

Titulo: PROYECTO ESPECIALIZACIÓN NEURODESARROLLO Y APRENDIZAJE

Proyecto: El niño con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) entre los 6 y 10 años, guía práctica para padres.

Manuela Navarro Tamayo

Universidad CES

Medellín

TABLA DE CONTENIDO

1. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL
2. NOMBRE
3. INTRODUCCIÓN
4. PROBLEMA
5. JUSTIFICACIÓN
6. OBJETIVOS
 - i. OBJETIVO GENERAL
 - ii. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
7. MARCO DE REFERENCIA
8. POBLACIÓN OBJETO
9. UBICACIÓN Y COBERTURA
10. ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO, ACTIVIDADES
11. RECURSOS
12. CRONOGRAMA
13. PRESUPUESTO
14. MECANISMOS DE EVALUACIÓN Y ASPECTOS ÉTICOS
15. REFERENCIAS

1. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

La Universidad CES es una Universidad autónoma de carácter privado no confesional, sin ánimo de lucro, comprometida con la excelencia en la formación de profesionales en pregrado y postgrado en todas las áreas del conocimiento. Sus tres funciones básicas son investigación, docencia y extensión. La Universidad surge a comienzos del año de 1977, bajo el nombre de Corporación para Estudios de la Salud CES.

En el año 1978, el CES compra una finca ubicada en el municipio de Sabaneta, con el fin de construir allí un Centro de Atención para atender población con baja protección en salud, con una labor académica por medio de prácticas y docencia. El centro abre sus puertas en agosto de 1982, ofreciendo los servicios de asistencia médica, odontológica, enfermería y de promoción y prevención de la salud. El Centro de Atención de Sabaneta luego se convierte en una institución prestadora de servicios de la salud (IPS) y en el año 2004 se abre dentro, el centro de atención de salud mental. Más adelante llamado Centro de Atención en psicología donde se cuenta con los servicios de atención en psicología, evaluación neuropsicológica, rehabilitación neuropsicológica, psiquiatría, terapia ocupacional, psicopedagogía y programas de promoción y prevención de la salud mental.

2. NOMBRE

Cartilla de estrategias para el manejo en el hogar dirigida a padres de niños con diagnóstico de TDAH entre los 6 y 10 años.

3. INTRODUCCIÓN

El TDAH o Déficit de atención de tipo inatento o hiperactivo es un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico que se caracteriza por síntomas de inatención,

impulsividad e hiperactividad. Actualmente, este es el trastorno con mayor incidencia en la población infantil y escolar. Se cree que hasta en el 80% de los casos, un familiar presenta la misma sintomatología y en la mayoría de los casos los síntomas persisten a lo largo de la vida. (Amador, J.A. 2006) La incidencia es mayor entre niños que niñas, en una proporción de 4-1. Según el DSM-IV TR el TDAH afecta entre el 3 al 7% de la población escolar.

No todos los niños con TDAH manifiestan los mismos síntomas, ni con la misma intensidad. Según el DSM V el TDAH varía de gravedad, entre: leve, moderado y grave y diferencia 3 subtipos dentro del trastorno: de predominio inatento, de predominio hiperactivo-impulsivo y de subtipo combinado.

Aunque el origen del TDAH es orgánico está comprobado que el entorno puede influir en la evolución, en especial previniendo la aparición de otros trastornos asociados. Es entonces desde ahí, donde nace la importancia de la formación a padres, cuidadores y docentes que están en contacto con niños con diagnóstico de TDAH. Este proyecto pretende construir una herramienta de apoyo al diagnóstico que favorezca el conocimiento y brinde herramientas a los padres de estrategias de manejo en el hogar.

4. PROBLEMA

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome neurológico frecuente, caracterizado por síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención. Es el problema de comportamiento más común durante la infancia y edad escolar y tiene efectos sobre la vida diaria de los niños. (Cornejo et al. 2005). Con una alta prevalencia en la ciudad de Medellín (Cornejo et al. 2005). En Antioquia la prevalencia es del 17%, en un estudio realizado por Cornejo et al. (2005) hallaron que en el municipio de Sabaneta, la prevalencia del TDAH en la población infantil es del 20.4%.

El TDAH suele ir acompañado por diferentes trastornos como el trastorno desafiante oposicional, alteraciones de la conducta, del afecto, la ansiedad, dislexia y el síndrome de Gilles de la Tourette (Cornejo et al. 2005). Según Korzeniowks e Ison (2008), si el abordaje del TDAH no es exitoso, se incrementa el riesgo de padecer desórdenes psiquiátricos y psicológicos asociados. De igual forma, encontraron que los síntomas suelen ir acompañados por un bajo rendimiento escolar, dificultades cognitivas, emocionales y sociales que generan desequilibrios y desajustes en las relaciones interpersonales.

Korzeniowks e Ison (2008) destacan que la psicoeducación a padres y docentes es indispensable en el tratamiento. Es por esto que en la actualidad el tratamiento interdisciplinario incorpora el contexto del niño, en especial su familia y escuela. Teniendo en cuenta la alta prevalencia del TDAH en el contexto, los problemas asociados a el y la importancia de involucrar a los padres en el tratamiento, es fundamental brindar mayor información acerca del trastorno, ayudas prácticas, recomendaciones específicas y estrategias para el abordaje en el hogar que permitan, una formación de los padres y un acompañamiento integral a las dificultades de los niños, para garantizar un su desarrollo y calidad de vida.

Dentro del ejercicio profesional en el área de neuropsicología no se cuenta con el tiempo y/o las herramientas para resolver dudas y generar psicoeducación a padres que les brinde estrategias para el manejo en el hogar que permita que se realice una intervención exitosa y un acompañamiento a los niños con el trastorno.

5. JUSTIFICACIÓN

En el centro de atención en psicología de la IPS CES Sabaneta, dentro del servicio de neuropsicología, hay una alta recurrencia de pacientes diagnosticados con déficit de atención

e hiperactividad en la edad escolar y un espacio muy limitado para dar a los padres información y recomendaciones sobre el manejo de este trastorno.

El proceso de evaluación neuropsicológica consiste 6 sesiones, de las cuales EN la última cita se les informa a los padres los resultados arrojados por las pruebas, la impresión diagnóstica, se dan algunas recomendaciones generales, remisiones a otros profesionales para continuar con su tratamiento y se hace entrega del informe.

