

**DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS PARA PADRES Y CUIDADORES
DE NIÑOS Y NIÑAS QUE PRESENTAN TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION
CON HIPERACTIVIDAD EN LOS GRADOS TERCERO A QUINTO DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA LAS PALMAS DE ENVIGADO**

**LUISA FERNANDA SALDARRIAGA RONDON
PAULA ANDREA CARDONA LONDOÑO**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN NEURODESARROLLO Y APRENDIZAJE
2020**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos infinitamente a la Facultad de Psicología la Universidad CES por brindarnos esta oportunidad de formación que permite interiorizar desde nuestra profesión nuevos horizontes para nosotras y así aportar para el bienestar humano y el mejoramiento de la sociedad. De igual forma agradecemos a Dios y a nuestras familias por ser una luz en nuestras vidas.

RESUMEN

En la Institución educativa las Palmas se ha logrado identificar que una gran parte de los niños y niñas diagnosticados con TDAH se encuentran entre los grados tercero a quinto de primaria, en un rango de edad de 7 años a 11 años, se ha observado que dentro de sus características principales su tipo de familia corresponde a familias nucleares y extensas, dedicadas a los oficios varios y con bajas habilidades académicas. También se evidencia que dentro de estas familias se presenta desconocimiento frente a dicho diagnóstico y poca adherencia a los tratamientos, lo que conlleva a la implementación de estrategias adecuadas en el proceso de formación y acompañamiento, dificultando el desarrollo de las habilidades socioemocionales y procesos académicos.

Es por esto que se crea el programa Aprendamos juntos del TDAH, el cual está diseñado para crear conciencia de la condición diagnóstica y brindar estrategias de acompañamiento a padres y/o cuidadores, con el fin de favorecer el desarrollo socioemocional y las habilidades escolares de los niños y niñas.

Para este programa es importante identificar las necesidades específicas de cada una de las familias con el fin de intervenir de manera asertiva y oportuna, por lo que se realizarán asesorías individuales con cada uno de los mientras que hacen parte del proceso de formación teniendo en cuenta también la percepción de los niños y niñas, con base en esta información recolectada se enfocarán las temáticas a trabajar en los talleres reflexivos.

En nuestra intervención será importante identificar la relación entre las causas y consecuencias del TDAH, las comorbilidades que se pueden desarrollar y las estrategias basadas en el desarrollo evolutivo de niñas y niños, lo que les permitirá consolidar conocimientos, competencias y estrategias favoreciendo un acompañamiento adecuado.

CONTENIDO

INTRODUCCION	6
1. PRESENTACIÓN GENERAL.....	7
1.1. Planteamiento del Problema.....	7
1.2. Justificación.....	10
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos Específicos	14
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Desarrollo Evolutivo de los Niños Entre los 8 y 11 Años	15
2.2. Desarrollo cognitivo de los niños entre los 8 y 11 años	15
2.3. Desarrollo Socioemocional de los Niños Entre los 8 Y 11 años.....	16
2.4. Trastorno Por Deficit De Atencion Con Hiperactividad	17
2.4.1. Definición De TDAH	17
2.4.2. Características del TDAH	19
2.4.3. Tipos de TDAH	20
2.4.4. Causas del TDAH	21
2.4.5. Tratamiento.....	21
2.4.6. TDAH- Desarrollo Socioemocional.....	23
2.5. Conductas Disruptivas.....	23
2.5.1. Tipos de Conductas	24
2.5.2. Manejo Familiar-Escolar	25
3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	26
3.1 Metodología	26
3.2. Población Objeto.....	27
3.3. Ubicación y Cobertura.....	28
3.4. Organización, Funcionamiento, Actividades (Estrategia de Intervención):	28
3.5. Implementación	30
3.6. Intervención	31
3.7. Reconocimiento de Familias	32
3.8. Cronograma	33
3.9. Presupuesto	34
4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	35
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
REFERENCIAS.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Implementación	30
Tabla 2. Intervención	31
Tabla 3. Reconocimiento de familias	32
Tabla 4. Cronograma.....	33
Tabla 5. Presupuesto.....	34
Tabla 6. Seguimiento y evaluación.....	35
Tabla 7. Consideraciones éticas	36

INTRODUCCION

Este trabajo, fue realizado durante el año 2020, como proyecto de intervención requerido para obtener el título de Especialistas en Neurodesarrollo y Aprendizaje de la Universidad del Ces. Es por esto que se crea un programa, donde el principal objetivo se basa en el desarrollo de estrategias pedagógicas que orienten a los padres y/o cuidadores en el acompañamiento a los niños y niñas entre presentan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) entre los grados de tercero a quinto de la Institución Educativa las Palmas del Municipio de Envigado.

El enfoque que se desarrollara en este programa, tiene como desafío, inicialmente, identificar las características y antecedentes familiares, sustentadas en la observación directa, mediante intervenciones individuales y grupales. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente y el proceso de desarrollo evolutivo, permita reconocer dificultades al interior de la familia, con el propósito de brindar apoyo asertivo de acuerdo a las necesidades específicas para potencializar estrategias que favorezcan el acompañamiento de los padres y/o cuidadores, fortaleciendo a su vez, el desarrollo de habilidades socioemocionales y académicas.

La fundamentación teórica de este programa se basa en la relación entre las características del TDAH en la etapa escolar, como el desarrollo socioemocional de los niños y niñas que lo presentan, el tratamiento y manejo que se da desde el entorno familiar. Considerando este último como indispensable para el desarrollo socioemocional del individuo.

De la mano de la institución educativa se realizará la implementación de este programa, ya que facilitará los espacios físicos para su desarrollo, favoreciendo la participación y accesibilidad de la población a impactar. Teniendo en cuenta sus características económicas y lejanía de la comunidad se pensó en facilitar su desplazamiento y lograr un impacto positivo.

1. PRESENTACIÓN GENERAL

1.1. Planteamiento del Problema

Según Belloch et al. (2008, p.437), afirman que el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad se considera un trastorno del comportamiento de carácter neurológico que influye en la capacidad para controlar el nivel de actividad motora (hiperactividad), para determinar qué estímulos externos son relevantes o no relevantes (Distraibilidad), y para reflexionar antes de actuar (impulsividad); se presenta tanto en niños como en adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. Por lo anterior este trastorno es un desafío, no solo para el sector educativo sino para los padres, pues ellos juegan un papel esencial, ya que constituyen el primer medio de socialización y formación (C. López et al., 2009). Lo cual interfiere en el desarrollo de la personalidad y la emocionalidad.

A nivel internacional, Rodrigues et al., (2015) presentan un estudio cualitativo realizado en Sao Paulo, con padres de menores que presentan TDAH atendidos en el Ambulatorio de Psiquiatría Juvenil (APQJ), cuya edad oscila entre 35 a 49 años de edad y su grado de escolaridad en su mayoría alcanza la media. En cuanto a la ocupación, se identifica que está relacionada con actividades domésticas y de servicios generales. Como resultado de esta investigación se logra evidenciar dos dificultades principales: una de ellas fue la recurrencia de situaciones de violencia entre hermanos, padres y adolescentes, donde la violencia física y verbal fueron manifestadas por insultos y agresiones corporales, inclusive con el uso de objetos. Situaciones de conflicto con el individuo con el trastorno, llevaron a miembros de la familia a dejar el hogar. La falta de conocimiento de los padres sobre el trastorno y consecuentemente la dificultad de imponer límites y reglas para el adolescente con TDAH generaban desentendimientos, agresiones y castigos.

La otra dificultad que se observa son los conflictos escolares y comunitarios; los padres manifestaron constantes situaciones de violencia en la escuela y en el contexto de los menores, a su vez eran excluidos por los demás, muchas veces eran responsabilizados por las conductas de otros. Por otro lado, presentaban comportamientos agresivos tanto verbales como físicos con

compañeros y profesores, contribuyendo con la segregación e incluso con la expulsión de la escuela (Rodrigues et al., 2015).

Teniendo en cuenta el estudio realizado por Vargas & Parales (2017) de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, donde entrevistan a 31 participantes, entre ellos: padres maestros, niños y niñas con diagnóstico de TDAH. Se logra evidenciar que los maestros justifican las dificultades en el aula de clase con el inadecuado manejo del diagnóstico por parte de los padres y la negación de ellos al tratamiento farmacológico, ya que muchos de ellos consideran que los medicamentos producen efectos secundarios, aunque en algunos casos varios de los padres continuaban dicho tratamiento sin encontrar mejoras, razón por la cual utilizaban el castigo físico.

