico, en caso de que la institución lo tenga” (respuesta docente 5), “el niño primero estuvo con psicólogos, ninguno me dijo que era lo que tenía, entonces lo ingresamos por médico general, este nos mandó para el psiquiatra, y fue el psiquiatra quien tomó la decisión de mandarle el medicamento” (respuesta madre 5).

Cabe mencionar que en lo relacionado con el tratamiento farmacológico, algunos docentes y padres de familia tienen algunas creencias y mitos respecto al suministro de los psicofármacos en los menores.

En concordancia con lo descrito, el nivel de conocimiento respecto a las alternativas de tratamiento, es medio y es evidente la necesidad de clarificar en los tres tipos de tratamiento actualmente empleados para el TDAH.

***Pautas o estrategias implementadas en contexto familiar, escolar o individual.***

Las respuestas alusivas a las pautas o estrategias implementadas por los docentes o padres entrevistados, para mejorar o reducir las conductas o síntomas característicos del TDAH, son reducidas, lo que se traduce en un nivel bajo de conocimiento. Esto es argumentado por los participantes debido a la carencia de herramientas informativas que orienten sobre el trato o trabajo con población diagnosticada de TDAH.

Entre las respuestas destacadas de los participantes se encuentran: “para ser sincera, muy poco o nada, debido a que no se puede realizar una planeación personalizada; aun así trato de orientarlos en el momento que presenten dudas, delegarle tareas de liderazgo, escucharlo cuando participe y darle la palabra” (respuesta docente 2), “sólo actividades a través del dibujo y el color para orientar habilidades o destrezas” (respuesta docente 4), “meterlo a juegos y clases de ajedrez, de pintura, judo, salir a caminar, juegos didácticos como rompecabezas y dibujos; de algunas se sale, se aburre” (respuesta madre 3), “ayudándole en los trabajos y tareas explicándole todo” (respuesta madre 6).

Según lo mencionado, es clara la necesidad de brindar pautas y estrategias para implementar con la población diagnosticada de TDAH.

**Socialización de módulos y recolección de información posterior con grupos poblacionales.**

Una vez se socializaron los módulos informativos que conformaron la guía psicoeducativa, se procedió a evaluar los conocimientos de los grupos poblacionales. Es por ello que a continuación y con el fin de contrastar los conocimientos iniciales, se incluyen los resultados obtenidos tras la socialización.

Antes de dar paso a lo expuesto, resulta pertinente mencionar que los formatos de evaluación de conocimientos posteriores incluyeron diversos tipos de respuestas (selección

múltiple, opción dicotómica de respuesta, etc.), no únicamente preguntas abiertas, por lo que los datos descritos en apartados siguientes no siempre incluyen transcripciones de las respuestas emitidas.

### ***Conceptualización de psicoeducación.***

Tras la socialización de los módulos informativos se evidenció un incremento en el nivel de conocimiento acerca de la conceptualización del término “psicoeducación”. Lo anterior, en contraste con las nociones brindadas en la recolección de conocimientos previos.

Lo dicho se fundamenta en que la mayoría de participantes respondió de manera acertada cuando se indagó por la definición de “psicoeducación” después de socializar los módulos. Así pues, puede deducirse que el concepto fue comprendido por la mayoría de los participantes.

### ***Conceptualización del TDAH.***

Los participantes a la socialización de los módulos comprendieron lo que significa el trastorno. Esto se fundamenta en las respuestas emitidas tras la socialización de los módulos informativos, en las cuales se evidencia que los participantes eligen la opción correcta.

Al contrastar los resultados obtenidos con la información recolectada en las entrevistas iniciales, se concluye que los participantes contaban con la información adecuada en relación a la definición del trastorno y que actualmente y tras la socialización de los módulos, dicha información se complementó, lo cual incrementó el nivel de conocimiento en dicho ítem.

### ***Etiología del TDAH.***

En relación a la etiología del TDAH se evidencia un incremento en el nivel del conocimiento de los participantes; sin embargo y según las respuestas emitidas, se observan

algunas brechas en este ítem. Esto se asocia con la necesidad de esclarecer que se trata de una afección multicausal, pues algunas de las respuestas hacían alusión únicamente a los factores genéticos o hereditarios.

### ***Sintomatología del TDAH.***

Como se mencionó en apartados anteriores, los padres de familia y docentes entrevistados conocían los síntomas base del TDAH. Estos conocimientos fueron reforzados por la información contenida en los módulos, por lo que se evidenció un aumento en el nivel de conocimientos alusivo a la sintomatología base y conductas prevalentes asociadas a la afección.

### ***Alternativas de tratamiento.***

En lo referente a las alternativas de tratamiento del TDAH, se incrementaron los conocimientos de los participantes, ya que la mayoría de estos reconocieron la existencia del tratamiento multimodal o combinado como una opción de tratamiento. Lo mencionado, en contraste con los conocimientos iniciales, en donde se hacía énfasis sólo al tratamiento psicológico y farmacológico.

### ***Pautas de intervención.***

La mayoría de los docentes y padres de familia entrevistados, dieron cuenta de por lo menos una de las estrategias expuestas en la socialización de los módulos informativos. En lo concerniente a los docentes, se evidenció un incremento considerable en las pautas que podrían implementar con la población escolarizada diagnosticada de TDAH y entre las respuestas más frecuentes, se encontraron: “asignar tareas cortas”, “evitar muchos estímulos”, “notas diarias de lo que debe hacer”, “ayuda de un compañero”, “vincularse con acudientes y

especialistas de la I.E.”, “resaltar logros y avances” y “establecimiento de rutinas” (respuestas de docentes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 asistentes a la socialización).

Los padres de familia también dieron cuenta de lo expuesto en la socialización del módulo dirigido a dicho grupo. Por lo que entre las respuestas emitidas por estos, se resaltan: “promover actividades de interés de los niños y adolescentes”, “acompañar de manera adecuada, incluyendo a docentes”, “promover la mejora del autoestima, reconociendo aspectos positivos”, “delegar responsabilidades” e “incluir el diálogo” (respuestas de madres 1, 2, 3, 4, asistentes a la socialización).

### ***Socialización dirigida a niños y adolescentes.***

En las líneas incluidas en el apartado de “Justificación” se mencionó la importancia de construir e implementar material psicoeducativo dirigido directamente a la población diagnosticada de TDAH. Lo anterior, con base en la escasez de herramientas informativas dirigidas a dicha población.

Es por ello que teniendo en cuenta lo expuesto y las particularidades de este grupo poblacional, el componente evaluativo para valorar los conocimientos posteriores a la socialización del módulo informativo para niños y adolescentes, se diseñó de manera distinta al de padres de familia y docentes. En concordancia con esto, en las líneas siguientes se consigna lo evidenciado tras la socialización del módulo en este grupo poblacional.

Al emplear herramientas audiovisuales, gráficas y técnicas vivenciales, se pudo despertar el interés en el tema por parte de los niños y adolescentes participantes en la socialización. Esto generó que los asistentes comprendieran los conceptos expuestos.

En relación a los temas incluidos en el módulo, se notó un mayor nivel de comprensión en la totalidad de los apartados tras la socialización del módulo informativo. Esto en

comparación con la medición de conocimientos iniciales, donde el nivel de desconocimiento era un aspecto reiterativo.

Si bien en todos los apartados se evidenció un incremento en el nivel de conocimiento de los participantes, en lo relacionado con la ruta de atención y alternativas de tratamiento, el nivel de conocimiento aumentó de manera considerable, ya que los niños y adolescentes identificaron de manera acertada a quiénes deben acudir y cuáles son los especialistas encargados de emitir el diagnóstico. En lo concerniente a los tipos de tratamiento, se concluye que los participantes comprendieron las distintas alternativas existentes para disminuir o mejorar las conductas asociadas a la afección.

Por lo demás, en la socialización del módulo dirigido a los niños y adolescentes, se brindaron pautas o estrategias que podrían ser implementadas por ellos mismos con el fin de impactar de manera positiva en las conductas o respuestas que puedan generar dificultades. Dichas técnicas fueron comprendidas y generaron interés y motivación por parte de los asistentes.

## Discusión

Partiendo de la información encontrada en los referentes bibliográficos revisados respecto al TDAH y la psicoeducación y teniendo en cuenta la carencia de herramientas informativas del TDAH en el municipio, se decide diseñar y ejecutar el “Abordaje Psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Andes, Antioquia”.

Respecto a los objetivos propuestos en el presente estudio, estos fueron efectuados en su totalidad y representaron los parámetros a seguir para desarrollar la investigación. En relación a aquellos, se deduce que frente a la carencia de herramientas psicoeducativas alusivas al TDAH en la localidad y siguiendo los criterios establecidos en la literatura en lo concerniente a la creación de las mismas, se impactó de manera positiva en los grupos poblacionales a los cuales se dirigió el estudio. Esto, se dio por medio de los módulos informativos construidos, los cuales sin duda, representaron la herramienta que posibilitó la transmisión de información; además de ser una estrategia novedosa en la localidad para contener información relacionada con el abordaje psicoeducativo de un trastorno del neurodesarrollo.

Se habla de un impacto positivo, a raíz de los cambios evidenciados en los niveles de conocimiento de las dos mediciones realizadas, ya que estos incrementaron en la valoración final, denotando una mayor comprensión en relación al TDAH.

Retomando lo alusivo a los módulos informativos, es importante recordar que estos se construyeron teniendo en cuenta las particularidades de la población y el contexto y que se trata de herramientas teórico-prácticas que pueden continuarse implementando en las distintas instituciones educativas y entidades del municipio y zonas aledañas. Lo anterior con el mismo propósito de contribuir al entendimiento y manejo de la población diagnosticada con TDAH.

Finalmente y antes de hacer mención a las limitaciones del estudio, es pertinente mencionar que si bien la presente investigación pudo desarrollarse con normalidad y se ejecutaron a cabalidad los objetivos trazados, al tratarse de mediciones tan cercanas en el tiempo, no se pudo evidenciar el impacto prolongado en el mismo o con una muestra mayor. Por lo demás, se considera que el presente abordaje puede servir de insumo para investigaciones afines posteriores o para dar continuidad a la intervención en los grupos poblaciones partícipes.

### **Limitaciones el estudio.**

Si bien los objetivos trazados en el presente estudio se alcanzaron en su totalidad, es pertinente mencionar las dificultades encontradas en el desarrollo del trabajo y algunas de las etapas del mismo.

#### ***Escasa participación de los convocados para entrevistas iniciales.***

La recolección de los conocimientos previos en relación al TDAH presentó una serie de dificultades, ya que la convocatoria realizada promoviendo la participación de docentes, padres de familia y niños y adolescentes diagnosticados, fue acogida por pocos colaboradores. Lo mencionado ocasionó que no se contara con cifras significativas en la muestra del presente estudio.

#### ***Discrepancia en datos institucionales.***

En esta etapa se encontraron múltiples discrepancias entre las cifras de niños y adolescentes diagnosticados en el municipio de Andes, pues no se evidenció correlación de las cifras emitidas por parte de la Secretaría de Salud y Protección Social, la E.S.E. Hospital San Rafael y las Instituciones Educativas del municipio. Lo mencionado denota una carencia

en lo relacionado con la caracterización y sistematización de la población escolarizada con NEE o diagnósticos alusivos a alguna enfermedad o afección, específicamente en el TDAH.

Lo expuesto en el párrafo anterior generó inconvenientes en la documentación y rigurosidad de los datos para la propuesta de investigación.

***Inconvenientes con la revisión por parte de profesionales expertos.***

La revisión por parte del asesor de tesis transcurrió con normalidad. En lo referente a la revisión de los demás expertos, se presentaron algunos inconvenientes, los cuales guardan relación con: (a) dificultad para encontrar profesionales idóneos con la experiencia, rigurosidad y disponibilidad para realizar la revisión y (b) el incumplimiento por parte de algunos profesionales con la revisión.