En la última página del informe que se les entrega a los padres contiene una corta recomendaciones y remisiones a otros especialistas para continuar el tratamiento. En general, entre los profesionales del servicio hay una percepción de que la información que los padres reciben no es suficiente, puesto que tanto el paciente como sus padres se beneficiarían mucho más si tuvieran no solo una información más amplia acerca del trastorno de su hijo, si no también unas recomendaciones más extensas y que puedan aplicar a su día a día para que les sirvan para el manejo de dicho trastorno.

Las profesionales del servicio, han identificado que la mayoría de padres se demoran en aceptar y entender el diagnóstico, sus implicaciones y las recomendaciones. Por esto al ser remitidos a otros servicios dentro de la IPS refieren tener muchas dudas con respecto al diagnóstico y lo que este implica para sus hijos. Los padres, refieren que la información brindada al final de la evaluación es dada de forma rápida y no se les brindan herramientas de lo que ellos pueden aplicar en el hogar para manejar la sintomatología.

Anastopoulos, Smith y Wein (1998) observaron que los niños con TDAH suelen experimentar sentimientos de fracaso, incapacidad, baja autoestima, desmotivación por aprender, síntomas depresivos, ansiedad y un comportamiento oposicionista-desafiante. De igual forma, observaron que sus padres suelen manifestar frustración, tristeza, culpa y baja autoestima. Es por eso que Barkley (2015), señala que la intervención debe incluir estrategias

tanto para la casa y como para el colegio, de manera que haya abordaje integral que permita mejorar la sintomatología de manera exitosa.

Korzeniowsk e Ison (2008) afirman que los expertos en el tema sostienen que el tratamiento interdisciplinario es el mejor tratamiento para este trastorno. Usualmente se combina farmacoterapia, psicoterapia, apoyo psicopedagógico y psicoeducación parental.

Actualmente el servicio de Psicología cuenta con una cartilla dirigida a docentes que permita un mejor acompañamiento, estrategias de manejo y tratamiento. Sin embargo los padres siguen con las mismas inquietudes y poca comprensión sobre el trastorno y su pronóstico.

Al preguntarles a los padres del servicio, estos refieren tener temor frente al diagnóstico, no saben que hacer y dudas sobre el futuro de sus hijos y pocas respuestas que apoyen y respondan a sus dudas.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

- Elaborar una cartilla dirigida a padres de niños con diagnóstico de TDAH entre los 6 y 10 años de edad que asistan a la IPS CES con estrategias sobre el manejo en el hogar.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Rastrear literatura científica relacionada con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

- Explorar las necesidades específicas de los padres con niños con TDAH que asisten a la IPS CES Sabaneta.
- Rastrear literatura científica sobre estrategias para el en el hogar de niños entre 6 y 10 años con dificultades atencionales y conductas de hiperactividad e impulsividad
- Diseñar una cartilla que con información general sobre el TDAH y estrategias para padres de niños entre los 6-10 años con este diagnóstico sobre el manejo en el hogar.

7. MARCO DE REFERENCIA

7.1. DEFINICIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más común. Es un trastorno neurobiológico que se caracteriza por la presencia de síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención, inadecuados para el grado de desarrollo de un niño. Aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y puede persistir a lo largo de la vida (Cornejo et al., 2005). Los síntomas suelen ir acompañados por dificultades emocionales, cognitivas, interpersonales y académicas, que son considerados como los síntomas secundarios del desorden.

Barkley (2015) define el TDAH como una alteración del funcionamiento ejecutivo o autorregulación, que condiciona una hiperactividad-impulsividad y un déficit atencional. La hiperactividad se manifiesta por una hiperactividad motora y vocal, toma impulsiva de decisiones, incapacidad para demorar la gratificación, dificultad para esperar turnos y vivir sin considerar las consecuencias de sus actos, mientras que la inatención, se manifiesta como una dificultad en finalizar objetivos o tareas, debido a su resistencia limitada a las distracciones, dificultad para re-focalizar la atención luego de una distracción y memoria operativa limitada.

7.2. ETIOLOGÍA

En la actualidad, la etiología del Trastorno de Déficit de atención por Hiperactividad aún no está clara, existen diversos autores que señalan algunos factores que podrían ser los responsables del trastorno. Los factores genéticos, factores químicos, factores neuroanatomicos y fisiológicos.

Se ha encontrado evidencia científica que demuestra que la heredabilidad del TDAH es del 76% (Faraone et al., 2005). Los hijos de padres con antecedentes de TDAH tienen un riesgo de más del 57% de también presentar TDAH (Barkley & Murphy, 2005). Se ha probado que los factores genéticos, los genes, son los que mayor explican el trastorno.

Los factores neuroquímicos, juegan también un papel en el TDAH. Varios estudios han demostrado que el TDAH se relaciona con una desregulación de los neurotransmisores dopamina (Castellanos, 1997) y norepinefrina (Arnsten, Steere, & Hunt, 1996).

De igual forma, existen factores neuroanatómicos y fisiológicos que influyen. Los estudios han demostrado que los niños con TDAH presentan volúmenes inferiores en la corteza prefrontal dorsolateral, el núcleo caudado, el núcleo pálido, el giro cingulado anterior y el cerebelo (Castellanos & Tannock, 2002).

El estrés toxico también es un factor de riesgo para el TDAH. Se ha comprobado que los factores socio ambientales influyen sobre en la gravedad de la presentación de los síntomas, en un peor pronóstico y en el aumento de presentar un trastorno asociado. (Barkley, 1990). Pero se ha demostrado que estos factores no constituyen su causa como tal (Barkley & Murphy, 2005). El TDAH no esta causado por una mala crianza ni problemas familiares (Barkley, 2009).

7.3. PREVALENCIA

El de Déficit de Atención por hiperactividad es el trastorno del neurodesarrollo más común en la infancia y etapa escolar a nivel mundial, con una prevalencia de 3-7% de la población (DSM IV-TR). En Antioquia se ha encontrado que la prevalencia del trastorno es

del 17% por su gran carga genética y se cree que menos del 30% reciben atención y son remitidos (Cornejo, 2005).

