

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

GRUPO DE INVESTIGACION

CUERPO MOVIMIENTO

MACROPROYECTO DE INVESTIGACION

**“VALIDEZ DE CONSTRUCTO, CONFIABILIDAD INTRAEVALUADOR, CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ
CONCURRENTE DE LOS INSTRUMENTOS CLARP-TDAH PADRES Y CLARP-TDAH PROFESORES”**

SUBPROYECTO

**“CONFIABILIDAD INTRAEVALUADOR DE LOS INSTRUMENTOS
CLARP-TDAH PADRES Y CLARP-TDAH PROFESORES 2012”**

TESIS DE MAESTRIA

INFORME FINAL

INVESTIGADORES

MARIA MERCEDES NARANJO ARISTIZABAL

LUISA MATILDE SALAMANCA DUQUE

COINVESTIGADORES - TESISTAS

Gladys Helena Gutiérrez Rios

Jaime Bayona Prieto

ESTUDIANTES DE MAESTRIA NEURORREHABILITACIÓN

MANIZALES, SEPTIEMBRE DE 2012

Título: “Confiabilidad intraevaluador de los instrumentos CLARP-TDAH padres y CLARP-TDAH profesores 2012”		
Investigadores Principales: Luisa Matilde Salamanca Duque cc. 30.330.174 María Mercedes Naranjo Aristizabal cc. 30.302.133		
Coinvestigadores: Helena Gutiérrez cc. 91.276.811 Jaime Bayona cc. 52.796.728		
Nombre del programa Académico: Maestría en Neurorehabilitación		
Correo electrónico responsables: luisasalamanca@autonoma.edu.co		Teléfono: 3136550521
mmnaranjo@autonoma.edu.co		Teléfono: 3137371257
Dirección de correspondencia: Universidad Autónoma de Manizales. Departamento de Movimiento Humano		
Nombre de los Grupos de Investigación:		Total de Investigadores: 4
1 Cuerpo – Movimiento	Código GrupLAC: Col0017039 Reconocido: Si X	Nombre de la Línea: Funcionamiento y discapacidad en el perspectiva de la salud
Describa la pertinencia del proyecto con las líneas de los grupos: La investigación es pertinente en la línea mencionada en términos del aporte de los instrumento CLARP- padres y profesores en la evaluación de niños(a) con déficit de atención e hiperactividad desde la perspectiva del funcionamiento humano.		
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: Bucaramanga, Popayán, Cali, Cartagena, Bogotá Departamentos: Santander, Cauca, Valle, Bolívar, Cundinamarca, respectivamente		
Duración del Proyecto (en meses): 12 meses		
Tipo de Proyecto: Investigación Básica: Investigación Aplicada: X Desarrollo Tecnológico o Experimental:		
Descriptor / Palabras claves: Déficit de atención, hiperactividad, evaluación, actividad, participación.		

TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	9
2. RESUMEN	11
3. AREA PROBLEMÁTICA Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
PREGUNTAS DE INVESTIGACION	18
4. JUSTIFICACIÓN	19
5. OBJETIVOS	22
5.1 Objetivo general	22
5.2 Objetivos Específicos	22
6. REFERENTE TEÓRICO Y ANTECEDENTES	23
6.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	23
6.1.1.Epidemiología	23
6.1.2 Etiología	24
6.1.3 Manifestaciones Clínicas.....	25
6.1.4 Otros problemas clínicos y del desarrollo.....	27
6.1.5 Diagnóstico	27
6.1.6 Diagnostico Diferencial.....	34
6.1.7 Tratamiento del TDAH	34
6.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD	34
6.2.1 Familia de clasificaciones de la OMS	34
6.2.2 Estructura y componentes de la CIF	37
6.3 EL TDAH EN EL CONTEXTO DE LA CIF	40
6.4. MEDICIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	45
6.4.1 Medición.....	45
6.4.2 Requisitos de un instrumento de medición	46
6.4.3 Criterios de confiabilidad en los instrumentos.....	48
6.4.4 Validez	48
6.5. TECNICAS PARA RECOLECCION DE INFORMACION	51
6.5.1 Entrevista y cuestionario	51
6.6. CUESTIONARIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN EN NIÑOS CON TDAH – VERSION PADRES Y VERSION PROFESORES (CLARP-TDAH PADRES Y PROFESORES)	52
7. VARIABLES CON SU RESPECTIVA OPERACIONALIZACION	55

7.1 Variables sociodemográficas:	55
7.2. Variables de actividad y participación	56
8. ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	60
8.1 Tipo de estudio	60
8.2 Población	60
8.3 Muestra y muestreo.....	60
8.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	60
8.5 Procedimiento de recolección de la información.....	61
8.6 Diseño metodológico	61
8.7. Análisis de información	62
9. RESULTADOS.....	63
9.1. Análisis descriptivo	63
9.2. Análisis correlacional	644
9.2.1 Confiabilidad intraevaluador cuestionarios CLARP TDAH padres y CLARP TDAH profesores	644
10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	733
11. CONCLUSIONES	79
12. RECOMENDACIONES	812
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	823
14. ANEXOS.....	877

LISTA DE TABLAS

TABLA No 1	Criterios diagnósticos del TDAH según la CIE 10.....	29
TABLA No 2	Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM IV.....	30
TABLA No 3	Características asociadas a cada síntoma del TDAH.....	31
TABLA No 4	Componente de la parte 1 de la CIF.....	38
TABLA No 5	Capítulos de actividad y participación de la CIF.....	39
TABLA No 6	Componentes de la parte 2 de la CIF.....	40
TABLA No 7	Operacionalización de variables sociodemográficas.....	56
TABLA No 8	Operacionalización de variables de actividad y participación.....	59
TABLA No 9	Distribución por edad.....	63
TABLA No 10	Distribución por tratamientos.....	63
TABLA No 11	Distribución por tipo de apoyo terapéutico.....	64
TABLA No 12	Indice de Kappa – Test-retest CLARP – TDAH Padres.....	65
TABLA No 13	Coincidencias test-retest entre las variables del instrumento CLARP-TDAH Padres.....	67
TABLA No 14	Indice de kappa test y retest CLARP TDAH profesores.....	69
TABLA No 15	Coincidencias test-retest entre las variables del instrumento CLARP-TDAH Profesores.....	72

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICA No 1	Interacciones entre los componentes de la CIF.....	37
GRAFICA No 2	Procedimiento de recolección de la información.....	61
GRAFICA No 3	Diseño del estudio.....	61
GRAFICA No 4	Tendencia ascendente de los valores kappa CLARP-TDAH Padres.....	66
GRAFICA No 5	Tendencia ascendente de los valores kappa CLARP-TDAH Profesores	70

LISTA DE ANEXOS

ANEXO No 1	CUESTIONARIO CLARP – TDAH PADRES.....	88
ANEXO No 2	CUESTIONARIO CLARP – TDAH PROFESORES.....	92
ANEXO No 3	INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CUESTIONARIOS CLARP – TDAH PADRES Y PROFESORES.....	97
ANEXO No 4	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	103
ANEXO No 5	COSTO TOTAL DEL PROYECTO.....	105

TITULO

**“CONFIABILIDAD INTRAEVALUADOR DE LOS INSTRUMENTOS
CLARP TDAH PADRES Y CLARP-TDAH PROFESORES, 2012”**

1. PRESENTACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad, generalmente se inicia antes de los 7 años, y se considera como una condición de salud, con predominancia en la edad escolar y con importantes repercusiones en el desarrollo infantil.

Actualmente, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud – OMS, 2001, describe el funcionamiento humano como un término genérico que incluye funciones y estructuras corporales, actividades y participación social, indicando los aspectos positivos de la interacción de un individuo en una condición de salud específica con los factores contextuales ambientales y personales que lo determinan. Igualmente aborda el término discapacidad, como aquel que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, describiendo los aspectos negativos de dicha interacción. Entendiendo esta bipolaridad funcionamiento-discapacidad desde la CIF, la clasificación pretende reflejar la situación real del funcionamiento humano, en la que definitivamente son sustanciales las consecuencias de la condición de salud misma y el entorno físico y social.

El TDAH, como entidad clínica y comportamental, puede considerarse susceptible de ser abordada desde este enfoque, puesto que es reconocido que la alteración neurobiológica de base está igualmente determinada e influenciada por otros múltiples factores externos y ambientales que pueden no solo conllevar a una serie de síntomas clínicos sino a implicaciones importantes desde el desempeño en las actividades diarias funcionales y sociales, y exacerbar o atenuar estas manifestaciones clínicas y comorbilidades en los diferentes contextos.

Según Ortiz en 2006, la evaluación, y en ocasiones el diagnóstico del TDAH, dependen básicamente de la información que se obtiene de escalas conductuales y listas de chequeo con base en los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, circunscribiendo dicho diagnóstico en criterios clínicos específicos que no trascienden al nivel propuesto por la CIF, por ello, en el año 2009, se diseñaron y validaron dos instrumentos para la evaluación de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en niños y niñas

con TDAH, pretendiendo abordar la valoración desde una visión integral de funcionamiento humano que trascienda al nivel de desempeño del niño y la niña en sus contextos familiar y escolar.