En el primer grupo hacían mención a aspectos conductuales como: excesivo movimiento, dificultad de adaptación a las dinámicas escolares, agresividad, impulsividad, malos hábitos del sueño, y rechazo a la autoridad. En el segundo grupo se refieren a características de tipo cognitivo como: la incapacidad para concentrarse e incumplimiento de actividades curriculares. Por otro lado, se demostró que en muchas ocasiones las características positivas que veían los padres en ellos, las utilizaban como medio de justificación ante las conductas “indeseables”. Se manifestó que ellos tenían un conflicto entre la idea que éste trastorno es de origen neurológico o genético e incluso muchos afirmaban que el problema se debía a errores cometidos en la crianza; ambas ideas generaban en ellos, sentimiento de culpa, ya que el padre era culpado con argumentos relacionados con la genética y la madre con respecto a la crianza.

Algunos de los padres (hombres) entrevistados afirmaron no haber sido capaces de establecer límites claros dentro del proceso de educación de sus hijos, lo que los hacía sentir incapaces de asumir adecuadamente su función paterna. Para mitigar el sentimiento de culpa que esto generaba, buscaban justificarse bajo la premisa popular de que “los bebés no vienen con manual”, mientras que las madres parecían cargar siempre con la culpa. Los “errores” cometidos por los padres durante la crianza son un aspecto en común con las ideas de los maestros sobre las causas de la hiperactividad.

Si bien los profesores reconocieron la influencia de factores biológicos para el desarrollo del TDAH, otorgaron mayor Importancia a causas de tipo familiar, como falta de cuidado y atención por parte de los padres. Vargas et al. (2017) indican en su investigación, que en caso contrario a la severidad y las manifestaciones del castigo físico, se han identificado casos de

disminución del TDAH posterior al diagnóstico, y que así mismo, sigue presente como estrategia para contener el comportamiento, especialmente en quienes rechazaban el tratamiento farmacológico. De igual forma, se evidenció en el discurso de padres, la intranquilidad ante la impotencia de la falta de control. Con base a los argumentos de los adultos entrevistados, se logró identificar que el objetivo fundamental de la “crianza es la socialización y que está en manos de los padres enseñar a sus hijos las conductas aceptadas por la sociedad y limitar o castigar aquellas que atentan contra la convivencia” (Vargas & Parales, 2017, p. 256).

Contextualizando esta investigación con la realidad de la Institución educativa las Palmas respecto a los estudiantes que presentan una condición diagnóstica de TDAH y sus familias se evidencia una similitud, ya que en muchos de los casos las familias justifican los comportamientos disruptivos de sus hijos con las características positivas que identifican en ellos, por otro lado, se niegan a los tratamientos farmacológicos. A su vez sus estilos parentales ante las conductas “indeseables” son castigos físicos, pero de igual manera sin ejercer autoridad y establecer límites. En el último reporte que se tiene de planeación del municipio de Envigado (Alcaldía de Envigado, 2017).

De acuerdo con el Informe del Departamento Administrativo de Planeación de Envigado (Alcaldía de Envigado, 2017), se encuentra que: la zona 12 (vereda las Palmas) recoge el 1,4% de la población municipal con 3.080 personas, la vereda cuenta con 920 viviendas ubicadas en estrato 2 son las más representativas, seguido de las viviendas en estrato 4 y 5. En menor medida se encuentran las viviendas en estrato 1, gran parte de la población no cuenta con estratificación. En cuanto a educación y cultura se identifican falencias en el tema de educación. Adicionalmente, invitan a la reflexión sobre los espacios que pueden crearse o las estrategias que desde cada zona puedan surgir con el fin de aportar al mejoramiento del sistema educativo para ofrecer mejores oportunidades a niños, jóvenes y adultos, con el fin de contribuir a la disminución de la pobreza y la inequidad social. En cuanto a la deserción escolar de las 5 instituciones educativas del sector, en la Institución educativa las Palmas (pública) se presenta la mayor deserción.

De acuerdo a la anterior caracterización poblacional, se evidencia que es una zona compleja frente a la accesibilidad de la formación educativa y cultural pertinente que requiere una comunidad para tener una educación adecuada de las personas que allí residen, si bien mucha de la población pertenece a estratos socioeconómicos entre 4 y 6 la gran mayoría de estudiantes de la

institución educativa las Palmas (pública) que presentan una condición diagnóstica de TDAH, pertenecen al estrato socioeconómico 2 y sus ocupaciones son: amas de casa, trabajadores independientes de servicios generales, los que se encuentran vinculados son mayordomos de las fincas aledañas de la zona. Adicionalmente, la mayoría presenta nivel académico de básica primaria, lo que hace evidente la dificultad en la comprensión de las condiciones diagnósticas que presentan sus hijos, consecuentemente, se altera el acceso al sistema de salud, ya que por la lejanía de los centros médicos especializados y sus ocupaciones laborales les impiden hacer un adecuado acompañamiento en los tratamientos recomendados por los especialistas, el apoyo socioemocional y académico.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la familia es entendida como el conjunto de personas en constante interacción y el lugar donde se adquieren hábitos y reacciones típicas de su comportamiento de acuerdo a los modelos de conducta, y quienes aportan en gran manera a la formación emocional del sujeto. Se ha observado que en la mayoría de los casos se cuenta con pocas e inadecuadas estrategias para el acompañamiento. Esto a causa de las creencias y expectativas erróneas frente a la condición diagnóstica, lo que conlleva a relaciones afectivas débiles y conflictivas con los miembros del hogar lo cual repercute en el ambiente social y escolar.

A su vez, la poca conciencia frente a la condición diagnóstica y las pocas habilidades en la implementación de estilos parentales adecuados con estos niños y niñas genera debilitamiento en los auto esquemas y bajas habilidades sociales, creando conflictos no solo en el ámbito familiar, sino escolar y es así como en los padres se genera mayor frustración y preocupación por las constantes quejas recibidas. Es por esto, que analizando las conductas familiares nos planteamos la siguiente pregunta ¿Cómo pueden mejorar los padres y /o cuidadores el acompañamiento a los niños y niñas, que cuentan con una condición diagnóstica de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de los grados tercero a quinto de primaria de la institución educativas las Palmas del Municipio de Envigado?

1.2. Justificación

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es tal vez uno de los diagnósticos más comunes en la actualidad. Sin duda han ido en aumento, se estima que en Colombia existe una prevalencia de este trastorno entre el 5% y el 12 % en niños (Acuerdo 153 de 2013, Consejo de Bogotá, Colombia). Afectando a gran cantidad de niños, adolescentes y adultos, es por esto que su abordaje requiere muchas veces de un equipo interdisciplinario que apunte a la realización de un tratamiento multimodal, ya que, es considerado una problemática no solo para quienes presentan el diagnóstico, sino también para cada una de las personas que hacen parte de su círculo social y familiar.

Los contextos en los que se desenvuelve el niño con TDAH y las personas que hacen parte de éste, juegan un papel fundamental en el desarrollo de cada una de las dimensiones y etapas evolutivas de quienes padecen el trastorno, por lo general estas personas son los padres, familiares, cuidadores, docentes y pares; y a ellos, en muy pocas situaciones se les prepara de manera adecuada para la realización de un acompañamiento efectivo basado en el respeto, amor y comprensión.

Por otro lado, desde el punto de vista del el contexto familiar, está claro que este es el primer núcleo social al cual se pertenece, donde se adquieren las primeras habilidades, hábitos, en el cual se infunde en los niños y niñas límites, normas, y pautas de crianza que le van a ir indicando hasta dónde pueden llegar, que si pueden hacer y que no, brindando seguridad y protección, direccionando comportamientos, ayudando a introyectar valores que en este núcleo se consideran importantes con el fin lograr una convivencia más sana, promoviendo el respeto y ayudando a desarrollar unas adecuadas habilidades sociales que se requieren para vivir en sociedad.

De acuerdo a la experiencia evidenciada desde las áreas de psicología y fonoaudiología en la Institución Educativa las Palmas desde cada profesional, se logró observar que en los grados tercero a quinto se cuenta con diecisiete niños y niñas con diagnóstico de TDAH, en la generalidad de sus familias los padres y/o cuidadores cuentan con pocas e inadecuadas estrategias para el acompañamiento, lo que conlleva a relaciones conflictivas y débiles con los miembros del hogar, lo que repercute en el ambiente escolar y las habilidades socioemocionales.

Sin duda los padres son los más afectados con la presencia de niños con TDAH y la manera en que esto afecta la dinámica familiar. Teniendo en cuenta el contexto socio-cultural en el que se encuentra la Institución Educativa las Palmas de Envigado, su alto porcentaje de estudiantes con

diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los grados tercero a quinto de primaria y el inadecuado acompañamiento familiar, se hizo evidente las consecuencias socioemocionales y/o comportamentales generadas en los niños y niñas.