La incidencia del trastorno es mayor en niños que en niñas 8-1 en población clínica y de 3-1 en comunidad. El riesgo de presentar el trastorno es 5 a 7 veces mayor si hay un hermano con TDAH y 57% mayor si hay un padre con la misma sintomatología (Faraone et al., 2005).

7.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM V

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (American Psychiatric Association, 2014) presenta unos criterios diagnósticos:

Criterio A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: *Nota:* Para mayores de 17 años de edad se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

- d.** Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e.** Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f.** Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g.** Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h.** Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i.** Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Para mayores de 17 años de edad se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a.** Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b.** Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

Criterio B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

Criterio C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

Criterio D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

Criterio E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno

mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Clasificación:

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Niveles de gravedad:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leves” y “graves.”

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

7.5. TRASTORNOS ASOCIADOS

Los estudios han demostrado que entre el 67-80% de los niños con diagnóstico de TDAH, tienen un trastorno asociado, más del 50% tienen un tercer trastorno (Barkley, 2015).

Según Barkley (2015) los trastornos que más se asocian al TDAH son: el Trastorno Negativista Desafiante, (entre el 45 al 84%), el trastorno de la conducta (presente entre el 15-56%), ansiedad (25-50%), depresión (presente en más del 30%), trastorno de disregulación

destruccion del estado de ánimo y trastorno afectivo bipolar (presente entre el 0 al 30%), trastorno de estrés postraumático (presente en el 5 al 6%) y trastorno de tics (presente en el 10%). Algunos autores estiman que entre el 19% al 26% de los niños con TDAH tienen trastornos específicos del aprendizaje (Rodríguez et al., 2009), otros autores creen que la cifra puede ser del 40%.

En la vida cotidiana de los niños, el TDAH suele ir acompañado de bajo rendimiento académico, dificultades cognitivas, emocionales y sociales que impactan su entorno inmediato. Esto a su vez genera desequilibrios y desajustes en sus relaciones interpersonales (Korzeniowks & Ison, 2008). Anastopoulos, Smith y Wein (1998) encontraron que los niños con TDAH suelen experimentar sentimientos de fracaso, incapacidad, baja autoestima, desmotivación por aprender, depresión, ansiedad y actitudes desafiantes. Se ha demostrado que los niños con TDAH tienen mayores posibilidades de sufrir heridas físicas como ruptura de huesos, pérdida de dientes, entre otras. Tienen de 3 a 5 más probabilidades de sufrir de enuresis y encopresis, en comparación con niños normales, mientras que en adolescentes y adultos con TDAH se ha encontrado que tienen más probabilidades de consumir sustancias psicoactivas, así como un mayor riesgo de accidentalidad automovilística (Barkley, 2015).

Así mismo estos autores, observaron que los padres de niños con diagnóstico de TDAH suelen sentirse frustrados, tristes, culpables, con un sentido de pobre competencia parental y baja autoestima.

7.6. TRATAMIENTO

Según una revisión hecha por Palacio, J.D., De La Peña, F, Palacios, L. & Ortiz, S. (2009) el tratamiento multimodal del TDAH para niños en edad escolar, propone el uso conjunto de las medidas psicosociales y los tratamientos farmacológicos. La psicoeducación y el entrenamiento conductual para los padres constituyen dos excelentes alternativas

psicosociales en preescolares y escolares, y la terapia cognoscitivo-conductual y la terapia grupal lo son para los mayores.

El tratamiento multimodal abarca la atención en diversas áreas, farmacológicas y no farmacológicas. Incluye el tratamiento individual al niño con TDAH, tratamiento farmacológico y la orientación psicosocial. El tratamiento individual esta orientado a estimular y mejorar las habilidades emocionales, sociales y cognitivas del niño. El tratamiento farmacológico, esta dirigido a mejorar la sintomatología específica del trastorno y la orientación psicosocial se orienta en asesorar a padres y docentes en la comprensión del trastorno (Delgado, et al 2012).

Serrano, E. & Alda , J.A. (2013) han demostrado que hay evidencia científica clara de la eficacia del tratamiento no farmacológico para el TDAH. para los niños de edad escolar, las intervenciones normalmente abarcan más de un ámbito a la vez (familiar y escolar) y tienen componentes tanto psicológicos como psicopedagógicos, incluyendo sesiones individuales con los niños, entrenamiento para padres y profesores, y adaptaciones en la escuela.

El tratamientos farmacológicos (principalmente, metilfenidato y atomoxetina) continúan siendo una parte fundamental para el tratamiento integral en el TDAH en pacientes mayores de los 6 años (Palacio, J. D. et al 2009).

Korzeniowsk e Ison (2008) afirman que los expertos en el tema sostienen que el tratamiento interdisciplinario es el mejor tratamiento para este trastorno. Usualmente se combina farmacoterapia, psicoterapia, apoyo psicopedagógico y psicoeducación parental

7.7. PRONOSTICO

En general, los niños con TDAH tienen una capacidad intelectual dentro de un rango de normalidad, sin embargo, tienen problemas académicos (Pérez, García, Rodríguez,

Gutiérrez, & Marcos, 2006). Estos mismos autores han encontrado que los niños afectados suelen tener dificultades educativas que interfieren con el aprendizaje. Existe evidencia de que los síntomas del TDAH interfieren con el rendimiento escolar y que la falta de control o impulsividad puede producir problemas en el aula (Pérez et al., 2006). Se ha observado también que los niños con TDAH tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, retrasos del aprendizaje y rechazo de sus compañeros si no se hace un tratamiento adecuado (Barkley, 2002).

La mejor forma de que los niños con TDAH tengan un desarrollo adecuado esta en seguir el tratamiento multimodal. Esta comprobado que mientras se haga un buen tratamiento que abarque toda la sintomatología, estos niños aumentan todas las posibilidades de ser exitosos escolar, social y familiarmente (Barkley, 2002).

7.8. TDAH EN EL HOGAR

En el contexto familiar, se ha demostrado que los niños con diagnóstico de TDAH tienen situaciones de estrés, desconfianza, auto atribuciones negativas, sentimientos de ineficiencia y frustración frente a sus padres, inadecuado manejo de pautas comportamentales, estilos de disciplina punitivos o permisivos, deterioro de las relaciones entre padres e hijos y entre hermanos entre otras (Delgado, I.D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C. Bakker, L. & Zuluaga, J. B.2012).