El instrumento evaluativo fue diseñado para niños y niñas de 6 a 12 años diagnosticados con TDAH, y fue sometido a pruebas de validez de contenido y apariencia por juicio de expertos, y de consistencia interna a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo valores positivos, sin embargo son necesarios otros estudios que fortalezcan sus propiedades psicométricas para su uso y aplicación clínica, motivo por el cual se desarrolló este nuevo proyecto de investigación, con el objetivo de obtener la validez de constructo y la confiabilidad intraevaluador teniendo en cuenta diversas regiones de Colombia, tales como Bucaramanga, Popayán, Cali, Cartagena y Bogotá.

2. RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH, es uno de los problemas de salud pública más común en la infancia y una de las causas más importantes de fracaso escolar y trastornos de conducta; posee una base neurobiológica que ocasiona alteración en los mecanismos cognitivos como la atención, las funciones ejecutivas y deterioro en la inhibición motriz; razón por la cual debe ser evaluado desde diferentes perspectivas biológicas, funcionales, psicoemocionales, entre otras, que permitan un abordaje integral al niño con este trastorno. Basándose en la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad CIF, Salamanca LM en el 2009, generó un cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH a nivel escolar, CLARP TDAH. El presente trabajo tiene como objetivo determinar la propiedad psicométrica de confiabilidad intraevaluador de los cuestionarios CLARP TDAH padres y profesores en 5 ciudades de Colombia; para lo cual se aplicaron estos cuestionarios a los padres y profesores de 203 niños entre los 6 y los 12 años en Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena y Popayán; los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente con el índice Kappa para determinar el grado de confiabilidad de los instrumentos; se encontró en los 20 ítems evaluados del CLARP TDAH PADRES un nivel de concordancia muy bueno con unos valores de k con rangos entre 0,639 y 0,857; con respecto al CLARP TDAH PROFESORES, se encontró una concordancia muy buena con valores de k entre rangos de 0,721 y 0,879, (Z del 95% y $p=0,000$). Con esto se concluye que el CLARP TDAH es un cuestionario con un buen nivel de confiabilidad intraevaluador que permite la evaluación confiable de las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los niños con TDAH.

PALABRAS CLAVE

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH, Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF, Confiabilidad.

SUMMARY

The attention deficit hyperactivity disorder ADHD, is one of the most common problems in public health in children, and it's also one of the most important causes of school failure and behavioral disorders. ADHD has a neurobiological basis that results in cognitive mechanism disorders like

attention, executive functions and motor inhibition impairment, which is why they must be evaluated from different biological, functional and psycho emotional standpoints, allowing an integral approach to the child with this disorder. According to the international classification of functioning, disability and health ICF, Salamanca LM generated a questionnaire to evaluate activity limitations and participation restrictions in children with ADHD in scholar level, CLARP TDAH by his Spanish acronym, the aim of this paper is to determine fathers' and teachers' CLARP's TDAH'S psychometric property of reliability, in five Colombian cities; in order to that questionnaires were applied to parent and teachers of 203 children's between six and twelve years old in Bogota, Bucaramanga, Cali, Cartagena And Popayan; the data obtained were statistically analyzed with Kappa index, to determinate the instrument's reliability; we found a very good level of concordance in the 20 assessed items for the CLARP TDAH parents, with kappa value ranges between 0,639 and 0.857. With respect to teachers' CLARP TDAH a very good level of concordance, with kappa value ranges between 0,721 and 0,879 (z 95% and p=0,000) was found. Thus we conclude that the CLARP TDAH questionnaire has a good level of reliability which allows reliable evaluation in activity limitations and participation restrictions in children with ADHD.

KEY WORDS

Attention Deficit / Hiperactivity Disorder ADHD, International Classification of functioning, Disability and Health ICF, reliability.

3. AREA PROBLEMÁTICA Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Arriagada y Otero (1) definen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como un síndrome neurocomportamental frecuente, caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención, las cuales afectan el desarrollo integral del niño. Es el problema de comportamiento, de índole crónico más común en la infancia, especialmente en el período escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida (2).

Dentro de las problemáticas que experimentan los sujetos con el trastorno, se pueden describir, en primer lugar los relacionados con la actividad motora elevada en diferentes ámbitos, es decir experimentan dificultades para permanecer sentados cuando lo requieren las situaciones estructuradas tales como la clase en el colegio, son sujetos más activos que sus compañeros en situaciones no estructuradas como el patio de recreo. Parecen estar siempre muy ocupados, inquietos, con prisa, corriendo y saltando. Se mueven en la silla, hacen ruidos y molestan a otros niños. Inician numerosas actividades pero no finalizan ninguna. Incluso cuando están “quietos” su actividad es excesiva y, además, nunca parecen estar cansados. Curiosamente, estos niveles elevados de actividad de los niños con TDAH incluso se mantienen durante el sueño.

En segundo lugar, los niños con TDAH tienen dificultades a la hora de prestar atención, no se concentran y son incapaces de modular su atención en respuesta a las demandas del medio externo. En la escuela tienen problemas para procesar las tareas, no pudiendo completar el trabajo dirigido a un objetivo sin que otra persona les reenfoque su atención continuamente. Llamen frecuentemente al profesor y contestan a sus preguntas sin haberlas entendido. Sus tareas escolares presentan dificultades, con frecuentes errores y su escritura es descuidada (3).

Y en tercer lugar, la impulsividad que significa que el niño actúa de forma inmediata, sin medir las consecuencias de sus actos, pareciendo no percibir el peligro o la relación causa-efecto. Muchos niños con TDAH tienen grandes dificultades para diferir cualquier tipo de respuesta hasta el momento apropiado, para interrumpir el curso inapropiado de una acción una vez iniciado o para ajustar respuestas incorrectas o no adaptadas.

En un principio se creía que el TDAH era un fenómeno transitorio, pues algunos síntomas como la hiperactividad disminuían al alcanzar la adolescencia. Sin embargo, en algunos estudios, como en los de Biederman, Faraone y Milberger (4) y de Biederman, Faraone y Mick (5), ahora se conoce que síntomas como la inatención y la impulsividad son más persistentes de forma, que la mitad de los niños afectados siguen presentando sintomatología en la adolescencia y que incluso entre el 15 y el 65% de los casos persistirá algún síntoma en la etapa adulta, donde se presenta un rendimiento académico y profesional más bajo y un mayor riesgo de consumo de sustancias, conducta antisocial y otros trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión (6).

En general, en algunos estudios como el de Montiel-Nava, Peña y Montiel-Barbero (7), se ha encontrado que el pronóstico es peor cuando el niño y la niña vive en condiciones psicosociales adversas, en estos casos los síntomas son más graves y persistentes o existe comorbilidad.

De acuerdo a lo anterior, es de reconocer que el niño y la niña con TDAH se encuentra en una situación de desventaja, no solo por la consecuencia de los déficits existentes ya descritos, sino por un conjunto de condiciones, limitaciones en las actividades y restricciones en su participación social, situaciones que se ven magnificadas cuando existen condiciones ambientales que las potencian. En general, en algunos estudios como el de Montiel-Nava, Peña y Montiel-Barbero (7), se ha encontrado que el pronóstico es peor cuando el niño y la niña vive en condiciones psicosociales adversas, en estos casos los síntomas son más graves y persistentes o existe comorbilidad. En este sentido, la problemática generada por el TDAH, si bien tiene un sustrato biológico, lo relevante es el papel que en la expresión de dicho sustrato juegan las características del entorno, y es precisamente, en la interacción de dichos déficits con el entorno, en la que se dan las dificultades de adaptación y de desarrollo del niño y la niña.

Por lo tanto, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación, evidentes en los diferentes escenarios de la vida cotidiana de los niños que padecen el trastorno, generan alteraciones de las condiciones de salud, que los sitúa en una condición de discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente reconoce el término “discapacidad” como aquel en que se refiere a las personas que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción, este no se constituye en nombre de un componente sino como un término genérico global. La discapacidad es

un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social, por lo tanto, la interacción de las características de la salud y de los factores contextuales es la que produce la discapacidad. En este sentido, se podría asumir que el niño y la niña con TDAH se encuentra en situación de discapacidad, puesto que existen múltiples deficiencias, limitaciones en la actividad funcional y restricciones en la participación social que le impiden un adecuado funcionamiento.

El TDAH se constituye entonces en una condición de salud, que debe ser valorada desde diversas perspectivas, biológicas, funcionales, psicoemocionales, entre otras, ya que el compromiso en el desarrollo infantil puede generalizarse, estas características pueden evidenciarse en los estudios de García-Pérez, Expósito-Torrejón, Martínez-Granero, Quintanar-Rioja, Bonet-Serra (8).

Sumado lo anterior, y considerando un análisis epidemiológico, no hay duda de que el TDAH es un trastorno que tiene una amplia distribución en todo el mundo, en los países desarrollados la prevalencia del trastorno es del 5 al 10% en niños en edad escolar (9). En una investigación realizada por Pineda, Henao, Puerta, Mejía, Gómez y Miranda (10) en la ciudad de Manizales, usando una lista de chequeo con los 18 ítems del DSM-IV para el diagnóstico, la cual fue aplicada a los padres de niños y adolescentes de 4 a 17 años, la prevalencia del TDAH fue calculada en un 16,1%.

Esta situación epidemiológica creciente del TDAH en la ciudad de Manizales, permite su consideración como un problema de salud pública frente al cual deben generarse acciones tanto de diagnóstico como de intervención, que permitan enfrentar las múltiples problemáticas derivadas del trastorno que afectan no solo al sujeto, sino que también genera altos costos para el sistema de salud y educación de una sociedad. De esta manera, instituciones públicas y privadas del área de la salud, la educación y las Universidades, han iniciado procesos de esta índole para el manejo de los niños y las niñas que padecen dicho trastorno.