Es por esto importante replantear el manejo estrategias utilizadas por cada una de las familias de los niños y niñas que presentan esta condición diagnóstica. De igual manera se busca contribuir al manejo efectivo y asertivo de las conductas disruptivas que se pueden presentar, con el fin de mejorar las dinámicas familiares, los procesos académicos y las habilidades socioemocionales.

Por todo lo anterior, se consideró importante realizar con los padres de familia y/o acudientes de estudiantes que presentan TDAH un proyecto de intervención, teniendo en cuenta que la mayoría de proyectos enfocan su atención en los niños y/o niñas que presentan esta condición, sin tener en cuenta que la familia y personas cercanas son quienes hacen parte fundamental del proceso, es por esto que si se logra la aceptación del diagnóstico, implementación adecuada de estrategias de acompañamiento y se fortalecen los procesos afectivos de los padres y/o cuidadores, posiblemente esto repercutirá positivamente en la relación que entablan con sus hijos, el acompañamiento y el manejo que se le dé al trastorno, mejorando el desarrollo humano de cada uno de los miembros del núcleo familiar y logrando un mejor proceso académico y socioemocional de los niños y niñas con TDAH.

Sin duda los síntomas del diagnóstico, el inadecuado manejo del mismo y la inadecuada implementación de estrategias por parte de los padres y/o cuidadores, hacen mucho más difícil que los niños y niñas que lo padecen se desenvuelven fácilmente dentro de todos los entornos, ya que su impulsividad, su inquietud motora, sus comportamientos disruptivos y las dificultades atencionales interfieren significativamente en el ámbito escolar, pues altera las dinámicas grupales, la relación con sus compañeros ya que terminan siendo excluidos y afectando más el proceso emocional y académico.

Además, como se mencionó anteriormente, la dinámica familiar y lo social se ven afectadas, es por esta razón que otra de las intenciones en la realización de un proyecto de intervención es que por medio de los padres que son sus principales educadores y que es allí en ese núcleo donde se forma gran parte de su personalidad, que sean ellos los que implementen estrategias y adecuadas pautas de crianza con los niños y niñas que presentan TDAH, y se logre modificar ciertos comportamientos disruptivos, desarrollar habilidades socio emocionales, con el fin de favorecer

la socialización el autoestima y su estabilidad emocional, los procesos atencionales y la sana convivencia dentro de los ámbitos que se desenvuelven, beneficiando a su vez el proceso académico de cada uno de ellos; Siendo esto de gran ayuda para los maestros pues contarán con el apoyo de los padres de familia en sus procesos académicos, logrando así una relación bastante importante y fundamental entre docentes y padres o cuidadores, generando una comunicación efectiva y positiva para dar respuestas a cada una de las necesidades que se susciten frente a niño o niña con TDAH.

Una comunicación asertiva y oportuna logrará que en muchos de los casos se pueda dar respuesta y solución eficaz a las sin fin de situaciones que se presentan en el aula, trabajando de la mano, hacia la misma dirección y con los mismos objetivos lograremos que cada uno de los contextos principales (escuela-hogar) en los que se desenvuelven los estudiantes se conviertan en espacios protectores, seguros y constructivos para el desarrollo de cada una de las dimensiones y etapas evolutivas. Analizando todos los beneficios que se generarán con la implementación de este proyecto de intervención logró demostrar que su impacto se verá reflejado en todos los entornos: familiar, escolar, social y personal, lo que facilitará el tratamiento, el manejo y funcionamiento de este, adquiriendo competencias básicas de auto control y funcionamiento global en pro de una mejor calidad de vida para el niño y/o la niña con TDAH y cada uno de los miembros de su familia.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Desarrollar estrategias pedagógicas que orienten a los padres y/o cuidadores en el acompañamiento a los niños que presentan diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la Institución Educativa Las Palmas del municipio de Envigado de los grados tercero a quinto de primaria.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades específicas de los estudiantes de la Institución Educativa Las Palmas de Envigado de los grados tercero a quinto de primaria, que presentan diagnóstico de TDAH.
- Reconocer las limitaciones de los padres para el adecuado acompañamiento de los niños y niñas de 3o a 5o con TDAH
- Revisar la fundamentación teórica del manejo de TDAH con el fin de determinar las estrategias que respondan a las necesidades de la comunidad educativa de la Institución Educativa las Palmas de Envigado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Desarrollo Evolutivo de los Niños Entre los 8 y 11 Años

Teniendo en cuenta el tema planteado para este proyecto de intervención y las variables abordadas, se hace importante hacer claridad que desde la perspectiva el desarrollo evolutivo del niño es un proceso que va en continuidad. Las edades delimitadas en este proyecto enmarcan cambios fundamentales, dando características específicas a todo el proceso de desarrollo.

La llegada de “la tranquilidad” sería una definición para esta nueva etapa entre los ocho a los diez u once años de edad, teniendo en cuenta que se inicia el “aquietamiento” pues se comienza a enfrentar a la realidad externa y adopta comportamientos frente a las condiciones que el contexto le impone, esto basándonos en la hipótesis de que se superaron muchos de los conflictos de las etapas anteriores. En esta etapa de asimilación el niño se encontrará en disposición de lograr nuevos progresos y adquisiciones en todo lo que respecta al aprendizaje.

2.2. Desarrollo cognitivo de los niños entre los 8 y 11 años

Tal como indica Meece, (2001, p.101) al citar que “Piaget influyó profundamente en la forma de concebir el desarrollo cognitivo del niño/niña, antes de su teoría se pensaba que eran pasivos y moldeados por el ambiente”. Este autor enseñó que realmente se comportan como pequeños científicos que tratan de interpretar el mundo, tienen su propia lógica y formas de conocer, siguiendo patrones del desarrollo conforme van alcanzado la madurez e interactuando con el entorno, de este modo tienen una interacción recíproca.

En el artículo Piaget y L. S. Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo (BARBA) se refiere que Piaget definió esta etapa como La edad de las operaciones concretas (7 a 11 años), manifestando que a partir del séptimo año el pensamiento se hace mucho más analítico, objetivo y crítico. El niño/niña comienza a ser capaz de establecer contacto con la realidad y reflexionar en cuanto a esto, lo que le permite lograr la aceptación y la tolerancia a la frustración, aquí ya no estará inmerso en su mundo de fantasía y deseos. (Meece, 2000, 2001).

De acuerdo con la teoría de Piaget en esta etapa se logra la adquisición de las operaciones concretas (seriación – clasificación – conservación) dando paso a lo cuantitativo y dejando a un lado lo cualitativo. Definimos seriación como la capacidad de ordenar objetos en una progresión lógica, clasificación como la agrupación de objetos e ideas a partir de elementos comunes y conservación como la capacidad de entender que un objeto permanece igual a pesar de los cambios superficiales o físicos.

Alrededor de los 10 y 11 años la inteligencia llega al perfeccionamiento de estas, su pensamiento muestra menor rigidez y es mucho más flexible. El sentido del tiempo es más detallado y se logra la organización del pensamiento que permite establecer clasificaciones distinguiendo las semejanzas y las diferencias (Meece, 2001).

2.3. Desarrollo Socioemocional de los Niños Entre los 8 Y 11 años

En cuanto al desarrollo socioemocional de los niños y niñas en esta etapa de 8 a 11 años se logra observar que van logrando el control de su impulsividad, deteniendo una acción específica, esto logra que aumenten su capacidad de pensar y descubrirse a sí mismo, a su vez potencializando la reflexión y la imaginación. Dejan de lado el egocentrismo, lo que provoca que en algunos momentos sientan ambivalencia y confusión debido a que presentan comportamientos que corresponden a su edad y a etapas del desarrollo anterior. También se observa que en algunos momentos presentan labilidad emocional.

Conforme avanza la etapa se enfrentan a diferentes responsabilidades y deberes que deberán aprender a seguir y respetar, logrando un equilibrio entre los deseos y las nuevas prohibiciones. Alrededor de los 11 años el niño comienza a preservar su intimidad, siente la necesidad de estar solo y comienza a mostrarse tímido en muchas ocasiones. En esta última edad se acentúa el control de las emociones y los sentimientos, aparecen pruebas inesperadas de sensibilidad, pudor y tacto, lo que revela la toma de conciencia respecto a los sentimientos de él y de los demás.