Estos mismos autores plantean que es por esto que la familia puede generar un impacto provocando una exacerbación de los síntomas del trastorno y contribuir a una dinámica familiar con relaciones des adaptativas.

A su vez, en el campo de la salud mental, se ha demostrado que la intervención de la familia en el acompañamiento de los tratamientos de los hijos, es una condición base para que existan buenos resultados. Los padres deben ser educados sobre la problemática de sus hijos (Foley, 2011).

7.9. ESTRATEGIAS

Las estrategias planteadas a continuación están basadas en los trabajos de Korzeniowsk et Ison (2008), Hill (2006), Barkley (2008) y Delgado et al (2012). Para el acompañamiento en distintos ambientes a niños con TDAH. Es importante aclarar que para que estas estrategias sean exitosas es importante que sean constantes y que estén acompañadas de un tratamiento multimodal.

- Esté pendiente del comportamiento del niño: Ya que los niños(a) con TDAH presentan algunas deficiencias en el funcionamiento ejecutivo, su comportamiento es menos regulado por la información interna, por lo tanto, requiere de un medio externo que le ayude a regular sus comportamientos. Por esto necesita de su guía y apoyo para que pueda cumplir con los objetivos propuestos (Barkley, 2008).
- Dé al niño(a) instrucciones claras y cortas y pídale que le repita la instrucción: No le dé muchas órdenes o instrucciones al mismo tiempo y recuerde que éstas deben ser cortas y claras para que las pueda recordar más fácil. Además, pídale que le repita lo dicho para estar seguro de su comprensión (Barkley, 2008). Trate siempre de hacer énfasis en los puntos más importantes de la instrucción (Hill, 2006).
- Ayude al niño a hacer las cosas paso a paso: Es difícil para los niños con TDAH recordar muchas indicaciones, pídale que haga las cosas paso a paso, dándole las indicaciones una a la vez. (Hill, 2006).
- Las reglas: Es importante que los niños conozcan las reglas y su consecuencia por no cumplirlas. Explíquelas cada una y escríbalas o dibújelas y lo que ocurre si la incumple. Estos límites deben ser inflexibles. (Hill, 2006).
- Especifique lo que espera del comportamiento del niño(a): Muchas veces le dicen “pórtate bien”, pero recuerde que su “pórtate bien”, puede ser muy diferente para el

niño(a), así que sea muy claro con él o ella sobre lo que usted espera o no, de él o ella a nivel comportamental (Hill, 2006).

- No le preste atención: Hay algunas conductas inadecuadas de él que no son peligrosas, ante estas retírele toda su atención. (Hill, 2006).
- Anticipación: Antes de iniciar una clase o actividad, asegúrese de que el niño(a) sea consciente de las reglas y las consecuencias por no cumplirlas. Es útil llamarlo(a) antes de iniciar la actividad y recordarle lo que usted espera de su comportamiento en la realización de está, también recuérdale cuales son los incentivos por su adecuada conducta o castigos por mal comportamiento (Barkley, 2008).
- Tiempo fuera: Actúe antes de que el niño(a) empiece a presentar las conductas problemáticas, este atento a las señales de que el niño(a) está a punto de perder el control. Para esos casos es preferible permitir que salga del salón. Por ejemplo, pídale que vaya a dar una vuelta corriendo o mándelo a realizar un mandado (Hill, 2006).
- Las consecuencias por sus actos: Tanto el castigo por incumplir una norma como la recompensa por cumplirla, en los niños con TDAH debe hacerse inmediata y frecuentemente. En el caso del castigo para que haga la asociación entre la conducta y la consecuencia, con el fin de disminuirla, y con la recompensa para fomentar la aparición del comportamiento deseado. Los castigos e incentivos deben tener mayor impacto que los que usa con niños sin TDAH, puesto que éstos necesitan mayor motivación. Se recomienda cambiar los reforzadores regularmente, pierden valor rápidamente para ellos (Barkley, 2008).
- Estimule al niño positivamente: Este atento a encontrar aquellas cosas en las que él o ella se pueda destacar y potencie esas habilidades. Permítale que tenga éxito y que sienta que es estar entre “los buenos”. Hágale comentarios positivos y constructivos, siempre que sea posible (Hill, 2006). Incluya refuerzos positivos para aumentar los

comportamientos deseados.

- Vínculo de afecto y empatía: Creé un vínculo positivo con el niño(a). Tenga momentos a solas para conversar con el niño(a), eso le ayudará a sentirse apoyado por usted y a que se fortalezca el vínculo. Un niño(a) que se sienta querido(a) se sentirá más seguro(a) de sí mismo(a) y con una mayor motivación (Hill, 2006). Céntrese en el esfuerzo y no en las calificaciones: Premie cuando termine las tareas y dele premios extra si obtiene buenas calificaciones (Korzeniowsk et Ison, 2008). Recuerde que usted es un ejemplo: actué como modelo positivo controlando el temperamento, conductas y escuchando. (Korzeniowsk et Ison, 2008).
- Cree hábitos de estudio: establezca un plan diario de estudio con un lugar y horario determinado. El lugar debe ser tranquilo. Dedique el comienzo a las tareas difíciles. Reforzar en la casa lo visto en la escuela. (Korzeniowsk et Ison, 2008).
- Inclúyalo en una actividad deportiva: elija un deporte, teniendo en cuenta los intereses del niño(a). Involúcrelo en actividades de grupo: teniendo en cuenta sus gustos y habilidades. (Korzeniowsk et Ison, 2008).
- Utilice listas y horarios: Siéntese con el niño(a) y realice una lista de actividades que debe realizar organizadas por horas. Pegue la lista en un lugar visible. (la lista puede ser con elementos visuales) y llamativa. Rutinas: procure mantener unos horarios estables, este horario debe tener en cuenta los fines de semana (Hill, 2006).
- Enfóquese en un solo problema de conducta a la vez para intervenir: No resulta efectivo centrarse en varios problemas a la vez (Hill, 2006).
- Trabaje con los docentes: Si todos están informados sobre el trastorno es más probable que entre todos puedan encontrar soluciones y aplicar medidas efectivas. Comparta con los docentes las estrategias que a usted le hayan resultado efectivas y pídale que le cuenten las que han sido exitosas para ellos. Si el niño está en

tratamiento, trabaje también con el equipo terapéutico (Hill, 2006).