En consecuencia, el TDAH, es un trastorno que por su alta complejidad implica procesos de intervención de un equipo interdisciplinar que desde una mirada integral ofrezcan alternativas terapéuticas no solo para el sujeto que la padece sino también para los miembros de la familia, así como orientaciones para el entorno escolar.

Dichos procesos de intervención deben partir de una adecuada evaluación y diagnóstico, lo cual implica contar con instrumentos válidos y confiables que den garantía de un adecuado proceso de valoración, que para el caso del TDAH, debe situarse no solo en los déficits sino también en las limitaciones funcionales que alteran el desempeño en vida cotidiana.

En este escenario, históricamente la CIE-10 (11) y el DSM-IV (12) han sido los patrones de referencia válidos para su diagnóstico, los cuales si bien son modelos importantes basados en la enfermedad y la mortalidad, no es suficiente para el abordaje del TDAH, por los argumentos presentados en líneas anteriores, lo que implica que el diagnóstico deba de complementarse bajo una visión integral que involucre las repercusiones de la enfermedad y de los estados de la salud en el funcionamiento humano. Visión que puede ser abordada con la Clasificación del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF (13) que posibilita un mejor análisis de las consecuencias en el funcionamiento de los niños y las niñas con TDAH (14).

Así, el TDAH desde la CIE asume los criterios de desatención, impulsividad e hiperactividad, y sería la primera edición, la CIF desde una perspectiva funcional, cubre un espectro más amplio que determina el funcionamiento y la discapacidad desde las funciones y estructuras corporales afectadas, las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación, y los factores contextuales ambientales y personales relacionados con el desorden. Los síntomas clásicos del TDAH se clasifican como funciones corporales, y las dificultades de conducta, de socialización y de desempeño familiar y escolar se consideran como problemas de actividad, desempeño y participación en la CIF. A este análisis se suma el factor contextual, si bien el impacto de la disfunción subyacente sobre las actividades diarias depende en gran medida de la severidad de la disfunción cerebral, también factores externos como la estructura y la organización de un aula de clase pueden perturbar aun más la sintomatología, por lo tanto, además de las actividades y la participación, el ambiente, debe evaluarse por separado, y la CIF proporciona un marco para analizar los componentes del desorden desde el contexto.

De esta perspectiva, el diagnóstico del TDAH, visto desde la CIF, se estaría realizando de manera subjetiva e indirecta principalmente bajo los componentes de funciones corporales y con un acercamiento hacia actividades y participación, puesto que si bien se han tomado elementos de desempeño del niño desde funcionalidad y funcionamiento, los criterios de valoración y diagnóstico

utilizados en la práctica clínica no se han realizado bajo los parámetros específicos universales validados por la CIF.

El marco amplio y multidimensional de la CIF permite comprender y evaluar la discapacidad y el funcionamiento en el TDAH, cubriendo más que los síntomas clásicos desde las funciones cerebrales, a las actividades diarias y participación en sociedad, involucrando la familia, la escuela y el ambiente cotidiano. Cunningham (15) y Loe y Feldman (16), analizaron los niños con TDAH en su familia y en las relaciones educativas y académicas, y reconocieron que eran pocos los estudios que abordaban esta problemática desde el comportamiento adaptativo y los efectos del tratamiento en los resultados funcionales, determinando que la medición del funcionamiento es más útil que analizar solamente los síntomas y que la reducción de los síntomas centrales no corresponde con la mejoría en el funcionamiento. Igualmente Hoza (17) reconoce que los criterios sintomáticos diagnósticos deberían ser incluidos hacia la alteración funcional y social.

El uso clínico y social de la CIF, como herramienta aceptada sobre bases internacionales, está iniciando en Colombia, dando pasos iniciales a posteriores y futuros alcances en la construcción de instrumentos y normas de codificación que permitan implementar la clasificación en distintos ámbitos. En esta visión a largo plazo es preciso tener presente que su uso dependerá en gran medida de su utilidad práctica. En este sentido, se precisa un esfuerzo para diseñar herramientas fiables que puedan medir el grado de interferencia en el funcionamiento adaptativo del sujeto en dos o más ambientes (18).

Bajo esta intencionalidad, en el año 2009, en el grupo de investigación “Cuerpo movimiento” de la Universidad Autónoma de Manizales, se diseñaron dos instrumentos que aportan a la caracterización del funcionamiento de los niños con TDAH, buscando con ello trascender la mirada centrada solamente en los déficits, hacia los tres componentes del funcionamiento humano. Dichos cuestionarios son el “Cuestionario para evaluación de Limitaciones en la actividad y Restricciones en la participación para niños con TDAH versión Padres y versión Profesores - CLARP-TDAH Padres y Profesores” (19, 20) con sus respectivos instructivos (**Anexo 1, 2 y 3**), los cuales fueron diseñados bajo los criterios de la CIF para caracterizar la condición de salud y de funcionamiento en niños y niñas de 6 a 12 años de edad con diagnóstico de TDAH a nivel escolar y familiar. Estos instrumentos fueron sometidos a pruebas de validez de contenido y de apariencia a través de juicio de expertos con

adecuados resultados, los cuales permitieron dar la versión definitiva para ser sometida a pruebas de confiabilidad por consistencia interna en la ciudad de Manizales y cuyos resultados confirman un instrumento válido y con una solidez estructural y confiabilidad suficiente para iniciar su uso y aplicación clínica.

Como parte del proceso de consolidación de la línea de investigación en evaluación y diagnóstico, el grupo de investigación, toma la decisión de darle continuidad al proceso de validación de los instrumentos diseñados, con poblaciones mayores y aplicando otras propiedades psicométricas que permitan fortalecer los mismos, con la perspectiva de iniciar su uso para realizar investigaciones a mayor escala de la población con TDAH, es decir que posibiliten a futuro caracterizar el funcionamiento de la población con TDAH en los diferentes territorios.

La aplicación de cuestionarios o escalas generan mediciones que muchas veces determinan importantes decisiones pronósticas y terapéuticas; sin embargo, en la mayoría de los casos se desconoce el origen y capacidad real del instrumento para evaluar la condición bajo estudio; así la medición de salud como fenómeno psicosocial requiere refinar la precisión de sus instrumentos, dado que el objetivo principal en este campo de la salud es recoger, en forma válida y confiable, la percepción subjetiva de los pacientes (21).

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- ✓ ¿Cuál es el nivel de confiabilidad intraevaluador de los cuestionarios CLARP-TDAH Padres y CLARP-TDAH Profesores?

4. JUSTIFICACIÓN

Considerando lo anterior, el propósito de la presente investigación es determinar la confiabilidad intraevaluador de los instrumentos CLARP-TDAH Padres y Profesores, fortaleciendo otra alternativa para el diagnóstico funcional que podrá ser usada en los procesos de intervención de la población con TDHA. Se trata entonces de consolidar un instrumento de medición que aparte de ser válido y confiable y pertinente a la cultura que le dio origen, sea amigable y comprensible para quienes lo responden, y demuestra cumplir con los estándares estadísticos adecuados al tipo de medición, y a los supuestos que fundamentan su construcción (21).

Lo anterior se justifica en tanto que, abordar el TDAH bajo el modelo de la CIF, permite aportar un nuevo sistema de clasificación y de codificación a los elementos esenciales que lo caracterizan, definiendo las repercusiones en la salud y en los estados de salud que se pueden generar. Con ello se reconoce que la CIF no clasificará el niño o la niña con TDAH, sino que caracterizará los rasgos esenciales y multidimensionales que definen determinados aspectos de su condición de salud aportando a una visión de funcionamiento humano en la infancia a través de la descripción de sus capacidades y las limitaciones que le afectan, tal como lo demostraron Kronk, Ogonowsky, Rice, Feldman en su estudio en el 2005 (22).

Como en cualquier desorden clínico, el diagnóstico sólo no es un suficiente predictor de las necesidades, uso, costos y resultados de atención a la salud, por lo tanto, agregar la condición de discapacidad como predictor, se constituye en un parámetro que mejora este aspecto, logrando un mayor monitoreo tanto en los procesos evaluativos como en los resultados y respuestas a los tratamientos en personas con TDAH a largo plazo, incluso hasta la adultez. De hecho existen varios instrumentos de evaluación que abordan el trastorno desde el fenómeno discapacitante, pero hacerlo desde la CIF proporciona una matriz más puntual y universal para evaluar las diferentes áreas de funcionamiento diario de las personas que lo padecen. En este sentido, se logrará aportar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social.

La posibilidad de realizar valoraciones a los niños con TDAH bajo el modelo de la CIF, permite instaurar una mirada más positiva y universal a dicha problemática, menos excluyente, y generadora en sí misma de cambios en las actitudes y en los modos de entender la condición de salud que se genera por dicho trastorno. El modelo CIF y su conceptualización debe ser difundido hacia todas las disciplinas implicadas en los procesos de rehabilitación, es así como el proyecto de investigación permitirá realizar la difusión necesaria para el uso de dicha clasificación en diferentes situaciones y condiciones de salud, para este caso, en el TDAH. Igualmente, si bien la CIF no es directamente una herramienta política, su difusión puede contribuir a generar actuaciones políticas en este campo, proporcionando nuevas conceptualizaciones y aportando información y material de reflexión que ayude a establecer medidas de salud justas y adecuadas a la población de niños y niñas con dicho trastorno.