Respecto a las relaciones sociales hacia los nueve y diez años su relación con compañeros y pares comienza a variar según el sexo, aparece el respeto por el otro, la honestidad, la cooperación y solidaridad respecto a los demás.

Aproximadamente a los 8 años el niño/niña comienza a descubrir la injusticia y la igualdad, descubre el acuerdo entre iguales, le resta importancia a su relación con los adultos (maestros-padres-cuidadores) y se preocupa por que sus pares lo acepten. El niño desde la primaria aprende lo que Erikson (Citado en Meece, 2000) llama “*sentido de laboriosidad*” donde inicia el proceso de identificar sus cualidades y disfrutar de sus propios logros, si no se le apoya o si no logra responder a sus confianzas y las de los demás, puede experimentar sentimiento de sumisión (Meece, 2000).

2.4. Trastorno Por Deficit De Atencion Con Hiperactividad

Este trastorno se considera uno de los desórdenes más comunes del comportamiento en la infancia, se calcula que más de 80% de los niños que lo presentan también lo expresaran en la adolescencia, en esta etapa quienes lo padecen están mucho más propensos a retirarse de la escuela, tener pocos amigos, comprometer actividades antisociales y consumir drogas. De acuerdo con la investigación de Vera et al. (2007), alrededor de un 60% sufrirán también en la edad adulta afectando sus relaciones interpersonales, laborales y sociales, teniendo como consecuencias comorbilidad con trastorno de personalidad disocial, farmacodependencia y alcoholismo (Vera et al., 2007, p.433).

2.4.1. Definición De TDAH

A lo largo de la historia han sido numerosas las definiciones que se han dado a este trastorno; según las revisiones bibliográficas se halló que la primera definición la hace un médico alemán en 1895 llamado *Heinrich Hoffman*, quien refleja sus ideas en la obra “*Struwwelpeter*”, formada por 10 historias breves sobre diversos problemas psiquiátricos de la infancia y la

adolescencia describiéndolos como un niño que no puede estar quieto cuando está sentado (Navarro & García-Villamizar, 2010). En 1887, Bourneville los describe como niños inestables caracterizados por una inquietud exagerada, con una actitud destructiva a la que se suma un leve retraso mental. (M.I Navarro Gonzalez, 2010) En 1901 J. Demoor señala la presencia de niños muy hábiles comportamentalmente, que precisan moverse constantemente y que se asocian a una dificultad atencional (Citados en Fernandes et al., 2017). Medio siglo después la revista británica Lancet publicó un artículo de George Still, médico pediatra a quien se le atribuye la primera descripción científica de conductas impulsivas y agresivas de lo que él denominaba “defectos del control moral”. (Martinez-Badía, 2015).

En 1908 Augusto Vidal en su compendio de psiquiatría infantil cambia el sentido de la interpretación de estos trastornos de conducta al darles consideración de enfermedad y no de problema ético (Vidal Perera, 1908). En 1934 los estudios de Hohman, Khan y cohen indican que tras problemas cerebrales se producían los síntomas observados por still en los niños impulsivos, por lo que atribuyeron la hiperactividad a una enfermedad neurológica denominándola síndrome de lesión cerebral humana o síndrome de impulsividad orgánica (Fernandes et al., 2017). Luego en 1962 Clements y Peters (Citados en Fernandes et al., 2017) determinan que no es una lesión cerebral concreta sino una disfunción general, sustituyendo el término por disfunción cerebral mínima caracterizada por hiperactividad, déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional. (Fernandes et al., 2017).

Posteriormente en 1968 la asociación psiquiátrica americana resalta que la hiperactividad es un síntoma ajeno a las lesiones cerebrales e introduce en el DSM II el término de reacción hiperkinética de la infancia (American Psychiatric Association, 1968).

En 1970 Virginia Douglas señaló que la dificultad para mantener la atención y la impulsividad, asociadas a una deficiente autorregulación, era la clave de estos trastornos, es allí donde se impuso el término TDAH y lo introducen en 1980 en el DSM III. Posterior a esto la OMS propone en 1992 el término trastorno hiperactivo (CIE 10) y en el DSM IV 1994 se introducen tres subtipos y se mantiene en la cuarta revisión del 2000 (Fernandes et al., 2017).

De acuerdo a lo anteriormente descrito y a las definiciones tenidas en cuenta, se concluye a la para el presente proyecto que definición de intervención más óptima sería la descrita por

Barkley (2006) teniendo en cuenta que lo define como un trastorno del neurodesarrollo, con base genética y elevada heredabilidad, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos que provocan en el niño alteraciones de la atención, impulsividad y sobreactividad motora; los síntomas, normalmente surgen en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden explicarse por ningún déficit neurológico importante, ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, retraso mental o trastornos emocionales graves. Según Barkley, estas dificultades guardan relación con una dificultad para seguir lo que él llama conductas gobernadas por reglas y con dificultades en tareas de atención sostenida (Barkley, 2006).

2.4.2. Características del TDAH

El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad “inapropiadas” para la edad de desarrollo, estos patrones de comportamiento se deben presentar antes de los siete años por un espacio de tiempo no inferior a tres meses y presentarse por lo menos en dos ámbitos distintos (Vera et al., 2007).

Según lo descrito en los manuales diagnósticos los síntomas pueden manifestarse de forma diferente según la edad del niño, las características más habituales están relacionadas con comportamientos que comprometen la actividad motriz, dificultades de concentración e impulsividad. A estas características se les atribuye comportamientos como: levantarse continuamente del asiento, hacer ruido, interrupciones constantes (clase), dedicar más tiempo de lo normal en la ejecución de actividades, rendimiento bajo, mala memoria secuencial, dificultades en procesos lecto-escritos y de operaciones aritméticas. A estas características debe sumarse el alto grado de frustración producido por no poder realizar las tareas con la misma rapidez que sus demás compañeros, las continuas quejas de docentes y el rechazo de compañeros, lo que los puede llevar a reaccionar de manera impulsiva y agresiva. En ocasiones todo esto tiene como consecuencia la reducción de su autoestima y comorbilidad con otros trastornos como depresión y ansiedad.

2.4.3. Tipos de TDAH

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad e impulsividad, en algunos predomina uno u otro o en muchos casos ambos de estos patrones.

De acuerdo a la caracterización realizada en la institución educativa las palmas, con los estudiantes que presentan TDAH en los grados tercero a quinto, se evidencian una prevalencia del subtipo combinado, lo que infiere que el desarrollo de este proyecto será enfocado en sus características. De igual manera se logra observar que esta caracterización concuerda con los resultados de las investigaciones consultadas, ya que allí se evidencia que la mayor prevalencia está en el subtipo combinado, esto posiblemente explicaría por la severidad del cuadro clínico, pues se asocia más con conductas del TDAH y por lo tanto es posible que sea quien más solicita ayuda (Barrios et al., 2016).

El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses (American Psychiatric Association, 2001).

- A. **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado:** Se ha observado que los casos con TDAH de subtipo combinado en comparación con los otros, presentan una menor ejecución en múltiples dominios neuropsicológicos, evidenciando principalmente la alteración en el funcionamiento ejecutivo. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados de este trastorno.
- B. **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención:** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad).

- C. **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención).

2.4.4. Causas del TDAH

Actualmente los científicos no están seguros de cuáles son las causas de TDAH, muchos estudios sugieren que los genes cumplen un rol importante, con una heredabilidad que se aproxima al 80%, su patrón de herencia es complejo, probablemente contribuye a más de un gen a una carga genética que provee de sus susceptibilidades en interacción con factores ambientales, y tiende a repetirse en familias y su incidencia es mayor en parientes de primer y segundo grado, los hermanos de niños con TDAH tienen un riesgo de 3 a 5 veces mayor de presentar la alteración. Por otro lado, en observaciones clínicas se ha evidenciado la presencia de un trastorno de atención como secuela de enfermedades que afectan el sistema nervioso central. Por otra parte, las complicaciones pre, peri y postnatales elevan el riesgo de presentar este tipo de trastornos.

Algunas investigaciones muestran que otros de los factores que desarrollan el TDAH son de causa ambiental como: la privación temprana, permanencia en familia de alto riesgo social, tabaquismo y alcoholismo fetal. Probablemente los efectos de un factor de riesgo ambiental son dependientes de su interacción con los factores genéticos (E. López et al., 2008).

2.4.5. Tratamiento

En la actualidad los tratamientos para el TDAH se centran en reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento, incluyen medicamentos, psicoterapia, capacitación o una combinación de alternativas.