8. POBLACIÓN OBJETO

Dentro de la IPS CES Sabaneta se trabaja tanto con niños como con adolescentes, adultos y adultos mayores remitidos por EPS: Grupo Saludcoop (Saludcoop, Cruz Blanca y Cafesalud), SURA, EPM, Salud Total y Coomeva; además de instituciones educativas, empresas y particulares. De igual manera se cubre la población de pacientes de los otros servicios que conforman la IPS CES Sabaneta y la comunidad universitaria del CES.

8.1. POBLACIÓN DIRECTA:

Este proyecto está dirigido a los padres de niños entre los 6-10 años que tengan un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, que asistan a evaluación o rehabilitación neuropsicológica en la IPS, como replicadores de los elementos expuestos en la cartilla.

8.2. POBLACIÓN INDIRECTA:

Este grupo comprende a todas aquellas personas que serán favorecidos por los efectos de la implementación de las cartillas; dentro de los cuales podrían ubicarse los niños con el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, sus núcleos familiares, la institución educativa y su entorno social más próximo.

9. UBICACIÓN Y COBERTURA

9.1. UBICACIÓN

La IPS CES Sabaneta se encuentra ubicada en la dirección Carrera 43 A # 52 sur 99. Es un Centro de Servicios que cuenta actualmente con atención en Odontología, Medicina

(Dermatología), Psicología, Fisioterapia y Consultoría Jurídica. El Centro presta sus servicios de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm y los sábados desde las 8:00 am hasta las 12:00 pm.

La IPS CES Sabaneta como uno de los centros asistenciales de la Universidad CES, comparte su misión con la Universidad. Esta consiste en adelantar acciones en docencia, investigación y extensión con el propósito de aportar al desarrollo de la sociedad y a la formación de seres humanos libres, autónomos, éticos, científicos, comprometidos con la excelencia y competentes en un mundo globalizado.

El Centro De Atención en Psicología CES Sabaneta propone como objetivo ofrecer un servicio de atención integral de alta calidad y con un excelente compromiso ético, a todas las personas. De igual forma busca Propiciar una formación integral al estudiante por medio de un convenio docencia-servicio.

9.2. COBERTURA

El alcance del proyecto es local, ya que está dirigido a padres de niños entre los 6-10 años con diagnóstico de TDAH que asisten a la IPS CES Sabaneta, donde la mayoría son familias del área metropolitana del Valle de Aburra de estratos socioeconómicos medios y bajos y con bajos niveles socio-educativos o padres jóvenes.

10. ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO, ACTIVIDADES

Se diseñó y elaboró una cartilla dirigida a padres de niños con diagnóstico de TDAH que asisten a la IPS CES Sabaneta al servicio de psicología, en un lenguaje conciso, claro y sencillo, evitando términos psicológicos o conceptos complejos, ya que los padres que asisten a este servicio en su mayoría son jóvenes y tienen un bajo nivel socio cultural. La cartilla está compuesta por estrategias claras y puntuales acompañadas de imágenes que faciliten su comprensión.

La cartilla contiene la siguiente información:

Página 1: El niños con Trastorno por Déficit de Atención y/o hiperactividad

TDAH Guía práctica para padres. (Incluye el logo de la institución).

Página 2: ¿Qué es el TDAH? (incluye elementos visuales).

Es un trastorno de origen neurobiológico y sus síntomas son:

- Hiperactividad
- Impulsividad
- Inatención

Inadecuados para la edad del niño. Es el problema de comportamiento más común de la infancia y período escolar.

Los síntomas no siempre están presentes juntos, existen 3 tipos de TDAH:

Hiperactivo-impulsivo: frecuentemente juguetea con sus manos o pies, como si tuviera un motor dentro, se levanta del puesto, habla mucho, le cuesta esperar turnos e interrumpe conversaciones, no se queda quieto.

Falta de atención: se distraen fácil y con “todo,” cometen errores en las tareas escolares, no siguen instrucciones, tienen dificultad para organizar y terminar tareas, evitan labores que requieren de esfuerzo mental, pierden cosas entre otras.

Combinado: Incluye síntomas de los dos anteriores.

Página 3: Trastornos asociados (incluye elementos visuales).

Los síntomas del TDAH suelen provocar en los niños problemas familiares, sociales y escolares. Esto puede dar lugar a algunos trastornos asociados (trastornos del aprendizaje, trastorno negativista desafiante, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos emocionales entre otros). Mejora el pronóstico si se hace un tratamiento a tiempo.

Tratamiento multimodal

Cuando se tiene el diagnóstico, por parte de los profesionales indicados estos recomiendan un plan de tratamiento. Este tratamiento se debe adaptar a las características individuales de cada niño y tener en cuenta elementos externos como entorno familiar, escolar y social.

El tratamiento multimodal es el que ha mostrado mejores resultados y consiste en coordinar al mismo tiempo tratamiento farmacológico, psicológico, psicopedagógico y formación de padres como co-terapeutas.

Página 4: El día a día de los niños con TDAH (incluye elementos visuales).

Estrategias practicas para padres de manejo en el hogar.

Página 5: Actitud Positiva (incluye elementos visuales)

Luego de que se acepta el diagnostico y se superan las fases de miedo, culpa, negación, rechazo, desilusión y miedo, usted debe estar dispuesto a conocer profundamente el problema de su hijo. Comienza una fase de FORMACIÓN. Buscar información en profesionales del área de la salud, otros padres y docentes.

(Va en un cuadro)Negar los síntomas no protege al niño(a) del rechazo social, solo le impide recibir la ayuda adecuada.

Lo más importante es prestar atención y escuchar a su hijo(a), Reconocer el lado bueno de las cosas, ríase y ayude al niño a descubrir el humor y reírse de sí mismo(a). Concentrarse en los aspectos positivos de su hijo(a); esto disminuye los negativos. Esto implica estar atento a sus logros y estimularlo con cariño, esto ayuda a aumentar su autoconfianza y autoestima.