El equipo interdisciplinario que aborda al niño y la niña con TDAH (desde psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social, medicina, educación, entre otros), se verá favorecido con el uso de la CIF, otorgando oportunidades para fortalecer su trabajo en equipo tanto en procesos diagnósticos como de intervención y de rehabilitación. Al mismo tiempo, será base para la ejecución y fortalecimiento a futuro de proyectos investigativos en relación al TDAH y a la CIF.

De igual manera, la investigación se constituye en un aporte para los procesos de intervención en Neurorehabilitación de personas con alteraciones funcionales poco estudiadas en esta área, como es el caso del TDHA, fortaleciendo la evaluación no solo desde los síntomas y signos, sino también desde las consecuencias en el funcionamiento humano, que orienten las acciones terapéuticas dirigidas principalmente a mejorar la actividad y la participación de los sujetos que padecen el trastorno. Lo anterior fortalece la línea de funcionamiento y discapacidad del grupo de investigación “cuerpo – movimiento” como un aporte a la maestría en neurorehabilitación, no solo desde la investigación sino también desde las pasantías y asignaturas donde se aborde la temática. Así mismo, la posibilidad de que los postgraduados en neurorehabilitación puedan contar con su experiencia en la validación y uso de instrumentos basados en la CIF para su uso clínico, promoverá la perspectiva de abordaje de esta condición clínica desde la mirada universal propuesta por la OMS, desde el funcionamiento humano.

El niño y la niña con TDAH será beneficiado en la medida en que sus procesos de valoración y diagnóstico sean más integrales y precisos desde sus diferentes posibilidades de desempeño, funcionalidad y funcionamiento como ser social, así, el diseño e implementación de un instrumento válido y confiable desde la CIF, se constituye en oportunidad para el mejoramiento de procesos de intervención clínica y terapéutica que redunden en su proceso de adaptación, readaptación e integración a su medio familiar, escolar y social.

La familia igualmente será beneficiada, puesto que se contará con un instrumento válido y confiable que valorará criterios importantes relacionados con el proceso de desarrollo del niño y la niña y su funcionamiento integral, asegurando de alguna manera procesos de abordaje diagnóstico y clínico objetivos en función de una mejor calidad de vida del niño evidenciada además por sus logros a nivel de interacción social, convivencia, normalización, aprendizaje de toda índole, rendimiento académico escolar, entre otros.

Finalmente, el uso de la CIF para la construcción y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación de niños y niñas con TDAH, es una estrategia para su difusión como Clasificación Internacional que pretende establecerse universalmente, y por lo tanto puede ser evidencia para la OMS respecto al cumplimiento de su razón y uso clínico y social.

Respecto a la factibilidad del proyecto, cabe reconocer que se contará con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios.

Según la declaración de Helsinki y la resolución 008430 del Ministerio de Salud Nacional esta investigación se clasifica “sin riesgo” y no “debilita la resistencia física o mental” de los niños, “no se realizará experimentación terapéutica en seres humanos”, en este sentido este proyecto tiene un propósito eminentemente “científico” es decir “sin finalidad terapéutica” con respecto a los niños. Además se realizará el proceso de diligenciamiento del documento “consentimiento informado” (**Anexo 4**) con los niños y las niñas evaluadas y sus acudientes.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la propiedad psicométrica de confiabilidad intraevaluador de los cuestionarios CLARP-TDAH Padres y CLARP-TDAH Profesores en una muestra de niños y niñas de 6 a 12 años de edad.

5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la muestra de niños y niñas que participen en el estudio.
- Determinar el nivel de confiabilidad intraevaluador a los cuestionarios CLARP-TDAH padres y profesores aplicados a la muestra de niños y niñas.

6. REFERENTE TEÓRICO Y ANTECEDENTES

6.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

6.1.1. Epidemiología:

El TDAH Representa un problema de salud pública de un alto costo en todos los países, por sus consecuencias en cuanto a aprovechamiento académico, éxito vocacional, y desenvolvimiento social y emocional, produciendo un profundo impacto en el niño y la niña, en la familia, en la escuela y en la sociedad. El TDAH es uno de los diagnósticos más frecuentes en psiquiatría infantil, de allí que su diagnóstico temprano revista una gran importancia en aras de una intervención y prevención a nivel familiar, escolar y social.

Diferentes estudios publicados en los que los investigadores han utilizado criterios DSM para diagnosticar el TDAH, obtuvieron una prevalencia que oscilaba entre el 1,9% y el 14,4% (23). La prevalencia recogida por el propio Manual DSM-IV-TR es del 3-7% en niños de edad escolar (24).

Es comúnmente aceptado que el TDAH es más frecuente en niños que en niñas, los niños son más propensos que las niñas en cifras que varían de 2 a 1 hasta 9 a 1. Las niñas presentan con mayor frecuencia, problemas de inatención y cognitivos más que sintomatología de impulsividad o agresividad (25).

Se debe señalar, que en muestras clínicas el subtipo más frecuente de TDAH es el combinado 60%, seguido del subtipo en el que predomina la falta de atención 30% y del subtipo hiperactivo-impulsivo 10% (26).

La prevalencia del TDAH a nivel nacional e internacional viene en ascenso, y al mismo tiempo esta situación ha generado mayores inquietudes para abordarlo como objeto de estudio en investigación. Es así como en varias investigaciones a nivel local, nacional y mundial se han desarrollado estudios epidemiológicos que demuestran la alta incidencia y prevalencia del fenómeno, entre ellos, y específicamente para Manizales, el trabajo realizado por D.A. Pineda, F. Lopera, G.C. Henao, J.D. Palacio, F.X. Castellanos (27), “confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de

atención en una comunidad colombiana” donde se seleccionaron participantes de los colegios de la ciudad de Manizales, con una selección inicial que mostraba 72 sujetos (21,1%) detectados como sospechosos por las escalas aplicadas en el estudio estandarizadas para padres y maestros. Después de las evaluaciones multidimensionales aplicadas por los investigadores como instrumento de recolección de información y de la aplicación de los criterios de exclusión, la muestra de verdaderos niños y adolescentes con TDA se redujo a 57 participantes (17,1%). El tipo más frecuente es el combinado 9,4%, la prevalencia fue significativamente mayor en el sexo masculino (21,8%) que en el femenino. En los niños, el tipo combinado (13,6%) fue más prevalente que el tipo inatento (7,1%), mientras que en las niñas el tipo inatento fue más frecuente (6,4%) que el tipo combinado (4,5%).

Este antecedente demuestra entonces la alta prevalencia y la caracterización del TDAH en Manizales y confirma la importancia de desarrollar procesos investigativos que describan el problema desde otras perspectivas, generando alternativas de solución y manejo a los múltiples fenómenos secundarios que afectan el proceso de desarrollo de los niños y las niñas diagnosticados con TDAH.

6.1.2 Etiología

Existe un amplio espectro de factores causales de tipo biológico, hereditario, ambiental y psicosocial, así como la interacción entre estos que modula aun más la sintomatología. La transmisión hereditaria del TDAH está siendo respaldada por los hallazgos de los estudios de genética familiar, y se ha demostrado que los hijos de padres con TDAH y los gemelos homocigotos tienen hasta un 50% de probabilidades de sufrir del mismo problema (28).

Estudios recientes describen un funcionamiento alterado en determinadas regiones cerebrales, especialmente en la corteza pre-frontal derecha, ganglios basales (núcleo caudado y globo pálido), y zonas del cuerpo calloso que describen las regiones frontales y parietales con un tamaño más reducido que en los niños normales, estas son zonas implicadas en la capacidad de inhibición conductual y en el funcionamiento de los procesos cognitivos superiores.

Los estudios genéticos han mostrado, de modo consistente, que la hiperactividad se halla muy determinada por la herencia. En estudios comparativos de la influencia genética y ambiental se asume que el 80% de la variabilidad en puntuaciones de inatención, impulsividad y sobreactividad cabe atribuirla a los genes (29). Otra alteración en este trastorno es en el gen codificador de los

receptores dopaminérgicos, existiendo un proceso defectuoso en la neurotransmisión central que se expresa en una disfunción en la inhibición conductual y del autocontrol, alterando las funciones ejecutivas.

Otras hipótesis causales de la hiperactividad, más o menos populares, como la presencia de plomo ambiental, el azúcar o ciertos aditivos no han demostrado tener una implicación directa clara (el plomo ambiental ciertamente es nocivo, pero a nivel de salud en general). En cambio sí que se han establecido factores de riesgo como son, por ejemplo, el bajo peso al nacer (más aún si se asocia a prematuridad o a consumo excesivo de tabaco, alcohol o drogas por parte de la madre), el sufrimiento fetal o el síndrome del cromosoma X frágil.

Los factores ambientales y cognitivos se fundamentan más bien en hipótesis y factores exacerbantes que en etiología pura por datos confirmados. Entre los factores ambientales implicados se destacan los educativos, como la inconsistencia en los sistemas de disciplina, interacciones negativas padre-hijo y programas de reforzamiento inadecuados. Entre los cognitivos es evidente que la hiperactividad refiere un déficit madurativo importante que se expresa en problemas de aprendizaje y estrategias de procesamiento de la información más rudimentarias, además de problemas de lenguaje y de coordinación motora.

6.1.3 Manifestaciones Clínicas:

El TDAH contiene tres pilares fundamentales de manifestación, el Déficit de Atención, la Impulsividad y la Hiperactividad.