Dentro del tratamiento multimodal que se recomienda para niños y niñas que presentan TDAH están los tratamientos farmacológicos, con el fin de generar un efecto calmante, reduciendo la hiperactividad, impulsividad y mejorando la capacidad en la concentración. Sin embargo, no se puede usar un enfoque uniforme para todos los niños, pues en ocasiones estas medicaciones pueden tener efectos secundarios, por lo que los psiquiatras deben hacer un seguimiento constante y cercano a su evolución (Rodríguez & Criado, 2014).

Existen diferentes medicamentos donde el ingrediente activo es el mismo, pero se libera de manera diferente en el cuerpo. Las formas de acción o liberación prolongadas con frecuencia le permiten al niño tomar el medicamento solo una vez al día, aunque algunos de ellos son de corta acción.

Otro de los recursos recomendados para la intervención del trastorno es la psicoterapia mediante la cual se enseña y fortalecen habilidades sociales, autoesquemas, gestión de sentimientos y emociones y estrategias de regulación de la impulsividad. Por lo anterior el tratamiento más recomendado es la terapia conductual, no solo con los niños y niñas sino también con los padres, con el fin de brindarles estrategias, normas claras y rutinas estructuradas, para así lograr que el niño controle sus conductas (Rodríguez & Criado, 2014).

2.5. TDAH- ETAPA ESCOLAR

Sin duda, la escuela es uno de los sistemas más próximos al núcleo familiar, aun así, y teniendo clara la importancia de esta relación, varios estudios indican que hay una dificultad en la relación de los padres con la escuela, lo que genera baja satisfacción parental y afectaciones en el bienestar emocional (Grau, 2007). Algunos autores señalan que se ha identificado la existencia de una relación entre el TDAH y el bajo rendimiento escolar debido a sus dificultades de concentración, impidiendo que logren llevar a cabo las actividades satisfactoriamente (Vargas, 2013).

Docentes manifiestan sentir poco apoyo de las familias, sintiendo que la responsabilidad recae sobre ellos y resaltando la importancia de una atención especial de la mano de un trabajo

personalizado. Se propone de igual manera que la mayoría de niños y niñas con TDAH experimentan rechazo por parte de sus profesores, así como de sus pares, lo que conlleva al que se aislen (Vargas, 2013). De acuerdo a lo anterior, se evidencia que el entorno escolar y su relación con el núcleo familiar es fundamental para un adecuado manejo del trastorno, el distanciamiento entre estos dos contextos desencadenará una serie de situaciones negativas para el niño y/o niña con TDAH.

2.4.6. TDAH- Desarrollo Socioemocional

Reconocer las emociones que están experimentando los otros es una habilidad que facilita las interacciones sociales, ya que los estados emocionales se hacen visibles a través de las señales afectivas como las expresiones faciales y la prosodia. Con respecto a esto algunos estudios conductuales sugieren que los niños o adultos con TDAH tienen dificultades para reconocer y comprender la información afectiva (Albert et al., 2008)

El control de las emociones es una de las funciones ejecutivas que permite a las personas desarrollar su pensamiento y conducta, las utilizamos para la toma de decisiones. Se ha observado que los niños con TDAH presentan una desregulación emocional, mostrando características como la impulsividad, baja tolerancia a la frustración y desmotivación.

Teorías tradicionales sobre el TDAH definen que estos niños tendrán importantes dificultades para modular sus estados afectivos debido a la implicación de los procesos de control ejecutivo. Según estas teorías las disfunciones ejecutivas, especialmente las vinculadas con el control emocional y de impulsos son las responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración. (Albert et al., 2008).

2.5. Conductas Disruptivas

El manejo del comportamiento suele ser difícil, tanto en el contexto familiar como en el escolar. Los niños con TDAH suelen ser muy impulsivos, lo que los lleva a tener problemas interpersonales, derivados principalmente de la capacidad para inhibir o demorar respuestas.

Definición

El término conducta disruptiva es el comportamiento consciente y voluntario de conductas inapropiadas o molestas del niño/niña, dirigidas a impedir el desarrollo de una actividad, entorpeciendo el proceso de enseñanza, aprendizaje y convivencia o aquellas conductas que son molestas, que perturban el que hacer de los demás, por lo tanto no son deseables. Estas conductas se caracterizan por ser subjetivas, pues dependen de la apreciación de cada figura de autoridad. (Rincón, 2017)

2.5.1. Tipos de Conductas

Autores plantean algunos tipos de comportamientos disruptivos y sus manifestaciones conductuales (Santos & Domínguez, 2006, p.11):

- **Comportamiento agresivo:** Daño causado a otra persona u objeto, esta conducta es de manera intencionada y el daño puede ser físico o psíquico (golpear, patear, empujar, uso de lenguaje soez).
- **Comportamiento físicamente disruptivo:** romper, dañar, lanzar, molestar físicamente a otras personas.
- **Comportamiento socialmente disruptivo:** Gritar, correr.
- **Comportamiento desafiante ante la autoridad:** negación ante la realización de tareas, uso de lenguaje ofensivo.
- **Comportamiento auto disruptivo:** ensimismarse, aislarse, no generar interacciones sociales.

2.5.2. Manejo Familiar-Escolar

Las conductas disruptivas son llamadas así, debido a que su presencia dentro del aula de clase y del contexto familiar implica la interrupción en el desarrollo evolutivo de los niños y niñas, afectando la creación de relaciones sociales saludables tanto con adultos como con pares.

La familia es la unidad social básica donde el niño se desarrolla desde su nacimiento, siendo esta la etapa que más incide en la formación de la personalidad y donde se pone en juego todo el sistema afectivo lo cual hace que el niño desarrolle una imagen de sí mismo y su valor como persona. Cuando encontramos un niño/niña con comportamientos inadecuados debemos acudir a identificar el funcionamiento de la estructura familiar, el manejo que se le da y el entorno en que se desenvuelve el niño/niña (Cabrera & Ochoa, 2010, 18).

Es importante la relación familia escuela ya que para regular la conducta del alumno lo primordial es el enlace entre ambas partes, este acercamiento y comunicación constante será de gran ayuda para disminuir y normalizar las conductas disruptivas.

Una estrategia para el manejo de estas conductas en el ámbito educativo y familiar es la implementación de normas claras, que deberán de ser cumplidas por maestros, padres y estudiantes con el fin de lograr los objetivos planteados por ambas partes.

En ambos contextos la convivencia y las relaciones serán de gran importancia para los procesos de cambios de estas conductas, la figura de autoridad tendrá como objetivo fundamental favorecer el aprendizaje de las habilidades sociales y motivación (Cabrera & Ochoa, 2010).

3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

3.1 Metodología

La iniciativa de este proyecto de intervención llamado **Aprendiendo juntos del TDAH**, surge del trabajo realizado durante varios años en la Institución Educativa las Palmas de Envigado con niños y niñas que presentan el diagnóstico de TDAH y sus familias, ya que hemos observado desde nuestra experiencia que, en la mayoría de los casos, dentro del núcleo familiar se carece de estrategias adecuadas que favorezcan el desarrollo de las habilidades socioemocionales de cada uno de los niños, lo que conlleva a dificultades en el ámbito escolar y social. Es por esto que buscamos acompañar, asesorar e intervenir a los padres de familia y cuidadores en las situaciones en las que el acompañamiento de niños con TDAH se torna complejo, dadas sus características e impulsividad, inatención y conductas disruptivas, lo que afecta el entorno familiar, escolar y social.

Se realizará el acompañamiento a través de:

- a) Talleres reflexivos y vivenciales: Serán espacios que se realizarán con los padres de familia y cuidadores, donde se abordarán temáticas y estrategias de acompañamiento que favorezcan el desarrollo socioemocional de los niños que presentan TDAH.
- b) Asesorías individuales a padres de familia: Se abrirán espacios individualizados con cada familia, inicialmente para reunir información pertinente respecto al núcleo familiar, estableciendo así bases iniciales para el enfoque de las temáticas que se abordarán en los talleres reflexivos y vivenciales. Mediante estas intervenciones individuales se brindará también a cada familia estrategias específicas de acuerdo a las dificultades encontradas en cada grupo familiar.
- c) Asesorías individuales con estudiantes: Estos espacios se crearán con la intención de escuchar y orientar a cada estudiante frente a su perspectiva en cuanto al diagnóstico

de TDAH, su lugar dentro del núcleo familiar y evidenciar mediante ellos los cambios positivos y negativos frente a la implementación del proyecto.