Las dificultades expuestas tuvieron algunas implicaciones en la realización del trabajo, como la búsqueda de otros expertos, el retraso en la adaptación de recomendaciones y por ende en la socialización del material.

***Escasa participación de padres de familia.***

La socialización de los módulos informativos transcurrió con normalidad, pero se presentaron algunas contrariedades en el desarrollo de esta etapa. En específico, la acogida y asistencia de los padres de familia en la socialización del módulo dirigido a dicho grupo poblacional fue escasa.

Lo expuesto guarda relación con lo mencionado en la etapa de recolección de información previa.

En general, la escasa participación de los tres grupos poblacionales no permitió una total correspondencia entre los conocimientos iniciales y posteriores a la socialización de los

componentes informativos y fue quizá la mayor dificultad encontrada en el desarrollo del presente estudio.

***Instrumentos empleados en la medición de conocimientos.***

Como pudo evidenciarse en el desarrollo del trabajo, los instrumentos diseñados y aplicados en las dos valoraciones ejecutadas, son distintos, aunque existe una correspondencia entre los tópicos a evaluar. Lo mencionado puede ser considerado como una falla en los instrumentos de recolección de información, ya que no se aplica el mismo en la medición inicial y final, lo que puede influir en las respuestas de los entrevistados.

## Conclusiones

El abordaje realizado permitió afianzar conceptos relacionados con la definición, etiología, síntomas y conductas prevalentes, alternativas de tratamiento, dificultades asociadas al trastorno, ruta de atención y brindó herramientas prácticas orientadas a contribuir al mejoramiento de las conductas de los individuos diagnosticados de TDAH. Para ello se vincularon a los niños y adolescentes diagnosticados, sus padres de familia y los docentes que son parte activa y fundamental del proceso de enseñanza-aprendizaje.

La iniciativa de promover un “Abordaje Psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Andes, Antioquia”, logró impactar de manera positiva a los tres grupos poblacionales a los cuales se dirigió el trabajo. Esto se deduce a raíz de los resultados obtenidos en relación a los conocimientos previos y posteriores a la socialización de los módulos informativos, mostrándose un aumento significativo en el conocimiento del trastorno en los docentes, padres de familia y niños y adolescentes entrevistados.

Adicional a lo mencionado, es pertinente mencionar que el presente abordaje psicoeducativo representa un trabajo sistemático y riguroso que se enfocó en brindar herramientas teórico-prácticas para el trabajo con población diagnosticada con TDAH en el municipio de Andes, Antioquia y que con el fin de que las herramientas estén a disposición y sean de utilidad para la población, el producto de la investigación (los módulos informativos), se compartirá de manera digital a todas las I.E. partícipes del estudio.

Lo anterior es una línea de trabajo novedosa en el municipio, pues como se mencionó en las primeras páginas del presente trabajo, en la localidad no se cuenta con herramientas, espacios o instituciones que orienten o informen sobre el abordaje con población con NEE. Lo mencionado representa la necesidad de que se continúen diseñando e implementando abordajes psicoeducativos en el municipio de Andes, Antioquia y en la región, para que la población directamente implicada, se vincule, conozca y cuente con herramientas básicas que

contribuyan al mejoramiento en la calidad de vida de quienes son diagnosticados con alguna enfermedad o afección.

Con base en los hallazgos encontrados y el desarrollo de cada una de las etapas que conformaron el abordaje psicoeducativo realizado, pueden plantearse algunas sugerencias para líneas de estudio o investigación futuras que guarden relación con el tema. Dentro de estas recomendaciones se mencionan: (a) diversificar los métodos para convocar a la población objeto de estudio, con el fin de incrementar la participación, (b) articularse con entidades u organizaciones interesadas para posibilitar la impresión y divulgación de los módulos informativos construidos, con el fin de dejar los productos como herramientas físicas a los colaboradores y (c) continuar con el abordaje psicoeducativo de afecciones que se presenten en la localidad, con la finalidad de informar y brindar herramientas a los grupos poblacionales implicados.

Finalmente y sintetizando el presente abordaje, resulta imprescindible agradecer el acompañamiento del asesor de tesis, su orientación y vinculación con la investigación, la disponibilidad de los expertos para la revisión de los módulos y por supuesto, la colaboración de los docentes, padres de familia, niños y adolescentes y en especial de la Institución Educativa San Juan de los Andes e Institución Educativa Marco Fidel Suárez y sus directivas, por la disponibilidad y acogida para la realización de la presente investigación.

## Bibliografía

- Amador, J., Forns, M. y Martorell, B. (2001). Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de psicología*, 32(4), 5-21.
- American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-II. 2ª American Psychiatric Association: Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III. 3ª American Psychiatric Association: Washington, D.C.
- Antolí, E. y Gómez, B. (2013). Influencia de los fármacos estimulantes y no estimulantes en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 108, 31-41.
- Arán, V. y López, M. (2013). Las funciones ejecutivas en la clínica neuropsicológica infantil. *Psicología desde el Caribe*, 30(2), 380-415.
- Arco, J., Fernández, F. e Hinojo, F. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414.
- Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*, 43-44, 169-193.
- Artiles, C. y Jiménez, J. (2006). Escolares con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). Orientaciones al profesorado. Recuperado el 4 de abril de 2018, desde: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/winarcdoc.php?id=707>
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*, 4ª Masson: Barcelona.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA

Asociación Elisabeth d'Ornano. (2010). TDAH. Guía breve para padres. Recuperado el 29 de marzo de 2018, desde: <http://www.elisabethornano.org/archivos/GUIA-PADRES.pdf>

Asociación Elisabeth d'Ornano. (2010). TDAH. Guía breve para profesores. Recuperado el 29 de marzo de 2018, desde: <http://www.elisabethornano.org/archivos/GUIA-PROFESORES.pdf>

Asociación STILL. (2011). Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH. Recuperado el 4 de abril de 2018, desde: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Guia%20Still%20TDAH%20centros%20educativos.pdf>

Ayuntamiento de Santa Úrsula. (2009). Guía psicoeducativa grupal para la prevención de estilos de vida insanos y la mejora de las relaciones humanas. Recuperado el 17 de abril de 2018 desde: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2011/04/guia-psicoeducativa.pdf>

Balbuena, F., Barrio, E., González, C., Pedrosa, B., Rodríguez, C. y Yagüez, L. (2014). Orientaciones y estrategias dirigidas al profesorado para trabajar con alumnado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Recuperado el 24 de marzo de 2018, desde: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/winarcdoc.php?id=705>

Barkley, R. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. The Guilford Press: New York.

Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. y Pitschel-Walz, G. (2006).

Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1–S9.

Borrego, A. (2007). Anfetaminas. Recuperado el 8 de mayo de 2018 desde:

[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/anfetaminas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/anfetaminas.pdf)

Builes, M. y Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa:

comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 463-475.

Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, D. y Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Cabasés, J., y Quintero, F. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 6(6), 503-514.

Campero, M. y Ferraris, L. (2014). La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. *Inmanencia*, 4(2), 52-55.

Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de neurología*, 46(6), 365-372.

Carvajal-Castrillón, J., Rueda, M., Restrepo, A., Dávila, D., Garzón, L., Galeano, L., Arboleda, A. y Bareño, J. (2014). Caracterización clínica de niños y adolescentes atendidos en una unidad de neuropsicología de Medellín, Colombia. *Revista CES psicología*, 7(1), 48-57.

Cela, J. y Herreras, E. (2007). Propuesta psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños/as con TDAH. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 7(1), 110-124.

- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147S-167S.
- Cortese, S. y Miranda, R. (2017). Tratamientos para niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿cuál es la base de la evidencia hasta ahora? *Revista de neurología*, 64(1), 2-7.
- Cuéllar, J., Martín, L. y Cabrera, I. Propuesta de guía psicoeducativa para mejorar la comunicación educativa-docente estomatológica. *Edumecentro*, 6(1), 220-235.
- De Burgos, R., Barrios, M, Engo, R., García, A., Gay, E., Guijarro, T., Romero, A., Sanz, Y., Martín, P., Prada, C. y Sánchez, V. (2011). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores. Recuperado el 5 de abril de 2018, desde: [http://www.elpuentetdah.com/descargas/Guia\\_TDAH.pdf](http://www.elpuentetdah.com/descargas/Guia_TDAH.pdf)
- De la Peña, F., Barragán, E., Rohde, L., Patiño, L., Zavaleta, P., Ulloa, R., Isaac, A., Murguía, A., Pallia, R. y Larraguibel. (2009). Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Escolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 32, S17-S29.
- Delgado, I., Rubiales, J., Etchepareborda, M., Bakker, L. y Zuluaga, J. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 21, 45-51.
- Díez, A., Figueroa, A. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista pediatría de atención primaria*, 8(S4), 35-55.

- Eisenberg, L. (2007). Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: when “ADHD” was the “brain-damaged child”. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 17(3), 279-283.
- Escobar, J., & Cuervo, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Espina, A. y Ortego, A. (2006). Guía práctica para los Trastornos de Déficit de Atencional con/sin Hiperactividad. Recuperado el 14 de marzo de 2018 desde: <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/Guia%20TDAH.pdf>
- Federación Española de Asociaciones para la Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad-FEAADAH. (2010). Guía de actuación en la escuela ante el alumno con TDAH. Recuperado el 6 de abril, desde: [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25611/GuiaTDAH\\_Profesores\\_modificada.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25611/GuiaTDAH_Profesores_modificada.pdf)
- Folgar, M. I. (2016). El niño hiperactivo y las polémicas entorno al diagnóstico y al tratamiento del TDAH. *Innovación educativa*, 26, 181-200.
- Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (CADAH). (2019) Prevalencia del TDAH. [portal web]. Recuperado el 12 de febrero de 2019 desde: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/prevalencia-del-tdah.html>
- García, A., Expósito, J., Martínez, M., Quintanar, A. y Bonet, B. (2005). Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades. *Revista de neurología*, 41(9), 517-524.
- García, E. y Magas, Á. (2007). Niños y adolescentes hiperactivos e inatentos. Recuperado el 14 de marzo de 2018 desde: <http://sauce.pntic.mec.es/falcon/inatentos.pdf>

- García, E. y Magas, A. (2014). Niños y adolescentes hiperactivos e inatentos. Guía para padres y maestros. Recuperado el 22 de marzo de 2018, desde:  
<http://www.gac.com.es/editorial/libros/guiatdasgac2015.pdf>
- García, M. y Nicolau, R. (2001). Actualizaciones en el tratamiento por déficit de atención con hiperactividad. *Aula Médica Psiquiatría*, 3, 180-214.
- Gobierno de Aragón. Déficit de atención: aspectos generales. Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento. (s.f). Recuperado el 22 de marzo de 2018 desde:  
<http://feadah.org/docdow.php?id=834>
- González, J. (2014). Simposio: el adolescente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Tratamiento educativo. *Adolescere*, 2(2), 67-81.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. 1ª. Editorial Planeta: Barcelona.
- Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, F., Rothhammer-Engel, F. y Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Rev de Neurología*, 50(2), 109-16.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. Y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Hidalgo, M. (2014). Situación en España del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. *Pediatría integral*, 18(9), 595-597.
- Hidalgo, M. y Soutullo, C. (2011). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria*, 2, 1339-1351.