La atención sostenida, es decir, la capacidad para mantenerse concentrado sobre tareas largas y rutinarias, sin presencia de reforzadores inmediatos, tiene muchos matices, no genera solamente un problema de distracción ni exclusivamente cognitivo, sino que se relaciona con múltiples factores implicados en la capacidad de rendimiento. El desarrollo de cada uno de los criterios diagnósticos del DSM IV (12), indican que los niños y las niñas que padecen el trastorno, desde el punto de vista de inatención, son incapaces de modular su atención en respuesta a las demandas del medio externo, no prestan atención y cometen continuos errores, principalmente en actividades escolares e incluso en juegos, parecen no escuchar, cambian continuamente de una actividad a otra, y a una tercera, sin

acabarlas, suelen evitar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido o una organización específica, en la escuela tienen problemas para procesar las tareas, no pudiendo completar el trabajo dirigido a un objetivo sin que otra persona les reenfoque su atención continuamente, frecuentemente pierden sus cosas, por lo general son niños desordenados, que se distraen ante estímulos irrelevantes, también olvidan frecuentemente, dejan objetos y tareas en casa.

La impulsividad, como segunda característica, se refiere a un déficit en la inhibición de la conducta manifestada como un “actuar sin pensar”, presentando un carácter multidimensional complejo que refleja conductas como incapacidad para esperar turnos en la escuela o en el juego, tomar riesgos innecesarios que generan accidentes y lesiones, poca tolerancia a la frustración que provoca conductas ansiosas y destructivas, incapacidad para realizar tareas y demandas, poco seguimiento instruccional, débil adherencia a actividades en ausencia del estímulo que las genera, respuesta rápida pero ineficiente en las actividades y ejecución de errores en tareas, situación que conlleva finalmente a un inadecuado y ausente desarrollo de estrategias para la resolución y control de problemas. Las personas con TDAH presentan incapacidad para inhibir los impulsos y los pensamientos que interfieren en las funciones ejecutivas. La impulsividad genera impaciencia, hacen comentarios fuera de lugar, interrumpen constantemente, contestan antes de que se termine una pregunta, hacen payasadas, e incluso pueden sufrir más accidentes puesto que no saben prever el peligro ni la relación causa-efecto de sus actos.

En cuanto a la hiperactividad, es común encontrar situaciones de sobreactividad motriz que igualmente limitan la posibilidad de centrar la atención, además evidencia trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje y problemas de relación social, generalmente los niños hiperactivos presentan problemas de oposicionismo-desafiante, rechazo a las órdenes, rabietas y agresividad. La hiperactividad es mucho más llamativa que los otros síntomas y varía según la edad. Los niños pre-escolares están constantemente en marcha, lo tocan todo, se precipitan a cualquier sitio, se suben a los muebles, no son capaces de estar sentados o estar quietos en una silla, allí se balancean, se sientan al borde, se levantan mientras comen o ven la televisión, suelen hablar mucho y hacer mucho ruido.

Los niños con TDAH presentan síntomas en todos los ambientes, sin embargo existen ciertas condiciones ambientales, como por ejemplo ambientes ruidosos o situaciones grupales, que pueden contribuir a intensificar estos síntomas.

Generalmente el trastorno comienza en la primera infancia, aunque la mayoría de los casos son remitidos para estudio clínico después de haber comenzado el colegio. En un principio se creía que el TDAH era transitorio, sin embargo, citando a Biederman J. y otros (5) ahora se conoce que síntomas como la inatención y la impulsividad son persistentes, de manera que la mitad de los niños y niñas afectados pueden seguir presentando sintomatología en la adolescencia y hasta la edad adulta, donde los principales problemas son el bajo rendimiento académico y profesional, el mayor riesgo de consumo de sustancias, la conducta antisocial y otros trastornos psiquiátricos.

6.1.4 Otros problemas clínicos y del desarrollo:

Además de las características o síntomas diagnósticos mencionados anteriormente, existen otros asociados como: baja tolerancia a la frustración, labilidad emocional, insistencia excesiva, disforia, rechazo por parte de sus pares, baja autoestima, autoritarismo, actitudes demandantes con los adultos, entre otros, y comorbilidades como los trastornos de ansiedad, depresión, trastorno negativista-desafiante, trastornos del aprendizaje, TICS, trastornos conductuales, trastorno del desarrollo de la coordinación, entre otros (30).

Tales problemáticas justifican la importancia de considerar el TDAH como problema de salud pública, que debe ser abordado no solamente desde una perspectiva clínica y de intervención, sino desde lo investigativo, generando nuevos conocimientos que encaucen mejores procesos de abordaje diagnóstico, clínico y terapéutico en los niños y las niñas que padecen el trastorno (28).

6.1.5 Diagnóstico:

La descripción universal del TDAH se considera principalmente desde dos clasificaciones para su diagnóstico, la “Clasificación Internacional de las Enfermedades” CIE-10 (11) de la Organización Mundial de la Salud y el “Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales” DSM-IV (12) de la Asociación Americana de Psiquiatría, en las cuales se recogen síntomas similares.

Criterios diagnósticos CIE –10 para el trastorno hiperactivo:

En la CIE-10 se denomina Trastorno Hiperactivo (THC) y se define como un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas; presentándose estos problemas en las situaciones más variadas y persistiendo a lo largo del tiempo.

Según esta clasificación el inicio del trastorno no es posterior a los siete años, así mismo los criterios deben cumplirse en más de una situación. De igual manera debe considerarse que los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo para una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Los criterios diagnósticos según la CIE –10 se presentan en el siguiente cuadro:

DEFICIT DE ATENCION	HIPERACTIVIDAD	IMPULSIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. - Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. - A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice. - Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. - Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. - A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido. - A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc. - Fácilmente se distrae ante estímulos externos. - Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias 	<ul style="list-style-type: none"> - Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento. - Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. - A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. - Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. - Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. - A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. - A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. - Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

Tabla No 1. Criterios diagnósticos del TDHA según la CIE - 10

De igual manera, se presenta a continuación los criterios diagnósticos planteados por el DSM-IV, el cual considera que el síndrome se clasifica acorde a la presentación de los síntomas, considerando diversos tipos así:

Tipo	Características en términos de los tres síntomas
A (1)	Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo
A (2)	Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:
B	Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
C	Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa)
D	Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.
E	Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tabla No 2. Criterios diagnósticos del TDHA según el DSM-IV

Pueden existen varios subtipos según predomine algunos de los síntomas de la hiperactividad o la falta de atención, así:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo Combinado: Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de Atención: Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

En el caso de que no se cumplan los criterios establecidos para cualquiera de los subtipos mencionados, se diagnostica como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado”.

Los síntomas se presentan en el siguiente cuadro:

Síntomas	Características
Falta de atención	<ul style="list-style-type: none"> a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones) e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos) g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. Ej. Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas) h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes i. A menudo es descuidado en las actividades diarias
Hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> a. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud) d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio e. A menudo “ está ocupado” o suele actuar como si “ estuviera impulsado por un motor f. F) a menudo habla en exceso
Impulsividad	<ul style="list-style-type: none"> a. A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas b. A menudo tiene dificultades para esperar su turno c. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. Ejemplo se entromete en conversaciones o juegos)

Tabla No 3. Características asociados a cada síntoma del TDHA

El fenómeno clínico y social del TDAH justifica entonces un proceso diagnóstico detallado, éste se basa fundamentalmente en la evaluación clínica, donde se hacen importantes en primera instancia los padres y los profesores como agentes que mantienen una relación directa con el niño y son conocedores e informadores objetivos de su desarrollo y su comportamiento, y en segunda instancia, no menos importante, el examen clínico y el análisis directo de su desempeño en los diferentes ámbitos de actuación, familiar, escolar, social y comunitario.

En varias fuentes bibliográficas y artículos científicos revisados, se reconoce el enfoque diagnóstico bajo el cual se ha abordado el TDAH, encontrando fortalezas pero también vacíos en el conocimiento respecto al uso de instrumentos más integrales relacionados con la condición de salud y el desarrollo infantil de esta población.

Una de ellas, “CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: DIAGNOSIS AND EVALUATION OF THE CHILD WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER” del subcomité de TDAH de la Academia Americana de Pediatría (31), reconoce el trastorno como prevalente condición crónica de salud de la infancia y como un desorden neurocomportamental de interés público. Brinda una guía basada en la evidencia para la evaluación y el abordaje diagnóstico del TDAH, donde el rango de edad de 6 a 12 años es el más común para ser confirmado. El artículo enfatiza la importancia de la información de padres, cuidadores y profesores respecto al comportamiento del niño y grado de deterioro funcional a partir de cuestionarios elaborados en referencia al DSM-IV y la evaluación de comorbilidades, entre ellos instrumentos como: Cuestionario Conners para padres, Cuestionario Conners para profesores, Cuestionario Barkley para situaciones escolares, y listas de chequeo para el comportamiento infantil como la CBCL/4-18-R (Child Behavior Checklist / 4-18 años), CBL/TRF-R (Child Behavior Checklist, para profesores). Estas escalas de evaluación, si bien otorgan información detallada de la clínica comportamental del niño, se pueden quedar cortas en información de desempeño en otros ámbitos y áreas de funcionamiento infantil, por ello, como conclusión en el documento, los autores recomiendan pensar en futuras investigaciones que aborden el diagnóstico del TDAH de una manera integral.