- d) Asesorías a docentes: Teniendo en cuenta que el proyecto busca generar cambios en el proceso socioemocional de los estudiantes con TDAH se hace indispensable la participación de quienes aportan y acompañan el proceso de desarrollo. En las asesorías se brindarán herramientas a implementar dentro del aula, con la finalidad de complementar y apoyar el proceso realizado en casa.
- e) Entrega de infografías: Serán herramientas usadas con el fin de complementar y materializar cada una de las estrategias y conceptos abordados en los talleres reflexivos.
- f) Uso de material digital: Implementaremos el uso de herramientas tecnológicas como grupos en *WhatsApp* buscando abordar así a toda la población a intervenir, compartiremos material audiovisual sobre el TDAH y acompañamiento asertivo.

3.2. Población Objeto

Este proyecto de intervención está dirigido a las familias de los estudiantes que presentan el diagnóstico de TDAH y que se encuentran entre los grados terceros a quinto de la Institución Educativa las Palmas ubicada en la zona 12 rural del municipio de envigado. Familias pertenecientes a estratos socioeconómicos 2 y 3, en su gran mayoría dedicadas a labores del campo y servicios generales. Actualmente presentan dificultades de acceso a conectividad debido a escasos recursos económicos; la generalidad en los padres de familia es el bajo nivel educativo. Por otro lado, es importante mencionar que son frecuentes las riñas entre familias y discusiones entre vecinos.

En el momento es la única institución educativa de carácter público en la zona, tiene como misión la formación integral de los jóvenes, mediante el fortalecimiento del pensamiento y las

dimensiones del desarrollo; reflejando los valores institucionales y una consciencia ambiental. Es una institución comprometida con la prestación de un servicio integral e incluyente.

La población a intervenir estará distribuida de la siguiente manera:

- **Estudiantes:** Diecinueve estudiantes entre los grados tercero a quinto de primaria que presentan dicha condición diagnóstica.
- **Padres de familia y/o acudientes:** 37 padres y/o acudientes que acompañan el proceso educativo.
- **Docentes:** 9 maestros que acompañan el proceso académico.

3.3. Ubicación y Cobertura

El proyecto de intervención **Aprendiendo juntos del TDAH** se llevará a cabo en la Institución Educativa las Palmas ubicada en el municipio de Envigado, kilómetro 17 vía las Palmas. El proyecto va dirigido a 37 padres de familia y/o cuidadores de estudiantes que presentan TDAH quienes por medio de la implementación adecuada de pautas de crianza favorecerán el desarrollo socioemocional y académico de 19 niños de la institución. Teniendo en cuenta las características de la zona, la institución educativa y la población a intervenir evidenciamos favorable la aplicación del proyecto teniendo en cuenta que por la lejanía y el difícil desplazamiento los padres no realizan adecuados tratamientos clínicos con el sistema de salud, al realizarse estas intervenciones dentro de la institución se garantiza y favorece la participación.

3.4. Organización, Funcionamiento, Actividades (Estrategia de Intervención):

Para este proyecto de intervención implementaremos la realización de talleres presenciales, asesorías individuales a padres, niños y entrevistas a docentes, esto enfocado inicialmente al reconocimiento y caracterización de los núcleos familiares y los miembros de cada uno de estos. Posterior a esto se dará paso a la segunda fase que será la realización de los talleres vivenciales y

la entrega de material físico y digital como complemento de las actividades, dicho material será entregado al finalizar cada encuentro.

3.5. Implementación

Tabla 1. Implementación

Implementación								
Objetivo actividad	Número de actividades	Actividades y estrategias	Tareas	Fuente de verificación	Recursos			Número de personas a impactar
					Físicos	Humanos	Logísticos	
Reconocimiento de las características específicas familiares y socioemocional.	2 (por cada estudiante familia)	Acercamientos individuales con las familias y los estudiantes.	Citación y encuentro con cada una de las familias.	Listado de asistencia.	Espacio adecuado para los acercamientos	Profesionales: (psicología, trabajo social, fonoaudiología)	Computador	46
			Citación y encuentro con cada estudiante de manera individual.	Listado de asistencia.	Espacio adecuado.	Profesionales: (psicología, trabajo social, fonoaudiología)	Material lúdico, hojas, colores, marcadores, plastilina, lápiz,	19
			Consolidación de la información recolectada	Lista de chequeo, informe general por familia	Espacio adecuado. Para la realización del análisis	Profesionales	Computador, hojas, lapicero.	

3.6. Intervención

Tabla 2. Intervención

Intervención								
Objetivo actividad	Número de actividades	Actividades y estrategias	Tareas	Fuente de verificación	Recursos			Número de personas a impactar
					Físicos	Humanos	Logísticos	
Dar cumplimiento a los objetivos planteados en el proyecto.	2 (por docente)	Acercamiento individual con cada docente (inicial y final)	Citación y encuentro con cada docente	Listado de asistencia	Espacio adecuado para los encuentros.	Profesionales: (psicología, trabajo social, fonoaudiología)	Computador, hojas, lapicero celular, impresora, infografías.	9
			Consolidación de la información recolectada	Lista de chequeo, informe general por docente.	Espacio adecuado. Para la realización del análisis	Profesionales: (psicología, trabajo social, fonoaudiología)	Computador, hojas, lapicero.	
	14		Planeación de cada taller.	Descripción escrita del taller.	Espacio adecuado para la planeación.	Profesionales: (psicología, trabajo social, fonoaudiología)	Computador, hojas, lapicero celular, impresora.	46
			Talleres reflexivo-vivenciales	Citación para cada uno de los participantes	Espacio adecuado para los talleres.	Profesionales: (psicología, trabajo social, fonoaudiología)	Teléfono, celular, impresora.	
			Ejecución de los talleres.	Listados de asistencia.	Espacio adecuado. Para la realización de los talleres	Profesionales.	Computador, video beam, micrófono, mesas, sillas, material didáctico, hojas, lapiceros, lápiz, colores, cartulinas, marcadores, infografías.	

3.7. Reconocimiento de Familias

Tabla 3. Reconocimiento de familias

Reconocimiento familias								
Objetivo actividad inicial	Número de actividad	Actividad y estrategia	Tareas	Fuente de verificación	Recursos			Número de personas a impactar
					Físicos	Humanos	Logísticos	
Taller de presentación y reconocimiento de la población.	1	Socialización del proyecto, actividad rompe hielo.	Planeación y ejecución de taller inicial, elaboración y de material físico y virtual.	Lista de chequeo.	Espacio adecuado para la elaboración del taller	Profesionales: (psicología, trabajo social, fonoaudiolog.	Computador, video beam, micrófono, sillas, conexión a internet.	46
			Elaboración y entrega de consentimiento informado	Firma de cada uno de los participantes.	Espacio adecuado		Consentimientos informados impresos, lapiceros.	37
			Convocar y enviar citación a cada uno de los asistentes.	Listado de asistencia.	Espacio adecuado para realizar las llamadas		Línea telefónica, celular, Citaciones en físico.	37

3.9. Presupuesto

Tabla 5. Presupuesto

PRESUPUESTO						
CONCEPTO		DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL
Recursos Humanos	Psicólogo	Profesional con experiencia en el trabajo con familias, sector educativo y TDAH.	1	MES	\$2.000.000	\$ 20.000.000
	Fonoaudiólogo	Profesional con experiencia en el trabajo con familias, sector educativo y TDAH.	1	MES	\$2.000.000	\$ 20.000.000
	Trabajador Social	Profesional con experiencia en el trabajo con familias, sector educativo y TDAH.	1	DIA	\$67.000	\$ 469.000
	Costo total de Recursos Humanos					\$ 40.469.000
Recursos Físicos	Resma de papel	Se utilizará para la impresión de material, se les entregará a los participantes en las diferentes actividades para el trabajo en ellas.	10	Tamaño carta por 500 hojas cada resma	\$11.999	\$ 119.900
	Tinta para impresora (negro – color)	Impresión de material para cada taller, consentimientos informados, encuestas, listas de chequeo	8	Tinta para impresora Epson	\$17.000	\$ 136.000
	Caja de lápices	Se entregará una unidad a cada participante	4	Lápices marca Crayón por 100 unidades	\$22.000	\$ 88.000
	Caja lapiceros	Se entregará una unidad a cada participante	4	Bolígrafo Pelikan Bic clásico por 12 unidades	\$5.800	\$ 23.200
	Caja borradores Nata	Se entregará una unidad a cada participante	1	Borrador Nata Pz- Pelikan por 60 unidades	\$12.900	\$ 12.900
	Caja vinilos	Material para realización de taller	5	Vinilo acrílico Payasito Kit de 10 colores. 125 Gr.	\$21.000	\$105.000
	Rollo papel Periódico	Material para realización de taller	1	Rollo papel periódico 70 cm por 100 metros	\$42.000	\$ 42.000
	Medios Tecnológicos	Aplicaciones para infografías- videoclips, internet.	10 (meses)	Suscripción a aplicaciones.	\$230.000	\$2.000.000
				Red Wifi, Red Datos telefónicos.		
	Caja Marcadores	Material para realización de taller	6	Marcadores de Colores por 12	\$17.000	\$ 102.000
	Caja sacapuntas	Material para realización de taller	1	Caja sacapuntas por 48	\$14.900	\$ 14.900
	Caja colores	Material para realización de taller	50	Caja de colores Prismacolor por 12	\$15.200	\$760.000
	Costo total Recursos Físicos					\$ 3.403.900
TOTAL GENERAL					\$ 43.872.900	

4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

En el proyecto **Aprendiendo juntos del TDAH** se tiene como propósito implementar una forma de evaluación que determine el impacto y el cumplimiento de los objetivos planteados para cada una de las actividades que se realizarán. Con los avances, experiencias y aprendizajes de los participantes, permitirá verificar la implementación de las estrategias brindadas y los efectos que esto traerá en cada uno de los contextos de los niños y niñas. Teniendo en cuenta esto buscamos medir las respuestas frente a los talleres realizados y las diferentes atenciones.