Página 6: Entienda a su hijo(a) (incluye elementos visuales).

Los niños con TDAH se aburren rápidamente, por eso necesitan actividades que los estimulen, aprenda habilidades, se divierta y mejore su autoestima.

Algunos conceptos que condicionan las conductas de los niños con TDAH:

- **Novedad:** tiene la necesidad de constante novedad.
- **Presente continuo:** Tienen escaso sentido del pasado y futuro y muestran mucho interés por el presente.
- **Necesidad de actividad física:** Necesidad de mover una parte de su cuerpo, les cuesta permanecer sentados.
- **Baja tolerancia a la frustración:** Cuando se les pide que hagan tareas muy difíciles, con frecuencia se enojan o realizan otras cosas para esconder esas dificultades. Por eso se les debe exigir proporcionándoles confianza y apoyo.
- **Baja autoestima:** Suelen meterse en muchos problemas y tener pocos amigos, empiezan a creer que son incapaces de mantener amistades. Es importante unirlos a actividades de grupos. Darle mensajes positivos, enséñele a descubrir en que es bueno y ayúdelo a aceptar sus limitaciones.

Página 7: Estrategias para modificar las conductas (incluye elementos visuales).

Esté pendiente del comportamiento del niño: Los niños con TDAH suelen presentar muchas conductas desordenadas e inapropiadas por lo tanto, requieren de una persona que le ayude a regular sus comportamientos. Recuerde que necesita de su guía y apoyo para que pueda cumplir con los objetivos propuestos. Este acompañamiento debe de ser con constancia teniendo en cuenta que los niños (a) s tienen altibajos.

Incrementar las conductas deseables:

Refuerzo positivo: deben prestar atención a las conductas adecuadas de suelen paras desapercibidas y felicitar al niño(a) inmediatamente después de hacer algo bueno. Hágalo con frecuencia.

Mantenga contacto físico: Siéntese cerca, dele abrazos o besos.

Reglas claras: Es importante que conozca las reglas y su consecuencia por no cumplirlas. Trate de escribir o decir las reglas en sentido positivo

Vínculo de afecto y empatía: Creé un vínculo positivo. Tenga momentos a solas para conversar con el niño(a), eso le ayudará a sentirse apoyado por usted y a que se fortalezca el vínculo. Un niño(a) que se sienta querido(a) se sentirá más seguro(a) de sí.

Dele Privilegios y recompensas.

Pagina 8: Disminuir Conductas indeseables (incluye elementos visuales).

Se deben realizar inmediatamente después de que se presenta la conducta negativa que se quiere corregir.

No le preste atención: Hay algunas conductas inadecuadas de el que no son peligrosas, ante estas retírele toda su atención.

Tiempo fuera: Inmediatamente después de un comportamiento incorrecto haga que pase algunos minutos en un rincón o silla o pedirle que salga corriendo y vuelva, es importante que este tiempo sea visto como un espacio para calmarse, no como algo negativo.

Enfóquese en un solo problema de conducta a la vez para intervenir: No resulta efectivo centrarse en varios problemas a la vez.

Anticipación: Asegúrese de que el niño(a) sea consciente de las reglas y las consecuencias por no cumplirlas. recuérdle cuales son los incentivos por su adecuada

conducta o castigos por mal comportamiento.

Especifique lo que espera del comportamiento del niño(a): Muchas veces le dicen “pórtate bien”, pero recuerde que su “pórtate bien”, puede ser muy diferente para el niño(a), así que sea muy claro sobre lo que usted espera a nivel comportamental.

Página 9: Cómo hacer que obedezca (incluye elementos visuales).

Simplifique las reglas: Explíquelo cada una y escríbalas o dibújelas y lo que ocurre si la incumple. Estos límites deben ser inflexibles.

Ayude al niño(a) a hacer las cosas paso a paso: Es difícil para los niños con TDAH recordar muchas indicaciones, pídale que haga las cosas paso a paso, dándole las indicaciones una a la vez.

Instrucciones claras y cortas y que repita la instrucción: Recuerde que éstas deben ser cortas y claras para que las pueda recordar más fácil. Además, cada que le dé una instrucción pídale que se la repita para que usted este seguro de que la entendió.

Página 10: Enséñele a ser organizado (incluye elementos visuales).

Los síntomas de los niños con TDAH hacen que para ellos sea más difícil realizar correctamente las actividades, prestar atención a los detalles y organizar las tareas.

Utilice listas y horarios: Siéntese con el niño(a) y realice una lista de actividades que debe realizar organizadas por horas. Pegue la lista en un lugar visible. (la lista puede ser con elementos visuales) y llamativa.

Rutinas: procure mantener unos horarios estables, este horario debe tener en cuenta los fines de semana.

Lugar para cada cosa: Les ayuda a encontrar las cosas con mayor facilidad.

Alarmas: Alarmas que les recuerden cuando deben de cambiar de una actividad a

otra.

Página 11: Aprendizaje (incluye elementos visuales).

Trabaje con los docentes: Si todos están informados sobre el trastorno es más probable que entre todos puedan encontrar soluciones y aplicar medidas efectivas. Comparta con los docentes las estrategias que le hayan resultado efectivas y pídale que le cuenten las que han sido exitosas para ellos. Si el niño está en tratamiento, trabaje también con el equipo terapéutico.

Encontrar su propia solución: Fomente en el niño(a) a que aprenda a resolver problemas por sí mismo(a), esto lo puede hacer preguntándole ¿Cómo harías esto mejor?.

Céntrese en el esfuerzo y no en las calificaciones: Premie cuando termine las tareas y dele premios extra si obtiene buenas calificaciones.

Cree hábitos de estudio: establezca un plan diario de estudio con un lugar y horario determinado. El lugar debe ser tranquilo. Dedique el comienzo a las tareas difíciles. Reforzar en la casa lo visto en la escuela.

Página 12: Habilidades sociales (incluye elementos visuales).

Observe a su hijo mientras juega con otros niños.

Inclúyalo en una actividad deportiva: elija un deporte, teniendo en cuenta los intereses del niño(a).

Involúcrelo en actividades de grupo: teniendo en cuenta sus gustos y habilidades.