Brent R. Collett, Jeneva I. Ohan, y kathleen M. Myers, en su artículo “TEN-YEAR REVIEW OF RATING SCALES. V: SCALES ASSESSING ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER” (32), describen un estudio en el que se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre escalas de valoración del TDAH, encontrando que generalmente se basan en el constructo del DSM-IV, cumpliendo con suficientes criterios de validez y confiabilidad para el abordaje a nivel familiar y escolar, sin embargo algunas mediciones están restringidas para un abordaje evaluativo detallado del TDAH en otras áreas de desempeño del niño (por ejemplo en relación a la CIF), y algunas de las escalas ya validadas también cumplen con criterios para otros trastornos mentales y conductuales de la infancia. Los autores reconocen la importancia de contar con instrumentos de evaluación válidos y confiables que permitan el examen clínico, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento apropiado para cada caso

particular en función de óptimos resultados de intervención. Las escalas analizadas en el estudio fueron: Conners Rating Scales, IOWA Conners Teacher Rating, Swason, Nolan and Pelma-IV Questionnaire, SKAMP Rating Scale, Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behavior, ADHD Rating Scale-IV, Vanderbilt ADHD Teacher and Parent Rating Scales, ADHD Symptoms Rating Scale, Attention Deficit Disorder Evaluation Scale segunda edición, ACTeRS segunda edición, Brown Attention-Deficit Disorder Scales for Children and Adolescents, de las cuales algunas aun no han sido validadas en español y además no tienen relación directa con el modelo propuesto por la CIF.

Ambos artículos, entre otros autores revisados, demuestran el vacío en el conocimiento respecto a la existencia de escalas de evaluación del TDAH bajo criterios integrales de desarrollo, desempeño y funcionamiento integral del niño en sus contextos familiar y escolar.

Específicamente para Colombia, y citando nuevamente a D.A Pineda y colaboradores (10), quienes han liderado importantes investigaciones en el tema, las publicaciones evidencian un abordaje evaluativo y diagnóstico circunscrito a cuestionarios, listas de chequeo, pruebas neuropsicológicas, entre otros, que igualmente son válidas y confiables para población colombiana pero no lo suficientemente integrales si tenemos en cuenta la visión de salud de la OMS en su Clasificación CIF. Las modalidades evaluativas y diagnósticas generalmente son cuestionarios a partir de los criterios diagnósticos de TDA del DSM-IV, Checklist o lista de síntomas para el diagnóstico de TDA, Escala de Conners para padres y maestros, batería neuropsicológica breve para TDA (33), además de la Evaluación neurológica y la revisión de las historias médicas.

Para el diagnóstico también se pueden hacer necesarios algunos exámenes neurológicos y otros apoyos como el electroencefalograma, los potenciales evocados y los estudios de neuroimágenes. Las entrevistas clínicas necesitan abarcar una anamnesis completa, considerando antecedentes del niño desde la primera infancia como bajo peso al nacer, trastornos de alimentación, sueño alterado, inquietud, irritabilidad, entre otros, y aspectos sociofamiliares y educativos.

Respecto a la valoración neurológica es importante detectar los signos blandos neurológicos o sutiles, entre los cuales se encuentran: impersitencia motriz, dificultades de coordinación motora, sincinesias, alteraciones del equilibrio, del tono muscular, entre otros (34).

6.1.6 Diagnostico Diferencial

Al hacer la exploración y la valoración diagnóstica del paciente, es importante descartar otros síndromes, que aunque pueden coexistir con el TDHA, son entidades diferentes y como tal deben diferenciarse, entre ellas están los trastornos de ansiedad, de estado de ánimo, de conducta y de aprendizaje.

6.1.7 Tratamiento del TDAH

Para hablar sobre el tratamiento en los niños con déficit de atención podemos decir que no se presenta de una forma muy aislada ya que puede ir acompañada de otros problemas. Por lo tanto no se ha descartado ninguna posibilidad terapéutica que sugiera un enfoque de tratamiento multidisciplinario que beneficie a la persona en general. En este caso para tomar las medidas básicas necesarias para el tratamiento es importante hacer partícipe al niño en su problema.

La multidimensionalidad del tratamiento abarca: el uso de fármacos, tratamiento psicológico que abarque todos los enfoques terapéuticos a nivel conductual y cognitivo, incluir diferentes programas escolares con el fin de mejorar y desarrollar estrategias atencionales, es importante el apoyo escolar y de la familia, actividades deportivas que acrecienten el interés en los niños para motivarlos aun mas al resto de las situaciones que se le presenten.

6.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD

6.2.1 Familia de clasificaciones de la OMS

La OMS propone y desarrolla una familia de clasificaciones, entre ellas la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en ella se clasifican los estados de salud como enfermedades, trastornos y lesiones, brindando un marco conceptual basado principalmente en la etiología y morbilidad.

En el campo de la salud determinar el diagnóstico clínico y caracterizar la mortalidad son importantes, sin embargo se hacen cortos respecto a la amplitud que comprende el fenómeno de la salud, de allí que se deban considerar otras características que permitan abordar más ampliamente los elementos

diagnósticos e incluso las intervenciones necesarias de una forma integral, trascendiendo en términos de políticas, programas y servicios relacionados con la salud.

De acuerdo a lo anterior, se hizo evidente que además de las medidas de salud basadas en la CIE, era necesario considerar otros aspectos relacionados con el funcionamiento de las personas tanto a nivel individual como en relación a su contexto y entorno social, por lo cual en los años setenta aparece un nuevo sistema para evaluar las repercusiones de la enfermedad y la discapacidad con la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” - CIDDM, publicada en 1980 por la OMS (35) y traducida a más de 14 idiomas.

La CIDDM fue ampliamente usada en todo el mundo durante dos décadas, pero se fueron encontrando una serie de limitaciones en su aplicación, entre ellas, su modelo lineal que implicaba una causalidad única por las deficiencias, sin considerar otros factores discapacitantes como el contexto, y su consideración negativa del estado de salud que abordaba la discapacidad de forma excluyente y estigmatizante.

En la CIDDM, sus componentes se disponían en un esquema de manera lineal, unidireccional desde la deficiencia hasta la minusvalía, replicando de alguna manera el modelo médico-biológico de la enfermedad.

Con el objetivo de corregir dichas falencias a la clasificación, la OMS inició en 1993 una revisión juiciosa a través del trabajo colaborativo de múltiples equipos de trabajo en el mundo, logrando dos borradores iniciales que culminaron con la versión CIDDM-2 en el año 2000, presentada al Comité Ejecutivo de la OMS en el 2001 y aprobada en la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2001 en la resolución WHW54.21 del 22 de mayo del mismo año, con el título “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” - CIF.

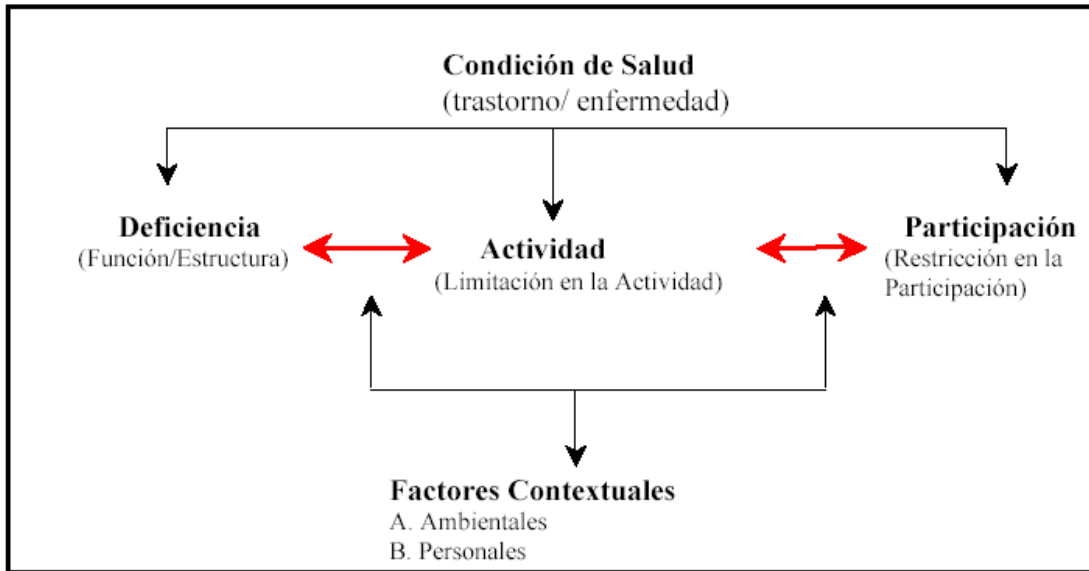
Con esta nueva clasificación se inicia una visión más integral al fenómeno de la discapacidad y de la salud, se inicia la aplicación del modelo biopsicosocial y se otorga una mirada positiva, menos estigmatizante, otorgando además un lenguaje común de aplicación universal.

La CIF, a diferencia de la CIDDM que reconoce las consecuencias de la enfermedad, hace énfasis en las repercusiones de la enfermedad y de los estados de la salud en el funcionamiento humano, expandiendo también el concepto de salud más allá del modelo de enfermedad y mortalidad de la CIE. Desde esta perspectiva se reconoce que en la familia de clasificaciones de la OMS CIE y CIF son complementarias, la primera se enfoca al diagnóstico de enfermedad o trastorno, y la segunda determina el nivel de funcionamiento, esta visión diagnóstica integral de la condición de salud de la persona es la ideal y a partir de ella se puede abordar integralmente el fenómeno de la salud de la población en función de acciones sanitarias contextuadas y políticas de intervención.