En el siguiente cuadro se relacionará los objetivos específicos del proyecto, el tipo de evaluación para cada uno de estos, su metodología, objetivos y la recolección de dichos datos.

Tabla 6. Seguimiento y evaluación

Seguimiento y evaluación					
Objetivos	Actividades	Preguntas Orientadoras	Metodología Evaluación	Recolección datos	Población Evaluada
Identificar la participación de la población objeto (Docentes, padres de familia y/o cuidadores, estudiantes)	Verificar la participación de la población convocada para los encuentros	Formato asistencia	Cualitativa	Formato de inscripción, listas de chequeo	Participantes
Monitorear participación y los avances obtenidos de cada actividad.	Aplicación de Encuestas a la población intervenida.	¿Cómo se siente frente al desarrollo de cada actividad? ¿Qué cambios evidencia en su proceso, positivos y/o negativos? ¿Qué cambios o recomendaciones aportaría al proyecto?	Cualitativa	Formato de encuesta.	Participantes.
Aplicación de encuesta donde se identifique la percepción de cada participante frente al proceso.	Aplicación de encuesta de satisfacción.	¿Cómo se siente frente a las actividades realizadas? ¿Se siente satisfecho con las temáticas abordadas? ¿Se está cumpliendo con el cronograma planeado? ¿Cómo ha sido su nivel de participación? ¿Ha evidenciado alguna dificultad?	Cuantitativa Cualitativa	Encuestas de satisfacción.	Participantes

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tabla 7. Consideraciones éticas

1. TÍTULO DEL PROYECTO				
Desarrollo de estrategias pedagógicas para padres y cuidadores de niños y niñas que presentan trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los grados tercero a quinto de la I.E Las Palmas de Envigado				
ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS				
2. Objetivo General				
Desarrollar estrategias pedagógicas que orienten a los padres y/o cuidadores en el acompañamiento a los niños que presentan diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la Institución Educativa Las Palmas del municipio de Envigado de los grados tercero a quinto de primaria.				
3. Objetivos específicos				
Identificar las necesidades específicas de los estudiantes de la Institución Educativa Las Palmas de Envigado de los grados tercero a quinto de primaria, que presentan diagnóstico de TDAH.				
Reconocer las limitaciones de los padres para el adecuado acompañamiento de los niños y niñas de 3o a 5o con TDAH.				
Revisar la fundamentación teórica del manejo de TDAH con el fin de determinar las estrategias que respondan a las necesidades de la comunidad educativa de la Institución				
4. Marque con una X cuáles de los siguientes grupos poblacionales incluirá en su estudio (puede marcar varias opciones o ninguna de ellas si su estudio no está dirigido de manera particular a alguno de estos grupos)				
Afroamericanos		Indígenas		
Analfabetas		Menores de 18 años		x
Desplazados		Mujeres durante trabajo de parto, puerperio o lactancia		
Discapacitados		Mujeres embarazadas		
Empleados y miembros de las fuerzas armadas		Mujeres en edad fértil		
Estudiantes	x	Pacientes reclusos en clínicas psiquiátricas		
Recién nacidos		Trabajadoras sexuales		
Personas en situación de calle		Trabajadores de laboratorios y hospitales		
Personas internas en reclusorios o centros de readaptación social		Otro personal subordinado		x
5. Indique el tipo de estudio que se empleará para el desarrollo de la investigación	Cualitativo			
6. La fuente de información de los datos del estudio será (Puede marcar varias opciones)	Primarias (Datos recopilada directamente de los participantes)	x	Secundarias (Datos recopilados a partir de registros existentes)	x
7. ¿En este estudio se realizarán intervenciones que modifiquen variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio?	Si	x	No	
8. ¿En este estudio se indagará a los participantes sobre aspectos sensibles de la conducta (Situaciones, eventos, recuerdos o palabras que activen emociones que lleven a alterar el estado de ánimo o la conducta)?	Si	x	No	

9. Describa los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio	Intervenciones grupales Asesorías e intervenciones individuales			
10. ¿En este estudio se aleatorizarán sujetos?	Si		No	x
11. Describa los grupos (En los casos que aplique)				
12. Indique los criterios de inclusión				
13. Indique los criterios de exclusión				
CONSIDERACIONES ÉTICAS				
14. Indique la clasificación del estudio de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 (Marque con una X sólo una opción)				
Sin riesgo ¹		Riesgo mínimo ²	x	Riesgo mayor que el mínimo ³
15. ¿Los sujetos de investigación podrán participar de otro estudio mientras estén participando en éste?	Si	x	No	
16. ¿Los sujetos de investigación recibirán algún tipo de incentivo o pago por su participación en el estudio?	Si		No	x
17. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 31, indique cuáles:				
18. ¿Los sujetos de investigación deberán asumir algún costo por su participación que sea diferente del costo del tratamiento que recibe como parte del manejo establecido por su condición médica?	Si		No	x
19. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 18, indique cuáles:				
20. Describa los riesgos potenciales para los participantes	Exponer las experiencias individuales frente a los otros Uso inadecuado de los datos.			
21. Indique las precauciones que se tomarán para evitar potenciales riesgos a los sujetos del estudio	Explicarles la importancia de la privacidad a los participantes. En el trabajo escribo no utilizar nombres de los participantes. Realización del consentimiento informado.			
22. Describa cómo será el proceso de disposición final de material biológico, reactivos, materiales				

¹ Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

² Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de la resolución.

³ Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

contaminantes o sustancias químicas (En los casos que aplique)				
23. Describa el plan de monitoreo y seguridad que se desarrollará para garantizar la confidencialidad tanto de los participantes como de la información que éstos suministren	Dentro del consentimiento informado, establecer una cláusula que especifique la no divulgación de la información de las experiencias de los participantes.			
24. Describa los beneficios para los participantes de la investigación	Acceso a estrategias Mejoramiento del vínculo afectivo Poder participar en espacios que favorecen sus habilidades socio afectivas y la de sus hijos. Poder mejorar el acompañamiento académico a sus hijos.			
25. Describa los beneficios que se obtendrán con la ejecución de la investigación				
26. ¿En el proyecto existen conflictos de interés?	Si		No	x
27. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 26 indique cuáles:				
28. En caso de existir conflicto de interés, indique cómo se garantizará que éste no afecte el desarrollo de la investigación				
CONSENTIMIENTO INFORMADO				
29. ¿En el proyecto se tiene contemplada la aplicación de consentimiento informado?	Si ⁴	x	No	
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 29, responda las preguntas N° 30 a 32 , en caso contrario, pase a la pregunta N° 33				
30. ¿Quién obtendrá el consentimiento informado?	Los padres o/o cuidadores			
31. ¿Cómo será obtenido el consentimiento informado?	Verbal		Por escrito	x
32. ¿Cómo se garantizará que los participantes de la investigación han comprendido el alcance y las condiciones de su participación?	Explicación cada que se vaya a tener un acercamiento o intervención grupal o individual.		Al inicio del proceso hacer entrega por escrito de la explicaciones del proyecto, de sus beneficios, de su participación y sus responsabilidades.	
ELEMENTOS A UTILIZAR EN EL ESTUDIO				
, RADIOISÓTOPOS				
33. ¿En este proyecto se utilizarán radioisótopos?	Si		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 33 responda las preguntas N° 34 a 36, en caso contrario, pase a la pregunta N° 37				