- Holguín, J., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J. y Cornejo, W. (2007). Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001. *Latreia*, 20(2), 101-110.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Recuperado el 13 de marzo de 2018, desde:  
[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-facil-de-leer/adhd-trifold-sp-final\\_60716.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-facil-de-leer/adhd-trifold-sp-final_60716.pdf)
- Jáen, A. y Pérez, B. (2006). Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar. Recuperado el 24 de abril de 2018 desde:  
[http://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986\\_uploads/20120611\\_v9gKcRs0FbMVMnwhvHFt\\_0.pdf](http://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120611_v9gKcRs0FbMVMnwhvHFt_0.pdf)
- Jarque, S., Tárraga, R. y Miranda, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19(4), 585-590.
- Korzeniowsk, C. e Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 65-71.
- Ley N° 1090. Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, Colombia, 6 de septiembre de 2006. Disponible en:  
[http://colpsic.org.co/aym\\_image/files/LEY\\_1090\\_DE\\_2006.pdf](http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf)
- López, A., Garita, C., Clark, I., Angulo, J., Alvarado, M., Muñoz, P., Moya, R., Álvarez, R., García, V. y Obando, Y. (2007). Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos. Recuperado el 18 de abril de 2018 desde:  
<http://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>

- López, B. (2011). *Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor* (tesis de maestría). Instituto Politécnico Nacional–Escuela Superior de Medicina, Ciudad de México, México.
- López, J., Alvarado, B. y Huerta, B. (2010). Conocimientos y actitudes de los padres acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un colegio de Independencia, Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73(2), 45-51.
- López, V. y Hernández, M. (2011). Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental. Estudio piloto. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 94-100.
- Lora, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en atención primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Revista pediatria de atención primaria*, 6(4), 69-114.
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J. y Correas-Lauffer. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49(5), 257-264.
- Manzano, J. (2009). Intervención Psicoeducativa en el Aula con TDAH. *Psicología educativa*, 15(2), 87-106.
- Martínez. (2015). *Intervención psicoeducativa para niños con trastornos del espectro autista. Descripción, alcances y límites*. 1ª. Mino y Dávila Editores: Buenos Aires.
- Mayor, J. y García, R. (2011). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Revisión ¿hacia dónde vamos ahora? *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*, 22(2), 144-154.

Mejía, I., Rubiales, J., Etchepareborda, M., Bakker, L., y Zuluaga, J. B. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 45-51.

Mena, P., Nicolau R., Salat, L., Tort, P. y Romero B. (2006). Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. Ediciones Mayo: Barcelona, España. Recuperado el 6 de abril de 2018, desde: [http://www.fundacionadana.org/wp-content/uploads/2016/12/libro\\_alumno\\_tdah\\_11\\_indd\\_1.pdf](http://www.fundacionadana.org/wp-content/uploads/2016/12/libro_alumno_tdah_11_indd_1.pdf)

Ministerio de educación nacional de Colombia. (2006). Fundamentación conceptual para la atención en el servicio educativo a estudiantes con necesidades educativas especiales-NEE. Recuperado el 16 de abril de 2018 desde: [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-75156\\_archivo.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-75156_archivo.pdf)

Ministerio de la protección social y COLCIENCIAS, (2010). Guía metodológica para la elaboración de guías atención integral en el sistema general de seguridad social en salud colombiana. Recuperado el 18 de abril de 2018 desde: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental Tomo I. Recuperado el 13 de marzo de 2018, desde: [http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Mental\\_Tomo\\_I.pdf](http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf)

Ministerio de sanidad política social e igualdad. (2010). Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Recuperado el 18 de abril de 2018 desde: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf)

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. (2014). Recuperado el 16 de abril de 2018 desde:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Buscador del CIE-10. Recuperado el 23 de abril de 2018 desde:

<https://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscadador.html>

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508.

Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

Montiel-Castillo, V. y Guerra-Morales, V. (2015). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19, 324-335.

Moreno, E. y García, F. (2017). Metodología para la elaboración de guías de intervención basadas en la evidencia en psicología y salud mental: procedimientos del NICE. Recuperado el 19 de abril de 2018 desde:

<http://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/15173/moreno2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Muela, J. y Godoy, J. (2001). Importancia de los componentes de la emoción expresada, *Clínica y salud*, 12(2), 179-197.

Navarro, M. y García, D. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36.

- Ordóñez Ruiz, A. (2017). Un estudio comparativo del conocimiento y la actitud sobre el TDAH entre los estudiantes del grado de educación primaria y los maestros en activo (tesis de maestría). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Recuperado el 24 de abril de 2018 desde: <http://elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/06/Trastornos-mentales-y-de-comportamiento-CIE-10.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Editorial Médica Panamericana: España.
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista complutense de educación*, 11(1), 71-84.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.
- Palacio, J., De la Peña-Olvera, F., Palacios-Cruz, L. y Ortíz-León, S. (2009). Algoritmo latinoamericano del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(S1), 35S-65S.
- Palacios-Cruz, L., De la Peña, F., Victoria, G., Arias, A., De la Rosa, L., Valderrama, A. y Ulloa, R. (2013). Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos. *Salud mental*, 36(4), 285-290.
- Pedrosa, I., Suárez, J., & García, E. (2013). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción psicológica*, 10(2), 3-18

- Peña, J. y Montiel-Nava, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Revista de Neurología*, 36(2), 173-179.
- Perote, A. y Serrano, R. (2012). *TDAH: origen y desarrollo*. Instituto Tomás Pascual Sanz. Editorial IMC: Madrid.
- Pineda, D., Lopera, F., Henao, G., Palacio, J., Castellanos, F. y Fundema, G. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de neurología*, 32(3), 217-222.
- Piñón, A., Vázquez-Justo, E. y Fernandes, S. (2017). Modelos neuropsicológicos del TDAH. *Psico-USF*, 21(3), 573-582.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*. 164(6), 942-948.
- Pozo de Castro, J., De la Gándara, J., García, V. y García, X. (2005). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Boletín de pediatría*, 45(193), 170-176.
- Proenza, L. (2015). *Diseño de una guía psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con cáncer de cabeza y cuello* (tesis de pregrado). Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Santa Clara, Cuba.
- Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia* Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. y Pitschel-Walz, G. (2006). *Bulletin*, 32, S1–S9
- Rabito-Alcon, M. y Correas-Lauffer, J. (2014). Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 315-24.

- Ramos, C. y Pérez, C. (2015). Relación entre el modelo híbrido de las funciones ejecutivas y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 299-314.
- Redondo, J., Sánchez, M., Martínez, M. y de Miguelsanz, M. (2011). TDAH. Programa de intervención educativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 621-628.
- Rodríguez, P. y Criado, I. (2014). Plan de tratamiento multimodal. *Pediatría Integral*, 18(9), 624-630.
- Ron, G., Blasco-Fontecilla, H., Hernani, H. y Chueca, J. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista española de pediatría, clínica e investigación*, 71(2), 75-81.
- Saiz, L. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista asociación española de neuropsiquiatría*, 38(133), 301-330.
- Sánchez, G., Grisales, H., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Cornejo, J. W., & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de neurología*, 40(12), 716-722.
- Sánchez, Y., González, F.; Molina, O. y Guil, M. (2009). Guía para la elaboración de protocolos. *Biblioteca Lascasas*, 7(1).
- Sauceda, J. y Maldonado, J. (2005). Medicamentos estimulantes en el tratamiento del TDAH. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 75-80.
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. y Alda-Díez, J. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas españolas de psiquiatría*, 41(1), 44-51.

- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de neurología*, 40(6), 358-368.
- Soutullo, C. y Álvarez-Gómez, M. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 56(S1), S119-S29.
- Soutullo, C. y Chiclana, C. (2008). TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Recuperado el 20 de abril de 2018 desde:  
<https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/psiquiatria-psicologia.../guia-paciente-tdah>
- Tizón, J. (2007). El «niño hiperactivo» como síntoma de una situación profesional y social: ¿mito, realidad, medicalización. *Psicopatología de salud mental*, 2, 23-30.
- Tochetto de Oliveira, C. y Garcia, A. (2018). Psychoeducation for attention deficit/hyperactivity disorder: what, how and who shall we inform? *Temas em psicologia*, 26, 263-281.
- Torres, S. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas docentes en la atención a alumnos con TDAH. Evaluación y propuestas en una muestra de profesionales de la educación en la Comunidad de Madrid* (tesis de maestría). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- Valencia, J. y Arias, E. (2017). Evolución del estilo cognitivo en niños con TDAH bajo tres tipos de intervención junto a un grupo sin ningún tipo de tratamiento. *Katharsis*, 24, 23-46.
- Vélez, A., Talero, C., González, R. e Ibañez, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurobiológica de Colombia*, 24(1), 6-12.

- Vélez, C. y Vidarte, C. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de la primera infancia en Colombia. *Revista salud pública*, 14(2), 113-128.
- Vidal, R. (2015). *Tratamiento psicológico cognitivo-conductual en adolescentes y adultos con TDAH* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M. y Ramos-Quiroga, J. (2012). Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas españolas de psiquiatría*, 40(3), 147-154.
- Villar, I. (2004). Impacto y detección de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10, 11-20.
- Virta, M., Vedenpää, A., Grönroos, N., Chydenius, E., Partinen, M., Vataja, R., Kaski, M. y Iivanainen, M. (2008). Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation a study of 29 participants. *Journal of Attention Disorders*, 12(3), 218-226.
- Vizcarro, C. y Arévalo, J. (1987). Emoción expresada: introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronosticas y terapéuticas. *Estudios de psicología*, 27-28, 89-109.
- Wilson, L., Crowe, M., Scott, A. y Lacey, C. (2017). Psychoeducation for bipolar disorder: a discourse analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 349-357.
- Zuluaga, J. (2006). Evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno deficitario de atención con hiperactividad TDAH. *Perspectivas en Psicología*, 7(8), 63-104.

## Anexos

### Anexo A. Cuestionario de conocimientos y percepciones [docentes]

#### Cuestionario de Conocimientos y Percepciones sobre el TDAH [docentes]

A continuación se presenta un cuestionario de saberes y percepciones acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Recuerde que todas las respuestas son válidas.

1. ¿Qué entiende usted por psicoeducación?

---

---

---

2. ¿Qué entiende por Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

---

---

---

3. ¿Cuáles cree que son las causas del TDAH?

---

---

---

4. ¿Cuáles considera que son las conductas características de un niño o adolescente con TDAH?

---

---

---

5. ¿Cuáles son los profesionales que cree que pueden asesorar en un caso con un niño o adolescente con TDAH?

---

---

---

6. ¿Ha trabajado con algún estudiante con TDAH? ¿Cómo le ha parecido? ¿A dónde ha acudido?

---

---

---

7. ¿Cuáles han sido las mayores dificultades en el trabajo con el niño o adolescente con TDAH?

---

---

---

8. ¿Cuáles han sido las mayores ventajas/aprendizajes en el trabajo con el niño o adolescente con TDAH?

---

---

---

9. ¿Cuáles alternativas de tratamiento para el TDAH conoce?

---

---

---

10. ¿Ha utilizado alguna estrategia metodológica o pedagógica para los estudiantes con TDAH? ¿Cuál?

---

---

---

11. De acuerdo a su experiencia, describa una situación o anécdota con un niño o adolescente con TDAH.

---

---

---

**¡GRACIAS POR PARTICIPAR EN LA REALIZACIÓN DEL ABORDAJE  
PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES, ANTIOQUIA!**

**Anexo B. Cuestionario de conocimientos y percepciones [padres de familia]****Cuestionario de Conocimientos y Percepciones sobre el TDAH  
[padres de familia]**

A continuación se presenta un cuestionario de saberes y percepciones acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Recuerde que todas las respuestas son válidas.

1. ¿Qué entiende usted por psicoeducación?

---

---

---

2. Defina en sus propias palabras qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

---

---

---

3. ¿Por qué cree usted que se origina el TDAH?

---

---

---

4. Según lo que usted conoce, ¿cuáles son las conductas o características que puede tener un niño o adolescente con TDAH?

---

---

---

5. ¿Cómo inició el proceso de atención a su hijo/a con TDAH? ¿A qué profesionales acudió?

---

---

---

6. ¿Cuáles son las quejas o solicitudes que le realizan desde la institución educativa respecto al desempeño o conducta de su hijo/a?

- 
- 
- 
7. ¿Ha recibido su hijo/a con TDAH un tratamiento o acompañamiento adecuado? ¿Cómo ha sido? ¿Ha percibido un cambio o evolución?

- 
- 
- 
8. ¿Cuál es la principal dificultad o alteración de su hijo/a debido al TDAH? (en el hogar y en el ámbito escolar).