Recuerde que usted es un ejemplo: actúe como modelo positivo controlando el temperamento, conductas y escuchando.

Página 13: El futuro (incluye elementos visuales).

La mejor forma para que su hijo(a) tenga un desarrollo adecuado esta en seguir el tratamiento y acompañarlo(a). En la medida que se haga un buen tratamiento y apoyo de la sintomatología tiene todas las posibilidades de ser una persona de éxito escolar y social.

Las estrategias planteadas en la cartilla están basadas en los trabajos de Korzeniowsk et Ison (2008), Hill (2006), Barkley (2008) y Delgado, et al (2012).

Página 14: CENTRO DE ATENCIÓN EN PSICOLOGIA

IPS CES Sabaneta

Carrera 43a No. 52 sur - 99.

Teléfono: 3053500 opción 4

(Incluye el logo de la institución).

11. RECURSOS

Los recursos necesarios para la ejecución de este proyecto se dividen en dos grandes grupos: Los recursos humanos y los insumos y materiales. Dentro del primer grupo está la diseñadora gráfica de la cartilla que plasme todas las indicaciones dadas por la profesional en psicología de manera llamativa. De este grupo también hacen parte las profesionales de neuropsicología de la IPS CES Sabaneta que son quienes compartirán con los padres la cartilla.

El segundo grupo de insumos y materiales incluye las hojas, el argollado, laminado y la impresión de la cartilla. Dentro de este grupo se incluye de igual forma de manera indirecta el espacio físico de los consultorios de la IPS donde se compartirá el material diseñado.

12. CRONOGRAMA

El cronograma del proyecto se divide en dos etapas, una inicial de construcción del proyecto y la cartilla. Este proceso se visualiza en la tabla inferior. Es importante acalarar que durante la evaluación del proyecto y las entregas de borradores hubo asesorías y acompañamientos a la elaboración final del mismo.

MES	Enero					Febrero					Marzo					Abril					Mayo					Junio				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5			
ACTIVIDAD/SEMANA																														
Elaboración del proyecto.		x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Entregas de borradores del proyecto							x										x					x								
Entrega de final de proyecto escrito.																						x	x							
Entrega de la cartilla																									x					
Socialización del proyecto y cartilla.																									x					

El segundo momento del cronograma toma en cuenta la implementación de la cartilla dentro del servicio de psicología de la IPS CES Sabaneta. Para la se requiere que la primera etapa haya concluido y la aprobación por parte de la IPS de la cartilla. Luego de esto, el tiempo para la impresión de las cartillas y aprobación de los presupuestos es aproximadamente de 2 meses para comenzar la implementación en las devoluciones con los pacientes.

13. PRESUPUESTO

El presupuesto a continuación está diseñado pensando en el costo inicial de desarrollo de la primera cartilla, incluye los costos de diseño e impresión.

Presupuesto Cartilla	Costos
RECURSOS HUMANOS	
Diseñador Gráfico (diseño cartilla)	\$300.000
INSUMOS Y MATERIALES	
Impresiones	\$18.000
Laminado	\$3.550
Argollado	\$1.500
TOTAL	
	\$ 323.050

El costo de la implementación de la cartilla en todos los consultorios y de compartirla con los pacientes, varía según el tiempo en que se planea la implementación de la misma y la cantidad de diagnósticos del trastorno. Actualmente en la IPS CES Sabaneta el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el más diagnosticado en niños y adolescentes. Partiendo de esto, se realiza un estimado de la cantidad de cartillas que necesitaría el centro de psicología de la IPS mensualmente para realizar el presupuesto.

14. MECANISMOS DE EVALUACION Y ASPECTOS ETICOS

14.1. Mecanismos de Evaluación

Para medir el impacto de la implementación de este proyecto se tendrán en cuenta dos momentos. Un momento inicial, donde durante las evaluaciones neuropsicológicas, iniciales los padres responden a la Escala Conners (para evaluar los síntomas de TDAH). Y un segundo momento después de la implementación de la cartilla y de un tratamiento multidisciplinario que tenga en cuenta las recomendaciones brindadas por las profesionales, donde se realizará un seguimiento (en un plazo de un año después de la primera evaluación) para evaluar la implementación de las recomendaciones dadas y estrategias brindadas en las cartillas y de esta forma poder comparar los cambios en la sintomatología de los niños y el apoyo de la cartilla.

Luego de este plazo se realizará una nueva evaluación enfocada a evaluar específicamente la sintomatología del TDAH, diligenciando de nuevo de la Escala Conners para de esta forma realizar una comparación de la sintomatología de los pacientes y los efectos del tratamiento multidisciplinario (que incluya la cartilla como estrategia de formación a los padres).

El producto que se entregará será la cartilla al terminar la evaluación con los elementos básicos y estrategias para el manejo dentro del hogar y de apoyo a los padres de niños con TDAH entre 6 y 10 años, luego de la entrega de la cartilla se abrirá un espacio de reunión en el cual podrán inscribirse los padres para resolver dudas sobre la misma. 3 meses luego, se realizará una segunda reunión para monitorear su uso y una tercera 6 meses para monitorear y mantener el acompañamiento a los padres.

Por otro lado el indicador de la evaluación de la cartilla será la diferencia obtenida entre los dos momentos de la evaluación, la inicial y luego del tratamiento y entrega de la cartilla.

14.2 Aspectos Éticos

Este proyecto plantea una estrategia que unida a un tratamiento multidisciplinario y un diagnóstico por profesionales calificados es una herramienta no invasiva para contribuir al desarrollo de los niños y brindar apoyo a sus familias, cumpliendo así algunas de los vacíos que los sistemas de salud generan al tener espacios de atención con tiempo tan limitado. Es decir, La cartilla de estrategias para el manejo en el hogar de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad dirigida a padres, beneficia el desarrollo de los niños que tienen un trastorno.