34. Describa el radioisótopo:				
35. Indique la dosis y vía de administración:				
36. ¿El uso de radioisótopos y/o máquinas que producen radiación se realizará solo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si		No	
MÁQUINAS QUE PRODUCEN RADIACIÓN				
37. ¿En este proyecto se utilizarán máquinas que producen radiación?	Si		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 37, responda las preguntas N° 38 a 39 , en caso contrario, pase a la pregunta N° 40				
38. Describa el procedimiento y el número de veces que se realizará en cada sujeto				
39. ¿El uso de las máquinas se realizará solo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si		No	
MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE ADICTIVOS				
40. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos potencialmente adictivos?	Si		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 40, responda las preguntas N° 41 a 43, en caso contrario, pase a la pregunta N° 44				
41. Nombre del producto:				
42. Usos aprobados:				
43. ¿Estos medicamentos se utilizarán sólo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si		No	
MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS EXPERIMENTALES				
44. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos y/o dispositivos experimentales?	Si		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 44, responda las preguntas N° 45 a 46, en caso contrario, pase a la pregunta N° 47				
45. Nombre del producto:				
46. Descripción del producto:				
MEDICAMENTOS, REACTIVOS U OTROS COMPUESTOS QUÍMICOS COMERCIALMENTE DISPONIBLES				
47. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos reactivos u otros compuestos químicos comercialmente disponibles (Con registro INVIMA)?	Si ⁵		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 47, responda las preguntas N° 48 a 53, en caso contrario, pase a la pregunta N° 54				
48. Nombre del producto:				
49. Casa Farmacéutica:				
50. Usos aprobados:				
51. ¿Estos medicamentos se utilizarán sólo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si		No	
52. ¿Para este medicamento se han reportado reacciones adversas o toxicidad?	Si		No	

⁵ Se debe anexar registro INVIMA

53. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 52, indique las reacciones adversas reportadas					
EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS					
54. ¿En este proyecto se utilizarán Equipos y/o dispositivos (Con registro INVIMA)?		Si ⁶		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 54, responda las preguntas N° 55 a 59, en caso contrario, pase a la pregunta N° 60					
55. Nombre del equipo:					
56. Indicación:					
57. Beneficios:					
58. ¿Para este equipo se han reportado riesgos potenciales?		Si		No	
59. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 58, indique los riesgos potenciales reportados					
SANGRE O FLUIDOS CORPORALES					
60. En este proyecto se utilizará sangre o fluidos corporales		Si		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 60, responda las preguntas N° 61 a 63, en caso contrario, pase a la pregunta N° 64					
61. ¿Cuál es el origen de estas muestras?		Se tomaron en un estudio anterior		Se tomarán en este estudio	
62. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones		Si		No	
63. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?		Si		No	
EMBRIONES HUMANOS O CÉLULAS EMBRIONARIAS					
64. En este proyecto se utilizarán embriones humanos o células embrionarias		Si		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 64, responda las preguntas N° 65 a 67, en caso contrario, pase a la pregunta N° 68					
65. ¿Cuál es el origen de estas muestras?		Se tomaron en un estudio anterior		Se tomarán en este estudio	
66. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones		Si		No	
67. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?		Si		No	
ÓRGANOS O TEJIDOS DE CADÁVERES HUMANOS					
68. ¿En este proyecto se utilizarán órganos o tejidos de cadáveres humanos?		Si		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 68, responda las preguntas N° 69 a 71, en caso contrario, pase a la pregunta N° 72					

6 Se debe anexar registro INVIMA

69. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior		Se tomarán en este estudio	
70. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones	Si		No	
71. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?	Si		No	
MICROORGANISMOS PATÓGENOS O MATERIAL BIOLÓGICO				
72. En este proyecto se utilizarán microorganismos patógenos o material biológico	Si		No	x
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 72, responda las preguntas N° 73 a 75				
73. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior		Se tomarán en este estudio	
74. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones	Si		No	
75. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?	Si		No	

REFERENCIAS

- Albert, J., López-Martín, A., Fernández-Jaén, & Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47(1), 39-45. <https://bit.ly/3mDfCIP>
- Alcaldía de Envigado. (2017). *Informe del Departamento Administrativo de Planeación de Envigado*. <https://bit.ly/2Vu0x0f>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Mansson. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2001). *DSM IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Mansson.
- Barba-Téllez, M. N., Cuenca-Díaz, M., & Rosa-Gómez, A. (2007). Piaget y L. S. Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 43(Extra 1), 1-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2304264>
- Barkley, R. A. (2006). *Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment*, (3.^a ed.). The Guilford Press. ISBN 9781462517725
- Barrios, O., Matute, E., Ramírez-Dueñas, M. de L., Chamorro, Y., Trejoa, S., & Bolaños, L. (2016). Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. *Suma Psicológica*, 23(2), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.05.001>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología - vol.1* (C. Sánchez (ed.); 2.^a ed.). Mac Graw Hill. <https://bit.ly/2KXp4ZD>
- Cabrera, M. P., & Ochoa, M. karina. (2010). *Estudio del impacto de las conductas disruptivas en niños y niñas dentro del aula de clases* [Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2371>
- Acuerdo 153 de 2013. Por medio del cual se establecen pautas para el abordaje integral de los trastornos y condiciones prioritarias de los niños, niñas y adolescentes matriculados en las instituciones educativas distritales de Bogotá - Consejo de Bogotá, , 3 (2013). Desarrollo del niño y del adolescente.
- Cruz, J. (2020). *Tratamiento educativo del TDHA. un blog sobre la educación de alumnado con TDHA*. Wordpress.com. <https://educaciontdah.wordpress.com/>

- Fernandes, S. M., Blanco, A. P., & Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. En A. P. Blanco (Ed.), *TDAH y Trastornos Asociados* (pp. 19-21). Lex Localis Press. <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.2>.
- Grau, M. D. (2007). *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH*. Universidad de Valencia, Departamento de Psicología.
- López, C., Puerto, J. C., López, J. A., & Prieto, M. (2009). Pediátricos, percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores. *Anales de Psicología*, 25(1), 70-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2973636>
- López, E., Rodillo, K., & Kleinsteinuber, K. (2008). Neurobiología y diagnóstico del trastorno por déficit de atención. *Rev Med Clin Condes*, 19, Rev Med Clin Condes. <https://bit.ly/2KXgRVi>
- López, J. A., Serrano, I., Delgado, J., Cañas, M. T., Gil-Diez, C., & Sánchez-Azón, M. I. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 91, 63-80. ISSN 2340-2733
- Martinez-Badía, J. M.-R. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatr*, 5(4), 379-386. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.379>
- Meece, J. (2001). Desarrollo del niño y del adolescente. *Compendio para educadores*, Septiembre, 101-127. <https://bit.ly/39M91bH>
- Meece, J. (2000). Dimensión 1: Desarrollo del Niño y del Adolescente. *Guía 2015 Docentes en Servicio*, V.P.S., 15. <https://bit.ly/3g759TC>
- Navarro, M., & García-Villamizar, D. (2010). El concepto de la hiperactividad infantil: Previo análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3399009>
- Ovalles-Rincón, A. (2017). *Estilos educativos familiares y conductas disruptivas en el adolescente. Aplicaciones educativas* [Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación]. <https://eprints.ucm.es/44251/1/T39105.pdf>
- Rodrigues, J., Pires, Z. A., Arthur, E., Aparecida, L., & Santos, M. (2015). Adolescentes con trastorno de déficit de atención con hiperactividad y exposición a la violencia: opinión de los padres. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(6), 1090-1096. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0249.2653>
- Rodríguez, P. J., & Criado, I. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo. *Pediatría integral*, 18(9), 624-633. <https://bit.ly/3odPFjA>

- Santos, P. J. de los, & Domínguez, M. D. J. (2006). Propuestas de intervención ante las conductas disruptivas en la educación secundaria obligatoria. *Rev. Espanola de Orientac. y Psicopedag.*, 27(3), 8-25. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.27.num.3.2016.18797>
- Vargas, A. M., & Parales, C. J. (2017). La Construcción Social de la Hiperactividad. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 245-262. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n2.59891>
- Vargas, A. M. (2013). *La construcción social de la hiperactividad en la escuela* [Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología]. <https://core.ac.uk/download/pdf/77273547.pdf>
- Vera, A., Ruanano, M., & Ramírez, L. (2007). Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Colombia Médica. *Colombia Médica*, 38(4), 433-439. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4/v38n4a14.pdf>
- Vidal Perera, A. (1908). *Compendio de psicología infantil* (3.^a ed.). Selene. <https://bit.ly/2JI1eAE>