- 
- 
- 
9. ¿Qué ha sido lo más difícil en el proceso con su hijo/a con TDAH?

- 
- 
- 
10. ¿Qué estrategias ha empleado con su hijo/a para mejorar los aspectos en los que presenta dificultades?

- 
- 
- 
11. Describa una situación o anécdota que recuerde de su hijo/a respecto al TDAH.

**¡GRACIAS POR PARTICIPAR EN LA REALIZACIÓN DEL ABORDAJE  
PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES, ANTIOQUIA!**

**Anexo C. Cuestionario de conocimientos y percepciones [niños y adolescentes]****Cuestionario de Conocimientos y Percepciones sobre el TDAH  
[niños y adolescentes]**

A continuación te vamos a hacer algunas preguntas para conocer tus conocimientos y percepciones. Puedes responder con dibujos, escribiendo o hablando.

1. ¿Has escuchado alguna vez hablar del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

Sí (\_\_\_)

No (\_\_\_)

2. ¿Qué se te viene a la cabeza al escuchar estas palabras?

3. ¿Alguna vez has visitado a un profesional de la salud que te ha hablado del TDAH? (Por ejemplo, un psicólogo, pediatra, neurólogo u otro) ¿Cómo te sentiste? ¿Qué aprendiste de esta experiencia?

4. Describe una situación en la que no pudiste terminar una tarea o perdiste el interés por alguna. Para ello, debes tener en cuenta el lugar, los personajes principales y lo que hiciste en el momento.

5. ¿Eso cómo te hace sentir? (si puedes, dibuja)

6. ¿Qué es lo más te gusta hacer en tu tiempo libre?

7. ¿Te sientes apoyado en la casa o en el colegio cuando presentas alguna dificultad? ¿Cómo se comportan tus padres y maestros cuando esto pasa? ¿Qué te dicen?

8. ¿Cómo es la relación con tus compañeros?

9. Marca con una **X** aquellos comportamientos que más se repiten en tu vida diaria. Al final puedes escoger el que más te sucede y hacer un dibujo creativo.

- Me cuesta demasiado concentrarme en una sola cosa.
- Siento la necesidad de moverme en todo momento sin importar el sitio donde esté
- Cambio rápidamente de actividad sin haber terminado lo que estaba haciendo antes.
- Se me dificulta mantenerme relajado.
- Constantemente estoy olvidando cosas.
- Suelo distraerme ante cualquier ruido o imagen.
- Cuando me dan órdenes muy largas y de mucho tiempo olvido gran parte de lo que me dicen.

**ESPACIO PARA DIBUJAR:**

**¡GRACIAS POR HABER PARTICIPADO EN NUESTRA ENTREVISTA!**

## Anexo D. Componente evaluativo [módulo para docentes]

“Comprendiendo el TDAH”: componente evaluativo módulo docentes

1. La psicoeducación se define como:

- (a) Un tratamiento que busca modificar la conducta de quienes padecen una enfermedad o afección y está dirigido únicamente a aquellos.
- (b) Un enfoque terapéutico que emplea los psicofármacos para contribuir al mejoramiento de los síntomas y conductas de quienes padecen una enfermedad.
- (c) Un enfoque terapéutico que incluye los psicofármacos, el tratamiento psicológico y la vinculación de las personas más cercanas de quienes padecen una enfermedad o afección.

2. El TDAH es una afección del neurodesarrollo que presenta patrones persistentes inatención y/o hiperactividad, los cuales afectan dos o más ámbitos de la vida del individuo. **V( ) F( )**

3. Mencione los factores que inciden en la aparición del TDAH: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

4. Los síntomas o conductas base del TDAH incluyen:

- (a) Inatención, alteraciones en la memoria a corto plazo, trastornos alimenticios.
- (b) Hiperactividad, impulsividad e inatención.
- (c) Impulsividad, inatención y dificultades en el lenguaje.

5. El TDAH puede presentarse simultáneamente con otros trastornos o afecciones. **V( ) F( )**

6. Mencione los distintos tipos de tratamiento que existen para atenuar las conductas y sintomatología del TDAH: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

7. Mencione una estrategia que puede implementar para el trabajo con estudiantes con TDAH:

---



---



---



---



---

**¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**

## Anexo E. Componente evaluativo [módulo de padres]

### “Comprendiendo el TDAH”: componente evaluativo módulo padres de familia

1. El **TDAH** es un trastorno del neurodesarrollo que presenta síntomas persistentes de inatención y/ hiperactividad e impulsividad, los cuales afectan dos o más ámbitos de la vida del niño/adolescente **F** ( ) **V** ( )
2. ¿Qué causa el TDAH? Identifique con falso (**F**) o verdadero (**V**) cada una de las siguientes afirmaciones:
  - ( ) Existe una sola causa para explicar el origen del TDAH.
  - ( ) Se han identificado 3 factores relacionados al origen del TDAH, genéticos, neurológicos y ambientales y/o sociales.
  - ( ) Si se consumen muchas chocolatinas durante el embarazo, el bebé puede nacer con TDAH.
  - ( ) El TDAH es un trastorno de origen neuro-biológico, esto quiere decir que existen alteraciones en algunas funciones del cerebro y que en algunos casos puede heredarse genéticamente de padres a hijos.
  - ( ) Debido a un fuerte golpe en la cabeza durante la infancia se puede desarrollar un TDAH
3. Una con una línea cada uno de los síntomas característicos del TDAH con aquellos comportamientos que lo identifican.

Mantiene un nivel de actividad exagerada, suele estar moviéndose todo el tiempo.

**Inatención**

No controla sus respuestas por lo que reacciona de forma rápida e inesperada en cualquier momento o situación.

**Impulsividad**

Le cuesta mantener su atención en una sola actividad durante mucho tiempo, se distrae fácilmente.

**Hiperactividad**

4. Ordena de manera lógica los procesos necesarios para seguir la ruta de atención del TDAH, siendo 1 el primer paso y 6 el último.



El especialista es quien confirma el diagnóstico y brinda las indicaciones necesarias sobre tratamiento, consecuencias y demás dudas que usted pueda tener sobre el TDAH.



Solicite acompañamiento y valoración a la docente orientadora o docente de aula de apoyo de la institución educativa.



Reconozca en su hijo los comportamientos característicos del trastorno (hiperactividad, impulsividad, inatención).

 La docente orientadora realizara la evaluación y seguimiento a las conductas manifestadas por el niño /adolescente por medio de pruebas y entrevistas. En caso de ser necesario este profesional remite a medicina general con un informe de los resultados.

 El médico general remite al especialista (pediatra, psiquiatra, neurólogo, neuropsicólogo, neuropediatra).

 Debe llevar el diagnostico que recibió del especialista a la institución educativa para que se puedan adaptar las condiciones necesarias que faciliten el proceso de aprendizaje de su hijo, al igual que seguir en casa las estrategias sugeridas.

5. Mencione una estrategia, comportamiento o actitud con la cual podría ayudar a su hijo/a con TDAH:

---



---



---



---



---



---



---

**¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**

## Anexo F. Componente evaluativo [módulo para adolescentes y niños]

### Componente evaluativo [módulo adolescentes y niños]

*Tommy su historia te invitó conocer,  
Prepárate y pon en práctica tu saber  
Anímate y logra, todas las actividades hacer...*

1. Encuentra en la sopa de letras las palabras claves de la historia de Tommy.

#### LISTA DE PALABRAS

- Aprender
- Atención
- Autocontrol
- Colegio
- Familia
- Creativo
- Hiperactividad
- Jugar
- Tratamiento
- Trastorno
- Amigos

R	C	P	Y	E	G	H	A	B	W	L
T	R	A	T	A	M	I	E	N	T	O
C	E	T	N	L	K	P	O	J	D	R
F	A	E	C	O	L	E	G	I	O	T
A	T	N	W	T	R	R	T	Y	R	N
M	I	C	D	R	S	A	G	O	U	O
I	V	I	Ñ	A	A	C	D	J	B	C
L	O	O	M	S	L	T	M	U	Q	O
I	Z	N	L	T	S	I	A	G	H	T
A	D	T	P	O	Ñ	V	O	A	N	U
Q	W	Q	G	R	J	I	G	R	E	A
S	U	I	Z	N	P	D	P	A	I	H
B	M	A	V	O	L	A	Ñ	X	U	M
A	A	P	R	E	N	D	E	R	P	L

*A Tommy mucho le gusta jugar,  
Pero Tommy sus conductas no sabe controlar Ven y ayúdale a Tommy una solución  
encontrar...*

2. Encuentra la pareja correcta.

Une con una flecha cada tipo de tratamiento con la definición que corresponda.

**TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGI  
CO**

Utiliza los fármacos, la terapia psicológica y un componente informativo que vincula a los padres de familia y docentes para que hagan parte del proceso y tengan toda la información necesaria para apoyarte.

**TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICO**

Consiste en utilizar medicamentos que ayudan a tu cerebro a concentrarte mejor y poder controlar un poco más la hiperactividad e impulsividad.

**TRATAMIENTO  
MULTIMODAL**

Se basa en el apoyo del psicólogo para realizar un programa de entrenamiento con el fin de reducir las conductas que son más disruptivas y entrenar la atención.

*Tommy quiere mejorar,  
Pero no sabe quién le puede ayudar Dile a Tommy en qué lugares  
Y cuáles personas lo pueden orientar...*

3. ¿Quién y dónde?

Escribe una lista de las personas y lugares que pueden ayudar a Tommy para mejorar.

**Personas/profesionales**

**Lugar**

---



---

---



---

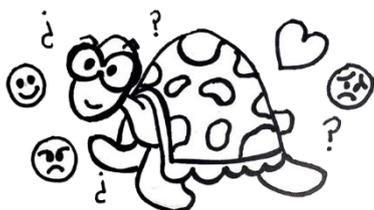


---

*La tortuga nos enseña a controlar  
El enojo, la ira y otras emociones más  
Conoce más de esta técnica y empieza a colorear*

#### 4. Técnica de la tortuga

##### 1. Reconoce tus emociones



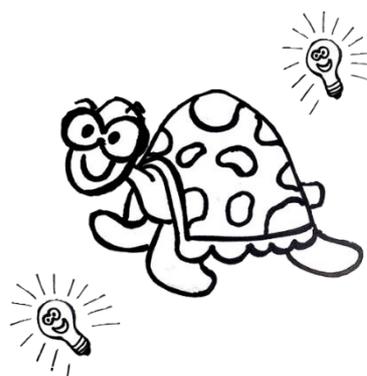
##### 2. Para y piensa



##### 4. Entra en tu caparazón y respira



##### 5. Piensa en una solución



*Sí muy estresado estás, no te preocupes más,  
Practica este ejercicio y tú actitud mejorará...*

#### 5. Técnica de relajación de muscular

Sí que hemos terminado cansados después de acompañar a Tommy en su aventura, tal vez nuestro cuerpo necesita relajarse... ¿no lo crees? Si sientes que tus músculos están tensos y se te dificulta dormir, estas nervioso o enfadado, sólo necesitarás hacer uso de tu imaginación y tu cuerpo, para sentirte mejor.

Ven y disfruta de un recorrido por el mundo de la imaginación, conoceremos los lugares más extremos y los animales más fantásticos:

a. Jugo de limón:

imagina que tienes un limón en tu mano izquierda y que debes exprimirlo hasta sacar todo su jugo, muy fuerte, ahora deja que se caiga. Hazlo mismo con tu mano derecha.

b. Un gato muy perezoso:

Después de una larga siesta gatuna nos vamos a estirar para botar la pereza, estiramos nuestros brazos al frente lo más que se pueda, lo hacemos arriba y luego hacia atrás.

c. La tortuga que se esconde:

Ahora eres una tortuga muy tranquila que se pasea a la orilla del río y de repente se acerca un depredador, para salvarte, debes hundir tu cabeza lo más que puedas, llevando tus hombros a las orejas.

d. Un chicle enorme:

Tenemos una enorme bola de chicle que debemos masticar, casi no cabe en nuestra boca.