Con la CIF se pretendió crear un modelo de evaluación que enfatizara los elementos positivos de la persona, una visión menos estigmatizante de su situación, de allí que la razón de ser de la CIF ser “aportar un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes de la salud, utilizando para ello un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que dichas problemáticas sean la resultante de la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social”. Para el uso de la CIF se utiliza un sistema de codificación específico que será descrito más adelante.

Con la CIF se determina la situación real del nivel de funcionamiento de las personas como consecuencia de la interacción de la condición de salud específica y su entorno físico y sociocultural. Este cambio conceptual permite afirmar que con la CIF se evoluciona de una clasificación de “consecuencias de la enfermedad” (CIDDM) a una clasificación de “componentes de la salud”, contando con los aspectos relevantes relacionados con el estado de bienestar humano. El término “salud” tiene aquí una significancia dentro de un marco conceptual que evalúa la salud y los estados relacionados con ella. El término “enfermedad” por su parte, deja de emplearse y a cambio aparece el término “condición de salud”.

El modelo de la CIF comprende varios componentes, funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y además los factores contextuales, los cuales se disponen de forma integral y multidireccional como lo evidencia la siguiente gráfica:



Grafica No 1 Interacciones entre los componentes de la CIF (Tomado de “CIF, Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, OMS, 2001, p. 21)

Gráficamente se reconoce que la intervención en uno de los elementos puede potencialmente modificar a los otros, sin existir reciprocidad predecible. Este modelo multidireccional ya no es lineal como el la CIDDM, de allí que incluso una discapacidad influya en la propia condición de salud.

6.2.2 Estructura y componentes de la CIF

La CIF organiza la información en dos partes (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud, 2001):

1. Funcionamiento y discapacidad
2. Factores contextuales

Cada parte tiene varios componentes y puede expresarse tanto en términos positivos como en términos negativos. Cada componente tiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación.

Parte 1: funcionamiento y discapacidad:

Funcionamiento: Posibilidad que tiene el individuo de desarrollar su vida teniendo en cuenta factores intrínsecos (su cuerpo), extrínsecos (interacción con el entorno)

Discapacidad: Es un término global, genérico que involucra las deficiencias en funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación. Es multicausal.

Los componentes de esta parte son:

Funciones y estructuras corporales	Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) Las deficiencias son problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación o una pérdida significativa.
Actividades y participación	El componente actividades y participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social. Actividad: es la realización de una tarea o acción por parte del individuo. Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital. Limitaciones en la actividad: son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño realización de actividades. Restricciones en la participación: son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Tabla No 4. Componentes de la parte 1 de la CIF

El componente de actividad y participación se representa por los siguientes capítulos:

Capítulo	Nombre del capítulo	Descriptores
1	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Trata sobre el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Comprende: Experiencias sensoriales intencionadas, Aprendizaje básico, Aplicación del conocimiento.
2	Tareas y demandas generales	Este capítulo trata sobre los aspectos generales relacionados con la puesta en práctica, de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés. Estos ítems pueden emplearse con tareas o acciones más específicas, para identificar las características subyacentes existentes, en ciertas circunstancias durante la realización de dicha tarea. Comprende: Llevar a cabo una única tarea, Llevar a cabo múltiples tareas, Llevar a cabo rutinas diarias, Manejo del estrés y otras demandas psicológicas, Tareas y demandas generales, otras especificadas, Tareas y demandas generales, no especificadas
3	Comunicación	Este capítulo, trata sobre los aspectos generales como sobre los específicos de la comunicación a través del lenguaje, los signos o los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación. Comprende: Comunicación, Comunicación-producción, Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación.
4	Movilidad	Este capítulo, trata sobre el movimiento al cambiar el cuerpo de posición o de lugar; al coger, mover o manipular objetos, al andar, correr, o trepar o cuando se emplean varios medios de transporte. Comprende: Cambiar y mantener la posición del cuerpo, Llevar, mover y usar objetos, Andar y moverse, Desplazarse utilizando medios de transporte.

5	Auto cuidado	Este capítulo, trata sobre el cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes de cuerpo, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud. Comprende: Lavarse, Cuidado de partes del cuerpo, Higiene personal relacionada con los procesos de excreción, Vestirse, Comer, Beber, Cuidado de la propia salud, Auto cuidado, otro especificado, Auto cuidado, no especificado.
6	Vida doméstica	Este capítulo, trata sobre como llevar a cabo tareas y acciones domesticas y cotidianas. Las áreas de la vida domestica incluyen, conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades, limpiar y reparar el hogar, cuidar de los objetos personales y de los del hogar. Comprende: Adquisición de lo necesario para vivir, Tareas del hogar, Cuidado de los objetos del hogar y ayudar a los demás.
7	Interacciones y relaciones interpersonales	Este capítulo, trata sobre como se realizan las acciones y conductas que son necesarias para establecer con otras personas (desconocidos, amigos, familiares y amantes) las interacciones personales, básicas y complejas, de manera adecuada para el contexto y el entorno social. Comprende: Interacciones interpersonales generales, Interacciones interpersonales particulares.
8	Áreas principales de la vida	Este capítulo trata sobre como llevar a cabo las tareas y acciones necesarias para participar en actividades educativas, en el trabajo, en el empleo y en las actividades económicas. Comprende: Educación, Trabajo y empleo, Vida económica.
9	Vida comunitaria, social y cívica	Este capítulo trata sobre las acciones y tareas necesarias para participar en la vida social organizada fuera del ámbito familiar en áreas de la vida comunitaria, social y cívica. Comprende: Vida comunitaria, Tiempo libre y ocio, Religión y espiritualidad, Derechos humanos, Vida política y ciudadanía, Vida comunitaria, social y cívica, otra especificada, Vida comunitaria, social y cívica, no especificada

Tabla No 5. Capítulos de actividad y participación de la CIF

Parte 2: factores contextuales:

Los factores contextuales representan el trasfondo total de la vida de un individuo como de su estilo de vida. El primer componente de los factores contextuales es una lista de factores ambientales ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto/entorno más inmediato del individuo y llegando hasta el entorno general. Los factores personales son un componente de los factores contextuales pero no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada a ellos.

Los componentes de esta parte son:

Factores Ambientales	Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.
Factores personales:	El contexto/entorno inmediato del individuo incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidos las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse así como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

Tabla No 6 Componentes de la parte 2 de la CIF

6.3 EL TDAH EN EL CONTEXTO DE LA CIF

El TDAH es un desorden neurocomportamental con base neurobiológica y genética, y al mismo tiempo que impacta el funcionamiento cerebral, afecta actividades cotidianas como la vida familiar, escolar, laboral y social, por lo tanto es una considerable fuente de discapacidad.

El objetivo de la CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” a ser una clasificación de “componentes de salud”. Para ello la CIF facilita la observación de una realidad que afecta al niño con TDAH como un ser humano y que tiene que ver de lleno con su salud integral. Desde la perspectiva de la aplicación práctica de la CIF para este trastorno, esta visión se expresa a través de la interacción dinámica entre el estado de salud del niño y sus factores contextuales.

La definición del TDAH desde la CIE asume los criterios de desatención, impulsividad e hiperactividad, y sería la primera medición, la CIF cubre un espectro más amplio que determina el funcionamiento y la discapacidad desde las funciones y estructuras corporales afectadas, las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación, y los factores contextuales ambientales y personales relacionados con el desorden. Los síntomas clásicos del TDAH se clasifican como funciones corporales, y las dificultades de conducta, de socialización y de desempeño familiar y escolar se consideran como problemas de actividad, desempeño y participación en la CIF.

Concretando la importancia de abordar el TDAH desde una visión integral biopsicosocial de acuerdo al modelo de la CIF propuesto por la OMS, se reconoce que este trastorno, como condición de salud, debe ser objeto de análisis y estudio desde sus componentes funcionamiento y discapacidad y factores contextuales. En varias fuentes bibliográficas y publicaciones, algunas descritas a

continuación, se encontró la fundamentación al modelo biopsicosocial de discapacidad, la conceptualización de la CIF, su aplicabilidad, utilidad y versatilidad, entre otros, reconociendo las diversas ventajas y beneficios de su uso en función de la valoración de las condiciones de salud en cualquier persona, en este caso, niños y niñas con TDAH, las cuales debe abordarse no solamente desde manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos particulares sino desde el funcionamiento en un contexto.

En el artículo “APPLYING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) TO MEASURE CHILDHOOD DISABILITY”, los autores Simeonsson RJ, Leonardi M, Lollar D, Bjorck-Akesson E, Hollenweger J, Martinuzzi A (36) reconocen la importancia de la CIF como taxonomía internacional y estrategia para el uso de un lenguaje común y un estándar universal que permita clasificar componentes de funcionamiento y discapacidad, desde condiciones de salud personales y sociales para la infancia. El uso de la CIF en la infancia permite la documentación más precisa para la elección e implementación de intervenciones apropiadas, y la promoción, planeación y ejecución de políticas públicas en función de la solución a diversas problemáticas, dando respuesta entonces a los derechos humanos y a la responsabilidad social. Los autores enfatizan en la limitación que tenía la antigua Clasificación CIDDM, respecto a que tenía un mínimo cubrimiento de indicadores relevantes en infancia, por ejemplo el juego, el aprendizaje y el funcionamiento en la casa, en la escuela y en la comunidad, así, reconoce que la CIF proporciona una estructura para evaluar el desarrollo de los niños a partir de dominios que evalúan diversas dimensiones humanas desde las capacidades y las discapacidades, teniendo en cuenta además el ambiente, el cual influye dramáticamente en los procesos de desarrollo infantil.