Los síntomas del TDAH interfieren se relacionan con la falta de control o sintomatología de impulsividad y baja tolerancia a la frustración puede producir problemas en el hogar y en las relaciones familiares. Con un mayor conocimiento de los padres sobre lo que es el TDAH y algunas estrategias para manejar la sintomatología en el hogar y acompañar el desarrollo de los niños, el impacto de este trastorno, podría disminuir. Esto quiere decir que ayudaría a reducir el riesgo para los niños con TDAH de tener problemas emocionales y sociales asociados a dicho trastorno y hasta académicos si hay un apoyo de la escuela. Beneficiando el desarrollo los niños a través de modificaciones en el entorno. Según Pérez et al. (2006) es importante que se generen programas de intervención que incluyan intervenciones conductuales de padres y docentes, cambios en aspectos medioambientales y adecuaciones curriculares en las aulas.

Barkley (2015) señala que las intervenciones deben incluir estrategias tanto para el hogar como para el colegio, para que así aumente la probabilidad de intervenir la sintomatología de manera exitosa. puesto que si el abordaje terapéutico del TDAH “no es exitoso, el riesgo de padecer desórdenes psiquiátricos y psicológicos se incrementa” (Korzeniowks & Ison, 2008). Por este motivo la cartilla es una estrategia de prevención terciaria en salud mental, además como una estrategia de reducción de costos para el sistema de salud y de garantía de derechos para los ciudadanos.

De igual forma la implementación de la cartilla no genera riesgos para los niños, ni físicos, ni psicológicos ya que las estrategias brindadas en ella son estrategias de crianza positiva que han demostrado tener efectos igualmente positivos al tratar con niños con Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad. La cartilla no emplea ni técnicas, ni métodos invasivos y no se realiza una intervención o modificación intencionada a nivel biológico, fisiológico, psicológico o social (Ministerio de Salud Nacional, 1993). La cartilla es una herramienta que favorece la inclusión tanto en la escuela como en los ambientes sociales y familiares.

La implementación de la cartilla con estrategias para el manejo de niños con TDAH en el hogar se sustenta a partir de varias leyes. En primer lugar como el TDAH es el trastorno del neurodesarrollo con mayor prevalencia hace parte de los 5 ejes fundamentales de promoción en salud mental.

A nivel mundial los objetivos del milenio planteados por la ONU tienen como uno de sus objetivos Fomentar una asociación mundial para el desarrollo esto incluye velar por la infancia y su desarrollo lo cual incluiría el tratamiento acompañado y apoyo a los padres.

La ley 1098 de infancia y adolescencia de 2006 en su artículo número 39 decreta que: “la familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes....Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes: Protegerles contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal, formarles, orientarles y estimularles en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades, y en el desarrollo de su autonomía y proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo, y educarles en la salud preventiva y en la higiene...”

El artículo 8 de la ley 1098, también abala la implementación de la cartilla como estrategia para velar por el interés superior de los niños, niñas y adolescentes. Este artículo dictamina que “Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.”

15. REFERENCIAS

American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anastopoulos, A., Smith, J., & Wein, E. (1998). Counseling and Training Parents. En R. A. Barkley, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 373–394). New York: The Guilford Press.

Arnsten, A. F., Steere, J. C., & Hunt, R. D. (1996). The contribution of alpha 2-noradrenergic mechanisms of prefrontal cortical cognitive function. Potential significance for attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(5), 448–455.

Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 36–43.

Barkley, R. A. (2008). Classroom accommodations for children with ADHD. *The ADHD Report*, 16(4), 7–10.

Barkley, R. A. (2009, mayo 30). La hiperactividad no es un trastorno social ni familiar, sino genético y neurológico. *La Nación*. Recuperado a partir de

<http://www.lanacion.com.ar/1133678-la-hiperactividad-no-es-un-trastorno-social-ni-familiar-sino-genetico-y-neurologico>.

Barkley, R. A. (Ed.). (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (Fourth edition). New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook* (Vol. 2). New York: Guilford Press.

Biederman, J. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215–1220.

Castellanos, F. X. (1997). Toward a Pathophysiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Pediatrics*, 36(7), 381–393.
<https://doi.org/10.1177/000992289703600702>

Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews. Neuroscience*, 3(8), 617–628. <https://doi.org/10.1038/nrn896>

Congreso de la República de Colombia. Ley 1090 de septiembre 6 de 2006 (2006).

Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de noviembre 8 de 2006 (2006).

Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*, 40(12), 716–722.

Delgado, I.D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C. Bakker, L. & Zuluaga, J. B. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: el papel coterapéutico de la familia. *Revista clínica psicológica*. Vol 21. 45-51.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313–1323. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>

Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39–49.

González de Mira, C. (1997). Ideas y estrategias pedagógicas para ayudar al niño con déficit de atención en sus primeros años escolares. Medellín: Ed. Fundación GRADAS

Gonzalez, R. Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 141-158.

Hernandez, A. G., Montiel, T. & Martinez, J. G. (2014) identificación por padres y maestros de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (2), pp. 33-41. DOI:10.14718/ACP.2014.17.2.4

Hill, M. T. (2006). Estrategias en el aula. En Fundación Gradas, *Déficit de atención e hiperactividad. Bases Genéticas, clínicas y terapéuticas*. (pp. 165–174). Bogotá: Quebecor World.

Korzeniowks, C., & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 65–71.

Palacio, J.D., De La Peña, F, Palacios, L. & Ortiz, S. (2009). Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(Suppl. 1),

35-65. Retrieved May 1, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502009000500003&lng=en&tlng=en.

Palacios-Cruz, L, De La Peña, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle Portugal, S. P., & Ulloa, R. E. (2011). Knowledge and beliefs in Mexican parents about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Salud mental*, 34(2), 149-155. Retrieved May 15, 2017, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252011000200008&lng=en&tlng=en.

Pérez, E. R.-S., García, M. N., Rodríguez, P. G., Gutiérrez, S. F., & Marcos, M. D. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista pediatría de atención primaria*, 8(4), 175–198.

Pistoia, M., Abad-Mas, L. y Etchepareborda, M.C. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones. *Revista de Neurología*, 38 (1), 149-155.

Rabito, M. F. & Correas, J. (2014) Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas Especializacion Psiquiatria* 2014;42(6):315-2.

Robledo, P. & Garcia, J. N. (2014). Contexto familiar del alumnado con dificultades de aprendizaje o TDAH, percepciones de padres e hijos. *Estudios sobre educación / VOL. 26 / 2014 / 149-173*.

Serrano, E. & Alda , J.A. (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 Esp Psiquiatr* 2013;41(1):44-51.