¡Qué duro está!

¡Debo masticar más fuerte! Ahora lo voy a tirar y relajar mi mandíbula.

e. Una mosca muy molesta:

Tengo una mosca en mi nariz, intento tumbarla, pero no puedo usar mis manos, debo arrugar mi nariz hasta que logre que se vaya.

f. Estampida de elefantes:

Estamos acampando en África y de repente se acerca una manada de elefantes a toda velocidad, sin tiempo de ponernos en pie y correr, para no ser aplastado por la manada debo apretar muy fuerte mi estómago.

g. Botas para el barro:

Para terminar nuestro recorrido debemos atravesar una jungla de arenas movedizas, sentimos que nuestros pies se hundían, se siente pesado, ¡debemos avanzar...! ¡Con fuerza vamos a empujar el barro a cada paso! Llegamos al bosque

**¡GRACIAS POR PARTICIPAR!**

## Anexo G. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES

#### ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES, ANTIOQUIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como finalidad proporcionar la información pertinente sobre los fines e implicaciones de participar en la recolección de información para la tesis de grado “**Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia**”, la cual es ejecutada por las psicólogas en formación *María Auxiliadora Cardona Cardona, Derly Yuliana Hernández Garzón y Luisa María Rubiano Franco*, bajo la orientación y supervisión de un docente asesor de la Universidad de Antioquia. Es fundamental que lea todo lo contenido en el presente documento, para que posteriormente pueda decidir aceptar o no con lo aquí estipulado.

#### Propósito

La tesis de grado en mención, pretende realizar un abordaje psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el municipio de Andes, Antioquia. Lo anterior, por medio de la construcción y socialización de una cartilla adaptada a cuatro tipos de población (niños y adolescentes, padres de familia y docentes) del municipio. Para la construcción de los módulos instructivos, resulta fundamental indagar y conocer sobre el nivel de conocimiento y percepción que tienen las distintas poblaciones acerca del TDAH, por lo que se requiere de participantes que informen sobre lo anteriormente mencionado.

#### Procedimiento

Su participación en esta investigación consiste en responder a una entrevista semiestructurada guiada por las coordinadoras. Sus respuestas pueden presentarse de forma oral o escrita, según lo prefiera, (grabación en audio o respuesta escrita). El tiempo estipulado para dar respuesta a la totalidad de las preguntas es de aproximadamente 30 minutos.

#### Derecho a la no participación

Su participación en la investigación es de carácter voluntario, es decir, posee plena libertad de abstenerse a participar en cualquier etapa del procedimiento si así lo desea y sin justificación alguna.

#### Inconvenientes, malestares y riesgos

La participación en la recolección de información del *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*, no conlleva ningún riesgo, peligro o costo económico. Debe mencionarse que la información obtenida puede ser empleada en los módulos instructivos, como testimonio de la población, pero se garantiza el derecho a la intimidad y anonimato.

#### Confidencialidad y límites

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo y de acuerdo a la Ley 1090 DE 2006, en su artículo 29, se estipula que la totalidad de la información, así como los registros, la exposición oral, escrita, audiovisual y/o cualquier otra forma de recopilación información, están cobijadas por el secreto profesional, y en caso de utilizarse como material con fines didácticos o de divulgación científica u cualquier otro medio que posibilite la identificación del sujeto participante, ha de ser necesario su previo consentimiento. Todas las opiniones serán confidenciales, y mantenidas en reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular.

**Derly Hernández – María Cardona – Luisa Rubiano Psicólogas en formación Universidad de Antioquia**



---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES**

---

**ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES, ANTIOQUIA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en la recolección de información del **Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia** conducida por las psicólogas en formación María Auxiliadora Cardona, Luisa María Rubiano y Derly Yuliana Hernández de la Universidad de Antioquia, las cuales me han informado de forma clara sobre el propósito y procedimiento de mi participación.

A su vez se me ha indicado que tendré que responder a una serie de preguntas, lo cual tardará aproximadamente 30 minutos. De igual manera conozco que la información que yo proporcione en el curso de este abordaje, puede ser empleada en los módulos instructivos como testimonio, pero siempre guardando el anonimato.

Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder a cualquiera de los interrogantes y a retirarme de la entrevista cuando lo considere pertinente y sin necesidad de justificación alguna.

Declaro haber comprendido las condiciones de mi participación en este abordaje y haber tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener las respuestas correspondientes.

---

---

**FIRMA PARTICIPANTE**  
**C.C**

---

**MARÍA AUXILIADORA CARDONA**  
**C.C**

---

**DERLY YULIANA HERNÁNDEZ**  
**C.C**

---

**LUISA MARÍA RUBIANO FRANCO**  
**C.C**

---

**Derly Hernández – María Cardona – Luisa Rubiano Psicólogas en formación Universidad de Antioquia**



## Anexo H. Consentimiento informado [menores de edad]

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES

#### ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES, ANTIOQUIA CONSENTIMIENTO INFORMADO [menores de edad]

El presente documento tiene como finalidad proporcionar la información pertinente sobre los fines e implicaciones de participar en la recolección de información para la tesis de grado “**Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia**”, la cual es ejecutada por las psicólogas en formación *María Auxiliadora Cardona Cardona, Derly Yuliana Hernández Garzón y Luisa María Rubiano Franco*, bajo la orientación y supervisión de un docente asesor de la Universidad de Antioquia. Es fundamental que lea todo lo contenido en el presente documento, para que posteriormente pueda decidir aceptar o no con lo aquí estipulado.

#### Propósito

La tesis de grado en mención, pretende realizar un abordaje psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el municipio de Andes, Antioquia. Lo anterior, por medio de la construcción y socialización de una cartilla adaptada a cuatro tipos de población (niños y adolescentes, padres de familia y docentes) del municipio. Para la construcción de los módulos instructivos, resulta fundamental indagar y conocer sobre el nivel de conocimiento y percepción que tienen las distintas poblaciones acerca del TDAH, por lo que se requiere de participantes que informen sobre lo anteriormente mencionado.

#### Procedimiento

Su participación en esta investigación consiste en responder a una entrevista semiestructurada guiada por las coordinadoras. Sus respuestas pueden presentarse de forma oral o escrita, según lo prefiera, (grabación en audio o respuesta escrita-dibujo). El tiempo estipulado para dar respuesta a la totalidad de las preguntas es de aproximadamente 30 minutos.

#### Derecho a la no participación

Su participación en la investigación es de carácter voluntario, es decir, posee plena libertad de abstenerse a participar en cualquier etapa del procedimiento si así lo desea y sin justificación alguna.

#### Inconvenientes, malestares y riesgos

La participación en la recolección de información del *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*, no conlleva ningún riesgo, peligro o costo económico. Debe mencionarse que la información obtenida puede ser empleada en los módulos instructivos, como testimonio de la población, pero se garantiza el derecho a la intimidad y anonimato.

#### Confidencialidad y límites

De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, en el Código de Procedimiento Civil y en el Código Deontológico del Psicólogo y de acuerdo a la Ley 1090 DE 2006, en su artículo 29, se estipula que la totalidad de la información, así como los registros, la exposición oral, escrita, audiovisual y/o cualquier otra forma de recopilación información, están cobijadas por el secreto profesional, y en caso de utilizarse como material con fines didácticos o de divulgación científica u cualquier otro medio que posibilite la identificación del sujeto participante, ha de ser necesario su previo consentimiento. Todas las opiniones serán confidenciales, y mantenidas en reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular.

**Derly Hernández – María Cardona – Luisa Rubiano Psicólogas en formación Universidad de Antioquia**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES**

**ABORDAJE PSICOEDUCATIVO DEL TDAH EN ANDES, ANTIOQUIA CONSENTIMIENTO  
INFORMADO [menores de edad]**

Nosotros \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
certificamos que hemos sido informados con claridad respecto a la participación de mi hijo/a en el **Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia**, sus objetivos y procedimientos.

A su vez se me han indicado que mi hijo/a tendrá que responder a una serie de preguntas, lo cual tardará aproximadamente 30 minutos. De igual manera conozco que la información que se proporcione en el curso de este abordaje, puede ser empleada en los módulos instructivos como testimonio, pero siempre guardando el anonimato.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se procede, de manera libre y voluntaria a autorizar la participación de \_\_\_\_\_, mi hijo/a y de quien somos los tutores, dada su imposibilidad para firmar este documento con completa autonomía por ser menor de edad.

Somos concedores de la autonomía suficiente que posee nuestro hijo/a de abstenerse a responder total o parcialmente las preguntas que se le formulen y a prescindir de su colaboración cuando se considere y sin necesidad de justificación alguna.

Yo \_\_\_\_\_, me he reunido con las psicólogas en formación María Cardona, Derly Hernández y Luisa Rubiano, quienes me han explicado sobre mi participación en el **Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia**. Me han contado que me realizarán algunas preguntas, a las cuales puedo responder hablando, escribiendo o dibujando y tengo claro que soy libre de participar o no, así como también de responder a las preguntas que quiera o retirarme cuando lo considere pertinente. Adicional a ello, me explicaron que mis respuestas y/o dibujos pueden emplearse en una cartilla, pero que no aparecerá mi nombre, ni el de mi familia, ni algún dato que nos identifique.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TUTOR**  
**C.C**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TUTOR**  
**C.C**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA MENOR PARTICIPANTE**  
**T.I.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**FIRMAS PSICÓLOGAS EN FORMACIÓN**

**Derly Hernández – María Cardona – Luisa Rubiano Psicólogas en formación Universidad de Antioquia**



**Anexo I. Cartas solicitud de información**

5 de marzo de 2018

Señores

**SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR**

Andes, Antioquia



Estimados señores:

Nos dirigimos hacia ustedes con el fin de solicitar información concerniente a la **cifra de personas diagnosticadas con Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH)** en el municipio de Andes, comprendiendo la zona rural y urbana del mismo. Lo anterior se fundamenta bajo el propósito de obtener datos de soporte para la realización de nuestro trabajo de grado, el cual está enfocado en el abordaje psicoeducativo de dicho trastorno teniendo en cuenta las particularidades del contexto.

Agradecemos la atención y quedamos a la espera de una oportuna respuesta a los siguientes medios: [luisa.rubiano@udea.edu.co](mailto:luisa.rubiano@udea.edu.co) – 310 665 54 60.

Atentamente,

Estudiantes de pregrado en psicología UdeA Seccional Suroeste

Derly Yuliana Hernández

DERLY YULIANA HERNÁNDEZ

C.C 1.027.888.566

María A. Cardona

MARÍA AUXILIADORA CARDONA

C.C 1.013.558.591

LUISA MARÍA RUBIANO FRANCO

LUISA MARÍA RUBIANO FRANCO

C.C 1.027.888.380

Gilberto Gaviria C.

GILBERTO GAVIRIA CASTAÑO

Docente asesor de tesis de grado

5 de marzo de 2018

Señores

**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES**

Andes, Antioquia



Estimados señores:

Nos dirigimos hacia ustedes con el fin de solicitar información concerniente a la **cifra de personas diagnosticadas con Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH)** en el municipio de Andes, comprendiendo la zona rural y urbana del mismo. Lo anterior se fundamenta bajo el propósito de obtener datos de soporte para la realización de nuestro trabajo de grado, el cual está enfocado en el abordaje psicoeducativo de dicho trastorno teniendo en cuenta las particularidades del contexto.

Agradecemos la atención y quedamos a la espera de una oportuna respuesta a los siguientes medios: [luisa.rubiano@udea.edu.co](mailto:luisa.rubiano@udea.edu.co) – 310 665 54 60.

Atentamente,

Estudiantes de pregrado en psicología UdeA Seccional Suroeste

Derly Yuliana Hernández

DERLY YULIANA HERNÁNDEZ

C.C 1.027.888. 566

LUISA MARÍA RUBIANO FRANCO

LUISA MARÍA RUBIANO FRANCO

C.C 1.027.888.380

María A. Cardona

MARÍA AUXILIADORA CARDONA

C.C 1.013.558.591

Gilberto Gaviria C.

GILBERTO GAVIRIA CASTAÑO

Docente asesor de tesis de grado

## Anexo J. Portada y tabla de contenido [módulos docentes, padres, niños y adolescentes]

**CONTENIDO**

Introducción.....	4	Comorbilidad del TDAH.....	18
Dificultades al momento de trabajar con población escolarizada con NEE.....	5	¿Qué se entiende por comorbilidad?.....	18
¿Qué se entiende por Necesidades Educativas Especiales (NEE)?.....	6	Alternativas de tratamiento.....	19
¿Qué se entiende por trastornos del neurodesarrollo?.....	6	Tratamiento farmacológico.....	20
El desarrollo del cerebro.....	7	¿Qué son los neurotransmisores?.....	20
Sistema nervioso.....	7	¿Cómo actúan los psicofármacos?.....	21
El TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo.....	7	Tratamiento psicológico.....	22
Línea de tiempo del TDAH.....	8	Contrato de contingencias.....	23
Definición de los manuales de clasificación diagnóstica.....	9	Economía de fichas.....	24
¿Qué es el DSM?.....	9	¿Qué es el autocontrol?.....	23
¿Qué es el CIE-10?.....	9	Entrenamiento en autocontrol.....	23
Conceptualización del TDAH.....	10	Entrenamiento en solución de problemas.....	24
Lo que no es el TDAH.....	11	Tratamiento multimodal o combinado.....	25
Prevalencia del TDAH.....	11	¿Qué es psicoeducación?.....	26
Prevalencia mundial.....	11	Dificultades o alteraciones asociadas al TDAH.....	27
Prevalencia nacional.....	11	Dificultades asociadas con el TDAH en el ámbito escolar.....	28
Prevalencia municipal.....	11	¿Por qué es tan importante la atención en el proceso de enseñanza-aprendizaje?.....	30
Etiología del TDAH.....	12	Pautas para mejorar el desempeño de los niños y adolescentes con TDAH en el aula.....	31
¿Qué son las funciones ejecutivas (FE)?.....	13	Actuaciones del docente con los padres de familia.....	31
Funciones ejecutivas en el contexto escolar.....	13	Estrategias en el entorno escolar.....	32
Criterios diagnósticos para el TDAH.....	15	Metodológicas.....	33
¿Quién realiza el diagnóstico de TDAH?.....	16	Emocionales y sociales.....	36
¿Cuál es el procedimiento a seguir para la realización del diagnóstico de TDAH?.....	16	Lo que no se recomienda en el entorno escolar.....	38
Ruta de atención ante un posible caso de TDAH en el aula.....	17	Recordando la importancia del refuerzo positivo.....	39
		Elementos útiles.....	40

# COMPRENDIENDO EL TDAH

[Para padres de familia]

Abordaje psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (T.D.A.H.) en Andes, Antioquia



María Auxiliadora Cardona Cardona  
Derty Yulliana Hernández Garzón  
Luisa María Rubiano Franco  
Psicólogas en formación - Universidad de Antioquia  
Supervisión de: Gilberto Gaviria Castaño  
2019



## CONTENIDO



Principales dificultades de los padres con hijos con TDAH en el municipio.....	5
¿Cómo clasifican el TDAH?.....	8
¿Cuándo aparece el TDAH?.....	9
¿El TDAH se presenta sólo en la infancia.....	9
¿Qué es el TDAH?.....	10
Formas en las que se presenta el TDAH.....	17
¿Por qué se origina el TDAH?.....	20
¿Es muy común que se presente el TDAH?.....	24
No confundamos el TDAH.....	25
¿Qué hacer si sospecho que mi hijo(a) tiene TDAH?.....	26
¿Cuáles tratamientos existen para el TDAH?.....	30
¿Cuál será el mejor tratamiento para mi hijo(a)?.....	31
¿El TDAH puede presentarse al mismo tiempo de otros trastornos o enfermedades?.....	33
¿Cuáles son las dificultades que puede enfrentar mi hijo(a) con TDAH?.....	35
¿Cómo enfrentar el TDAH de mi hijo(a)?.....	37
¿Cómo puedo ayudar a mi hijo(a) con TDAH?.....	38



# COMPRENDIENDO A TOMMY

[Para niños y adolescentes]

**Abordaje psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (T.D.A.H.) en Andes, Antioquia**



**María Auxiliadora Cardona Cardona**

**Derty Yuliana Hernández Garzón**

**Luisa María Rublano Franco**

*Psicólogas en formación - Universidad de Antioquia*

**Supervisión de: Gilberto Gaviria Castaño**

**2019**

## CONTENIDO

Capítulo 1: Presentación.....	4
Capítulo 2: La escuela.....	5
Capítulo 3: Mi familia.....	18
Capítulo 4: Entendiendo qué me pasa.....	24
Capítulo 5: Visitando a los especialistas.....	36
Capítulo 6: Aceptando el diagnóstico.....	44
Capítulo 7: Tratamiento.....	47
Capítulo 8: ¿Cómo puedo mejorar?.....	53
Capítulo 9: El paso del tiempo.....	65
Anexo: Componente evaluativo.....	71

## Anexo K. Solicitud de información

Andes, noviembre de 2018

**ASUNTO:** Solicitud revisión módulo de docentes del *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*

Cordial Saludo,

Las psicólogas en formación Derly Yuliana Hernández Garzón, María Auxiliadora Cardona Cardona y Luisa María Rubiano Franco, nos dirigimos a usted para solicitar su colaboración en la elaboración de nuestro trabajo de grado, el cual se fundamenta en la realización de un *Abordaje Psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)* en el municipio de Andes, Antioquia.

Dicho trabajo está orientado a brindar una formación psicoeducativa a la población andina sobre el TDAH, que incluya no sólo componentes etiológicos o teóricos, sino que brinde una serie de pautas que contribuyan al manejo del trastorno en mención (psicoeducación informativa y psicoeducación conductual). Lo anterior se sustenta en la poca oferta formativa y escaso acompañamiento realizado en el municipio a la población escolarizada diagnosticada con TDAH y sus redes de apoyo. Es importante mencionar que el trabajo de grado en mención se encuentra asesorado y supervisado por el docente de la Universidad de Antioquia, Gilberto Gaviria Castaño.

De acuerdo a lo mencionado, es importante mencionar que el *Abordaje psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*, comprende dos etapas fundamentales: (a) la construcción de módulos ilustrativos y (b) la socialización de los mismos.

A continuación se explicará de manera breve lo que comprende y pretende cada una de las etapas del trabajo de grado en cuestión:

**(a) Construcción de módulos ilustrativos:** con la finalidad de exponer los principales aspectos del TDAH, se van a construir tres módulos dirigidos a tres grupos poblacionales distintos, pero que se ven implicados en la afección (niños y adolescentes diagnosticados, padres de familia y docentes). Cada módulo consta de una serie de apartados que se consideran relevantes al momento de conocer y comprender el TDAH. Dichos apartados se enfocan principalmente en la etiología, prevalencia, historia, sintomatología, alternativas de tratamiento y pautas para contribuir al mejoramiento de los aspectos alterados debido al trastorno y las cuales están dirigidas a cada grupo poblacional.

**(b) Socialización de módulos ilustrativos:** la segunda etapa del abordaje psicoeducativo, consiste en socializar los módulos construidos. Esto, con el propósito de exponer el material, tener un acercamiento con el grupo poblacional y recalcar la importancia de brindar un adecuado acompañamiento a las personas con afecciones mentales, en el cual no se vea implicado solo el paciente, sino su núcleo más cercano.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, se considera que la primera etapa del *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*, es la más extensa y representa el

sustento para la socialización. Por lo tanto, es necesario que la información contenida en los módulos ilustrativos cuente con rigurosidad y veracidad, para que se logre el objetivo del trabajo.

Es por ello, que sería de gran utilidad contar con su apreciación en lo que respecta al módulo dirigido a los docentes del municipio, debido a su formación y experiencia en NEE y trastornos del neurodesarrollo. Dicha apreciación lo que busca es conocer sus opiniones, sugerencias y correcciones respecto al contenido del módulo en mención. Para ello, se adjuntará el módulo correspondiente y un formato de evaluación, en el que usted deberá calificar diversos aspectos, como la forma, cohesión, claridad, extensión, etc.

**El formato de evaluación se adjuntará vía correo electrónico junto con esta carta y el módulo de docentes. Quedamos prestas y atentas a cualquier inquietud que pueda presentarse en el curso de la evaluación.**

Agradecemos amablemente su atención y esperamos contar con su colaboración.

Atentamente,

María A. Cardona  
María Auxiliadora Cardona Cardona

Derly Yuliana Hernández  
Derly Yuliana Hernández Garzón

LISA MARÍA RUBIANO FRANCO  
Luisa María Rubiano Franco

**Estudiantes de noveno semestre de psicología de la Universidad de Antioquia**

Silberto Gaviria C.  
Docente asesor del trabajo de grado

**Nota:** (1) La devolución de la revisión del módulo puede realizarse a cualquiera de los siguientes correos electrónicos: [luisamrubiano@gmail.com](mailto:luisamrubiano@gmail.com), [derly.hernandez@udea.edu.co](mailto:derly.hernandez@udea.edu.co), [auxiliadora.cardona@udea.edu.co](mailto:auxiliadora.cardona@udea.edu.co)

(2) Es importante mencionar que el módulo de docentes, puede sufrir algunas modificaciones o ajustes en la etapa del diseño.

## Anexo L. Formatos de evaluación de contenido

### EVALUACIÓN DEL MÓDULO DE DOCENTES *Abordaje Psicoeducativo del TDAH En Andes, Antioquia*

A continuación, usted encontrará una serie de interrogantes con base en la lectura previa del “módulo de docentes” del *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*. El diligenciamiento de este formato, se realiza con la finalidad de evaluar la validez del contenido del módulo en mención, conocer la apreciación de una serie de expertos y las modificaciones o adaptaciones que se consideren pertinentes.

La valoración de los contenidos se realizará teniendo en cuenta una serie de categorías, las cuales contienen algunos ítems que serán puntuados en relación a la **presencia** o **ausencia** de la información (opción dicotómica de respuesta) en cada uno de los apartados indicados. Al final de la evaluación de cada apartado, se incluirá un espacio para consignar alguna sugerencia o corrección que no se haya incluido o que los evaluadores consideren pertinentes.

Dichas categorías para evaluar los contenidos del módulo son:

- (a) *Idoneidad*: evalúa que la información presentada es apropiada y acorde con el título del apartado y con el tema central.
- (b) *Claridad*: la información incluida es de fácil comprensión para la población a la cual se dirige.
- (c) *Coherencia*: la relación entre el apartado y su descripción, es lógica.
- (d) *Cohesión*: existe una relación congruente entre las oraciones que conforman el apartado.
- (e) *Relevancia*: la información es importante para el abordaje del tema, por lo tanto, debe ser incluida.
- (f) *Sustento teórico*: se evidencia que la información contenida está respaldada en modelos teóricos válidos.
- (g)

**Nota 1:** se adjuntarán formatos evaluativos de los apartados que se consideran más relevantes en el contenido del módulo. Si usted tiene sugerencias u observaciones respecto a los demás apartados no incluidos en los formatos, podrá consignarlas en la tabla adjuntada para tal fin (posterior a los formatos de evaluación de cada apartado).

**Nota 2:** con el fin de recolectar información general de los evaluadores y analizar la cualificación de los mismos para la revisión del módulo, se pide diligenciar la tabla final.

**FORMATOS EVALUATIVOS DE APARTADOS MÁS RELEVANTES DEL MÓDULO DE DOCENTES**  
*Abordaje Psicoeducativo del TDAH En Andes, Antioquia*

<b>APARTADO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>Conceptualización del TDAH</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los docentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
<b>Etiología del TDAH</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los docentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
<b>Criterios diagnósticos para el TDAH</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los docentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
<b>Comorbilidad del TDAH</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los docentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

<b>APARTADO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>Alternativas de tratamiento</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los docentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
<b>Dificultades o alteraciones asociadas al TDAH</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los docentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
<b>Pautas para mejorar el desempeño de los niños y adolescentes con TDAH en el aula</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los docentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
<b>Pautas para mejorar el desempeño de los niños y adolescentes con TDAH en el aula</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los docentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

**SUGERENCIAS U OBSERVACIONES PARA DEMÁS APARTADOS DEL MÓDULO DE DOCENTES**  
*Abordaje Psicoeducativo del TDAH En Andes, Antioquia*

<b>APARTADO</b>	<b>OBSERVACIONES O SUGERENCIAS</b>
<b>Introducción</b>	
<b>Dificultades al momento de trabajar con población escolarizada con NEE en Andes</b>	
<b>¿Qué se entiende por Necesidades Educativas Especiales (NEE)?</b>	
<b>¿Qué se entiende por trastornos del neurodesarrollo?</b>	
<b>El desarrollo del cerebro</b>	
<b>Sistema nervioso</b>	
<b>El TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo</b>	
<b>Línea de tiempo del TDAH</b>	

<b>Definición de los manuales de clasificación diagnóstica</b>	
<b>Lo que NO es el TDAH</b>	
<b>Prevalencia del TDAH</b>	
<b>¿Qué se entienden por funciones ejecutivas (FE)?</b>	
<b>Funciones ejecutivas en el contexto escolar</b>	
<b>¿Quién realiza el diagnóstico de TDAH?</b>	
<b>¿Cuál es el procedimiento a seguir para la realización del diagnóstico de TDAH?</b>	
<b>Ruta de atención en un posible caso de TDAH en el aula</b>	
<b>¿Qué se entiende por comorbilidad?</b>	

<b>¿Qué son los psicofármacos?</b>	
<b>¿Qué se entiende por neurotransmisores?</b>	
<b>¿Qué es la psicoeducación?</b>	
<b>¿Por qué es tan importante la atención en el proceso de enseñanza-aprendizaje?</b>	
<b>Lo que no se recomienda en el entorno escolar</b>	
<b>Recordando la importancia del refuerzo positivo</b>	

**INFORMACIÓN DE LOS EVALUADORES DEL MÓDULO DE DOCENTES**  
*Abordaje Psicoeducativo del TDAH En Andes, Antioquia*

<b>Nombre completo del evaluador:</b>
<b>Título de formación:</b>
<b>Estudios de posgrado:</b>
<b>Campos de aplicación (áreas en las que se ha desempeñado):</b>
<b>Años de experiencia:</b>

## EVALUACIÓN DEL MÓDULO DE PADRES DE FAMILIA

### *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*

A continuación, usted encontrará una serie de interrogantes con base en la lectura previa del “módulo de padres de familia” del *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*. El diligenciamiento de este formato, se realiza con la finalidad de evaluar la validez del contenido del módulo en mención, conocer la apreciación de una serie de expertos y las modificaciones o adaptaciones que se consideren pertinentes.

La valoración de los contenidos se realizará teniendo en cuenta una serie de categorías, las cuales contienen algunos ítems que serán puntuados en relación a la **presencia** o **ausencia** de la información (opción dicotómica de respuesta) en cada uno de los apartados indicados. Al final de la evaluación de cada apartado, se incluirá un espacio para consignar alguna sugerencia o corrección que no se haya incluido o que los evaluadores consideren pertinentes.

Dichas categorías para evaluar los contenidos del módulo son:

- (h) *Idoneidad*: evalúa que la información presentada es apropiada y acorde con el título del apartado y con el tema central.
- (i) *Claridad*: la información incluida es de fácil comprensión para la población a la cual se dirige.
- (j) *Coherencia*: la relación entre el apartado y su descripción, es lógica.
- (k) *Cohesión*: existe una relación congruente entre las oraciones que conforman el apartado.
- (l) *Relevancia*: la información es importante para el abordaje del tema, por lo tanto, debe ser incluida.
- (m) *Sustento teórico*: se evidencia que la información contenida está respaldada en modelos teóricos válidos.

**Nota 1:** se adjuntarán formatos evaluativos de los apartados que se consideran más relevantes en el contenido del módulo. Si usted tiene sugerencias u observaciones respecto a los demás apartados no incluidos en los formatos, podrá consignarlas en las tablas adjuntas para tal fin (posterior a los formatos de evaluación de cada apartado).

**Nota 2:** con el fin de recolectar información general de los evaluadores y analizar la cualificación de los mismos para la revisión del módulo, se pide diligenciar la tabla inicial.

**INFORMACIÓN DE LOS EVALUADORES DEL MÓDULO DE PADRES DE FAMILIA**  
*Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*

<b>Nombre completo del evaluador:</b>
<b>Título de formación:</b>
<b>Estudios de posgrado:</b>
<b>Campos de aplicación (áreas en las que se ha desempeñado):</b>
<b>Años de experiencia:</b>

**FORMATOS EVALUATIVOS DE APARTADOS MÁS RELEVANTES DEL MÓDULO DE PADRES DE FAMILIA**  
*Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*  
 (Marque con una X)

<b>APARTADO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>¿Qué es el TDAH?</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los padres de familia		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
El apartado es relevante en el contenido de la guía				

		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
		Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida		
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

<b>APARTADO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>¿Por qué se origina el TDAH?</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los padres de familia		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

--

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
¿Cuál será el mejor tratamiento para mi hijo?	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los padres de familia		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
¿El TDAH puede presentarse al mismo tiempo que otros trastornos o enfermedades?	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los padres de familia		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
¿Cuáles son las dificultades que puede enfrentar mi hijo con TDAH?	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los padres de familia		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
¿Cómo puedo ayudar a mi hijo con TDAH?	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del apartado		
		El contenido del apartado es útil para los padres de familia		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El apartado guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente		
	<b>Relevancia</b>	El apartado puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El apartado es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

**SUGERENCIAS U OBSERVACIONES PARA DEMÁS APARTADOS DEL MÓDULO DE PADRES DE FAMILIA**  
*Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*

<b>APARTADO</b>	<b>OBSERVACIONES O SUGERENCIAS</b>
¿Con qué se va a encontrar a continuación?	
Principales dificultades de los padres con hijos con TDAH en el municipio	
¿Cómo clasifican el TDAH?	
¿Cuándo aparece el TDAH?	
¿El TDAH se presenta sólo en la infancia?	
Formas en las que se presenta el TDAH	
¿Es muy común que se presente el TDAH?	
No confundamos el TDAH	

<b>¿Qué hacer si sospecho que mi hijo(a) tiene TDAH?</b>	
<b>¿Cuáles tratamientos existen para el TDAH?</b>	
<b>¿Cómo enfrentar el TDAH de mi hijo?</b>	

## **EVALUACIÓN DEL MÓDULO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### ***Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia***

A continuación, usted encontrará una serie de interrogantes con base en la lectura previa del “módulo de niños y adolescentes” del *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*. El diligenciamiento de este formato, se realiza con la finalidad de evaluar la validez de contenido del módulo en mención, conocer la apreciación de una serie de expertos y las modificaciones o adaptaciones que se consideren pertinentes.

La valoración de los contenidos se realizará teniendo en cuenta una serie de categorías, las cuales contienen algunos ítems que serán puntuados en relación a la **presencia** o **ausencia** de la información (opción dicotómica de respuesta) en cada uno de los apartados indicados. Al final de la evaluación de cada apartado, se incluirá un espacio para consignar alguna sugerencia o corrección que no se haya incluido o que los evaluadores consideren pertinentes.

Dichas categorías para evaluar los contenidos del módulo son:

- (n) *Idoneidad*: evalúa que la información presentada es apropiada y acorde con el título del apartado y con el tema central.
- (o) *Claridad*: la información incluida es de fácil comprensión para la población a la cual se dirige.
- (p) *Coherencia*: la relación entre el apartado y su descripción, es lógica.
- (q) *Cohesión*: existe una relación congruente entre las oraciones que conforman el apartado.
- (r) *Relevancia*: la información es importante para el abordaje del tema, por lo tanto, debe ser incluida.
- (s) *Sustento teórico*: se evidencia que la información contenida está respaldada en modelos teóricos válidos.

**Nota 1:** se adjuntarán formatos evaluativos de los apartados que se consideran más relevantes en el contenido del módulo. Si usted tiene sugerencias u observaciones respecto a los demás apartados no incluidos en los primeros formatos, podrá consignarlas en las tablas adjuntas para tal fin (posterior a los formatos de evaluación de cada capítulo).

**Nota 2:** con el fin de recolectar información general de los evaluadores y analizar la cualificación de los mismos para la revisión del módulo, se pide diligenciar la tabla inicial.

**INFORMACIÓN DE LOS EVALUADORES DEL MÓDULO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**  
*Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*

<b>Nombre completo del evaluador:</b>
<b>Título de formación:</b>
<b>Estudios de posgrado:</b>
<b>Campos de aplicación (áreas en las que se ha desempeñado):</b>
<b>Años de experiencia:</b>

**FORMATOS EVALUATIVOS DE CAPÍTULOS DEL MÓDULO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**  
*Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*  
 (Marque con una X)

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
<b>CAPÍTULO 1: Presentación</b>	<b>Idoneidad</b>	La información corresponde con el subtítulo del capítulo		
		El contenido del capítulo es útil para los niños y adolescentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El capítulo guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente y ofrece secuencialidad en la historia		
	<b>Relevancia</b>	El capítulo puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El capítulo es relevante en el contenido de la guía		
		La información del capítulo guarda relación con el demás contenido de la guía		

	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
		Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida		
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

<b>APARTADO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>CAPÍTULO 2: La escuela</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del capítulo		
		El contenido del capítulo es útil para los niños y adolescentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El capítulo guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente y ofrece secuencialidad en la historia		
	<b>Relevancia</b>	El capítulo puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El capítulo es relevante en el contenido de la guía		
		La información del capítulo guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				

**Observaciones/Sugerencias:**

<b>APARTADO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>CAPÍTULO 3: Mi familia</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del capítulo		
		El contenido del capítulo es útil para los niños y adolescentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El capítulo guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente y ofrece secuencialidad en la historia		
	<b>Relevancia</b>	El capítulo puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El capítulo es relevante en el contenido de la guía		
		La información del capítulo guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				

**Observaciones/Sugerencias:**

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
<b>CAPÍTULO 4: Ruta de atención</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del capítulo		
		El contenido del capítulo es útil para los niños y adolescentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El capítulo guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente y ofrece secuencialidad en la historia.		
	<b>Relevancia</b>	El capítulo puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El capítulo es relevante en el contenido de la guía		
		La información del capítulo guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida				
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

APARTADO	CATEGORÍA	CRITERIO	SÍ	NO
	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del capítulo		
		El contenido del capítulo es útil para los niños y adolescentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		

<b>CAPÍTULO 5: Visitando a los especialistas</b>		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El capítulo guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente y ofrece secuencialidad en la historia		
	<b>Relevancia</b>	El capítulo puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El capítulo es relevante en el contenido de la guía		
		La información del apartado guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
		Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida		
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

<b>APARTADO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>CAPÍTULO 6:</b>	<b>Idoneidad</b>	La información está actualizada y corresponde con el subtítulo del capítulo		
		El contenido del capítulo es útil para los niños y adolescentes		
	<b>Claridad</b>	Los conceptos presentados son claros		
		El vocabulario empleado es comprensible para la población		
		Se requieren modificaciones/adaptaciones en los términos empleados		
	<b>Coherencia/Cohesión</b>	El capítulo guarda una relación lógica con el tema a tratar		
		La información contenida está presentada de manera congruente y ofrece secuencialidad en la historia		

<b>Recomendaciones</b>	<b>Relevancia</b>	El capítulo puede ser eliminado sin que afecte el contenido de la guía		
		El capítulo es relevante en el contenido de la guía		
		La información del capítulo guarda relación con el demás contenido de la guía		
	<b>Sustento teórico</b>	Las fuentes bibliográficas empleadas son confiables		
		La información contenida está respaldada en modelos teóricos verídicos		
		Se evidencia una búsqueda rigurosa de la información contenida		
<b>Observaciones/Sugerencias:</b>				

### SUGERENCIAS U OBSERVACIONES PARA EL COMPONENTE EVALUATIVO DEL MÓDULO DE NIÑOS Y ADOLECENTES

#### *Abordaje Psicoeducativo del TDAH en Andes, Antioquia*

<b>APARTADO</b>	<b>OBSERVACIONES O SUGERENCIAS</b>
<b>Sopa de letras</b>	
<b>Encuentra la pareja correcta</b>	
<b>¿Quién y dónde?</b>	

<b>Técnica de autocontrol: “La tortuga”</b>	
<b>Técnica de autoinstrucciones: “Solución de problemas”</b>	
<b>Técnica de relajación muscular de Koeppen</b>	
<b>Cuenta tu historia y realiza un dibujo</b>	

## Anexo M. Listas de asistencia [socialización con docentes, padres y niños y adolescentes]

COMPRENDIENDO EL TDAH			
Abordaje Psicoeducativo del TDAH (Andes, Antioquia)			
Socialización			
DIRIGIDA a: Docentes I.E. San Juan de los Andes			FECHA: 03-Mayo-2019
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	EMAIL
Nury Ester Salgado Agudelo	39.306146	3136605161	nesa367@hotmail.com
Claudia Isabel Flórez	43285906	3136659624	clflorézrendon3@gmail.com
Dora Serna	43.285.279	321.746.8610	doraserna12@hotmail.com
Astrid Fredelia Serna	21.831.247	3103864251	astridas12@hotmail.com
PRINIDAD SANDO CANO	21.831.538	311 348 6192	citritaca_1@hotmail.com
Yvona Martha Robledo Hurtado	31259441	314 8112488	lvonasarobledo@hotmail.com
Alba Luc Esparal Romera	21.832616	3217469855	aler1970@gmail.com
Paula Andrea Durango P.	43.838.863	3122528227	pauladupa@hotmail.com
Jotapo Humberto Posada	15.533.079	3137996570	jotapo_sudu@hotmail.com
Dora del B. Pineros Ossa	21138939	3104049371	doravao@hotmail.com
Wbeimar Eduardo Vargas Ortiz	31 738 843	311730622	wbeimargarita@hotmail.com
Ana Patricia Mena Perez	54259396	3148542652	anapatolme@yahoo.es
Faber Gonzalez A	9725431	3116217701	grajulesfaber@hotmail.com
Blaiz Ruiz Robledo	35898353	312 296 2649	esteemj-blaiz@hotmail.com

COMPRENDIENDO EL TDAH			
Abordaje Psicoeducativo del TDAH (Andes, Antioquia)			
Socialización			
DIRIGIDA a: Docentes I.E. San Juan de los Andes			FECHA: 03-Mayo-2019
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	EMAIL
Claudia Elena Alvarez del Rio	43764.337	3113547476	claudiaalvarezdelrio@hotmail.com
Cristina Restrepo Olaya	43287630	3113685527	c.restrepo.1225@gmail.com
Ana Luisa Mejia Zuluaga.	30.411.168.	3116050508.	luisa071776@gmail.com.
Angela Maria Pimiento Restrepo	43 412 228	312 8805539	angiepirestra@hotmail.com
Dora Helena Jimenez B	21.737.836	3146493517	dhyb23@hotmail.com
Érika Gutierrez Montoya.	1027881549	3147466155	guti1527@gmail.com.
Elida Maria Abeláez C.	43 649 804	3117210959.	elima.1.1@hotmail.com.
Jhon Jairo Rodriguez Velásquez	70631724	3147008659	jhonj.vebsqua@gmail.com
Luz Eneida Anguibe Lopez	21463443	3112225696	luzitelo@hotmail.com.
Rangel Denis Martinez Palacios	4905.753	3218158286	unlemando@hotmail.com
María Dolores García	22'237.910	3117274546	garmado123@gmail.com
German Alonso Villalobos Herrera	9729608	3148214067	germanalonsovillalobos@gmail.com
María Cristina Custarndo Taborda.	43.282.661.	3146601678	moniakrisandachotmail.com.
Luz Dary Vasquez Restrepo	43.285.047.	321 879 7835	ludavarez2@hotmail.com.

COMPRENDIENDO EL TDAH			
Abordaje Psicoeducativo del TDAH (Andes, Antioquia)			
Socialización			
DIRIGIDA a: Docentes I.E. San Juan de los Andes			Fecha: 03-Mayo-2019
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	EMAIL
Joany Ospina	15.531629	3127911837	
Adiela Posada Gutierrez	43284254	3122930478	
John Fredy Sánchez B	15.533.589.	3148663033.	John Fredy Jofresanbeta@gmail.
Juan Carlos Ospina B	15.531.957	3146110263	Jvancocha@hotmail.com
Ana Carolina Toboñ	43974176	3207530475	caro0883@hotmail.com.
Romelia Hernandez	22116297	3136899013	arapitoha@gmail.com
Luisa Fernanda Ruiz A.	43567384	3206397995	luisalaprofe@gmail.com.
Diana Marcela Motin	31712933	3158465880	Diana marcel30@hotmail.com

COMPRENDIENDO EL TDAH			
Abordaje Psicoeducativo del TDAH (Andes, Antioquia)			
Socialización			
DIRIGIDA a: Padres de Familia			Fecha: 9 - Mayo - 2019
NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	EMAIL
Cilario E. Botero A.	431285394	3122856052	Cilario E. Botero
Manuela López	1001143443	3232521098	aleja9395@hotmail.com
Juliana Vargas Acosta	1000920288	3223690004	Juliana.vargas.acosta01032000
Lorena Juliana Usma Ramirez	1.027.886.766	3228359102	lorenaluisa4777@gmail.com.
Lina M. Garcia P	7027885642	3228948006	linamar2402@gmail.com
Sebastián Parra Rave	1027889581	3103741979	sebastian.parrar@udea.edu.co
Juan Esteban Sánchez	1027889070	3136072963	Juan.sanchez29@udea.edu.co
Laura Cristina Buitrago	1027891611	3146913114	Laurasema2013LS@gmail.com.
Margarita Mejía Rojas	43284846	3126476820	margaritamaria.3126@gmail.com
Sonia Velez Bolivar	1027887505	3104533006	0394soniavelez@gmail.com
Nestor Ramiro Sanchez	1027888519	3232513233	aleso8196@gmail.com



## Anexo N. Imagen informativa [invitación socialización módulo para padres]

Socialización de tesis de grado



# Abordaje Psicoeducativo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (T.D.A.H)

¡Comprendiendo el TDAH (Padres de familia)!



## Jueves 9 de Mayo

Lugar: Auditorio Ciudadela Educativa y Cultural de Andes  
Mario Aramburo Restrepo

**3PM**  
Invitación abierta



**Anexo O. Material audiovisual [dinámica "el baile de la ensalada"] empleado en la socialización de niños y adolescentes**

<https://www.youtube.com/watch?v=nAYVNeU3uzc>

**Anexo P. Video construido para socializar módulo de niños y adolescentes**

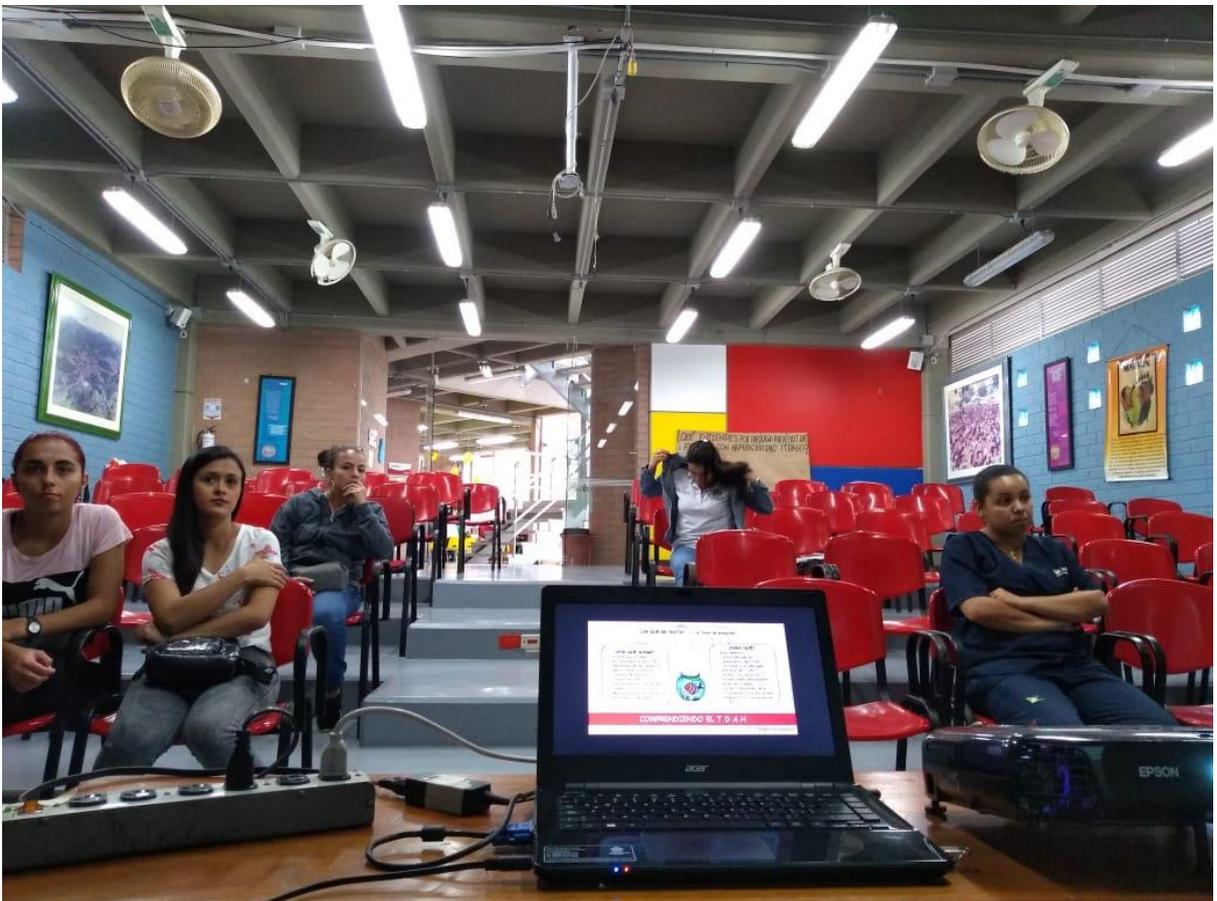
[https://www.youtube.com/watch?v=REzA\\_5wODOg&t=31s](https://www.youtube.com/watch?v=REzA_5wODOg&t=31s)

**Anexo Q. Registro fotográfico [socialización módulo para docentes]**





**Anexo R. Registro fotográfico [módulo para padres]**



Anexo S. Registro fotográfico [socialización módulo niños y adolescentes]







**Anexo T. Correos electrónicos para solicitar módulos informativos**

María Auxiliadora Cardona Cardona: [mirivimaria@hotmail.com](mailto:mirivimaria@hotmail.com)

Derly Yuliana Hernández Garzón: [yulihdz5523@gmail.com](mailto:yulihdz5523@gmail.com)

Luisa María Rubiano Franco: [luisamrubiano@gmail.com](mailto:luisamrubiano@gmail.com)