Finalmente, el artículo concluye la importancia de desarrollar medidas específicas desde el modelo CIF en la infancia, por diferentes razones: aproximarse a la estructura de los derechos humanos, trascender al modelo biopsicosocial desde la individualidad del niño y la niña, y la posibilidad de equiparación de oportunidades en función de un óptimo proceso de crecimiento y desarrollo.

Mariamalia Battaglia, Emanuela Russo, Alessandra Bolla, Alessio Chiusso entre otros (37), realizaron una publicación en el año 2004, “INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH IN A COHORT OF CHILDREN WITH COGNITIVE, MOTOR AND COMPLEX DISABILITIES”, investigación en la cual se estudió la aplicabilidad de la CIF en el marco de la neurorehabilitación

pediátrica, evaluando la capacidad para reflejar medidas de función adaptadas a los niños. Se evaluaron 40 niños de ambos géneros, en edades entre 3 a 18 años, aplicando la lista corta de la CIF, esta codificación fue realizada por diferentes disciplinas como medicina, psicología, fonoaudiología, y trabajo social, a través de observación directa y registros escritos de información suministrada por profesionales de la salud y los maestros de escuela. En el estudio se realizaron pruebas de confiabilidad test-retest y confiabilidad concurrente. La confiabilidad test-retest para la codificación de la CIF presentó unos resultados de correlación fuerte a muy fuerte en cada categoría, lo cual confirma a la CIF como una herramienta válida en la descripción del perfil funcional de los niños, midiendo construcciones múltiples cruciales en la documentación del impacto de las condiciones crónicas de salud. La confiabilidad concurrente fue determinada con las pruebas cognitivas WISC-R y WAIS-R para el Coeficiente intelectual verbal comparado con el capítulo d1, el Gross Motor Function Measure (GMFM) para la función motora con el capítulo d4 y la Functional Independence Measure (FIM) para independencia y funcionalidad con los capítulos d3, d4, d5 y d7, con las cuales se encontró una correlación fuerte y altamente significativa entre todas las variables consideradas ($P=0.0001$).

En el 100% de los niños evaluados se encontró alguna limitación en el 42% de los códigos de actividad y participación, demostrándose así que la discapacidad infantil muestra características peculiares debido a los cambios relacionados al desarrollo que interactúan, modulan y están influenciados por las condiciones crónicas de salud, los niños pueden experimentar discapacidades complejas mas a menudo que los adultos, involucrando múltiples funciones y actividades.

En el estudio se encuentra que la clasificación multidimensional funcional proporcionada en la taxonomía y marco conceptual CIF puede ser instrumental en la aproximación a la discapacidad infantil en diferentes contextos, sin embargo se sugiere que se diseñen instrumentos específicos con adaptaciones adecuadas a la infancia, para permitir una aplicación completa y contextualizada a este grupo poblacional.

Con este estudio se encuentra una evidencia científica para el uso de la CIF en los niños basada en la CIF de adultos, para lo cual se requiere construir un instrumento adecuado a la información requerida según la edad. Además proporciona pautas de los principales capítulos sobre los cuales se puede diseñar y las pruebas de confiabilidad que podrían aplicarse y que ya están demostradas. También es

importante tener en cuenta que en el estudio se propone a los padres y a los maestros como informadores en la recolección de datos.

Julie A. Ogonowski, Rebecca A. Kronk, Carryn N. Rice y Heidi M. Feldman (38) en su publicación “INTER-RATER RELIABILITY IN ASSIGNING ICF CODES TO CHILDREN WITH DISABILITIES”. , enfatizan su apreciación respecto a la importancia de la CIF para la calidad en el cuidado de la salud, y para los procesos administrativos, investigativos y políticos de los niños y las niñas. Si bien la CIF no cuenta con una guía adaptada para la infancia en idioma español, los autores sugieren que para esta población los dominios más importantes dentro del componente de actividades y participación son el aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, cuidado personal y relaciones interpersonales, los cuales representan un amplio rango del funcionamiento en esta etapa del ciclo vital.

La especificidad de dominios y criterios de los componentes de la CIF permite crear instrumentos que aborden procesos evaluativos adecuados para diferentes condiciones de salud en la infancia, de allí que se recomienden estudios de investigación para diseñar y validar instrumentos confiables en la práctica clínica de niños y niñas en diversas situaciones.

Una de las fuentes más importantes es el artículo “USING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISEASE AND HEALTH IN ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER: SEPARATING THE DISEASE FROM ITS EPIPHENOMENA”, cuyo autor T. Bedirhan Üstun (14), afirma la importancia de realizar procesos investigativos donde se aplique la CIF al TDAH ya que aun no existe un instrumento válido y confiable para tal fin. Además, brinda elementos que pueden orientar hacia la construcción del instrumento, ya que hace un acercamiento hacia las funciones corporales, actividades y participación relacionadas con el TDAH.

Los estudios actuales generalmente exploran las bases biológicas de los síntomas que caracterizan el TDAH, pero no se conoce el impacto y las consecuencias en la disfunción de las actividades diarias y la influencia del contexto. En el documento se describe el TDAH como condición de salud y por lo tanto como un desorden asociado al fenómeno biopsicosocial de la discapacidad, articulando entonces la CIE con la CIF. Si bien es importante separar los signos y síntomas de sus consecuencias para un buen entendimiento de la enfermedad, es importante tener en cuenta que tienen relación directa desde el

funcionamiento humano. El TDAH impacta en múltiples áreas de las funciones cerebrales y en actividades y dominios de la vida personal, familiar, escolar y social, por ello, la discapacidad se debería considerar en la descripción clínica del trastorno desde sus dos componentes: funcionamiento y discapacidad, y factores contextuales. Funcionamiento y discapacidad desde la perspectiva del cuerpo, del individuo y éste en sociedad (Funciones y Estructuras Corporales, Actividades y Participación), y factores contextuales considerando los factores personales y los factores ambientales.

De acuerdo al modelo CIF, los síntomas clásicos del TDAH son ocasionados por alteración en las Estructuras Corporales como el volumen y la simetría cerebral, fallas de neurotransmisores y de funcionamiento de lóbulo prefrontal, entre otros, dichos síntomas de Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad están clasificados desde Funciones Corporales, y generan dificultades comportamentales, disfunciones ejecutivas, y dificultades interpersonales que se abordan dentro del componente Actividades y Participación de la clasificación, dificultades evidenciadas y moduladas en diferentes contextos, personal, familiar, escolar y social-comunitario.

En el TDAH el diagnóstico médico no es un predictor suficiente de necesidades de cuidado en salud, costos y consecuencias, por lo tanto, adicionar la visión como fenómeno discapacitante se constituye en un predictor más real puede favorecer tal situación clínica.

Lollar, D, en el 2008 (39), publica el artículo FUNCTION, IMPAIRMENT, AND LONG-TERM OUTCOMES IN CHILDREN WITH ADHD AND HOW TO MEASURE THEM. en el cual describe la necesidad de dirigir la discusión alrededor de la función, la deficiencia y los resultados a largo plazo y su medición en niños con TDAH, reconociendo la importancia de que médicos e investigadores entiendan la necesidad de aclarar criterios diagnósticos y estrategias de intervención a través procesos de investigación. Para tales efectos se propone la CIF, con la cual se puede incluir la dimensión funcional del trastorno. Hace necesario considerar los comportamientos adicionales, las actividades funcionales y los elementos de participación en sociedad, es decir, las consecuencias asociadas con la constelación de síntomas, además reconoce a la CIF en su propósito de facilitar un trabajo unificado, estándar y un lenguaje para describir los resultados de salud a niveles de cuerpo (funciones y estructuras corporales), persona (actividades) y sociedad (participación).

El marco amplio y multidimensional de la CIF permite comprender y evaluar la discapacidad y el funcionamiento en el TDAH, cubriendo más que los síntomas clásicos desde las funciones cerebrales, a las actividades diarias y participación en sociedad, involucrando la familia, la escuela y el ambiente cotidiano. Cunningham (15) y Loe y Feldman (16), analizaron los niños con TDAH en su familia y en las relaciones educativas y académicas, y reconocieron que eran pocos los estudios que abordaban esta problemática desde el comportamiento adaptativo y los efectos del tratamiento en los resultados funcionales, determinando que la medición del funcionamiento es más útil que analizar solamente los síntomas y que la reducción de los síntomas centrales no corresponde con la mejoría en el funcionamiento. Igualmente Hoza (17) reconoce que los criterios sintomáticos diagnósticos deberían ser incluidos hacia la alteración funcional y social.

6.4. MEDICIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Un instrumento es un recurso que utiliza un investigador para registrar la información o los datos sobre las variables que se pretenden estudiar. Debe ser lo suficientemente elaborado para representar realmente los conceptos o variables contenidas en una hipótesis.

6.4.1 Medición

Desde hace muchos años en los procesos investigativos se ha dado importancia a los procesos de medición, Stevens citado por Hernández (40) afirma que “la medición es la asignación de valores numéricos a objetos o eventos de acuerdo con ciertas reglas”. Los objetos, los valores numéricos y las reglas e instrucciones para asignar los valores numéricos a los objetos deben ser bien especificadas, para lograr finalmente los cálculos y los análisis requeridos. Las reglas, como guías o métodos que indican qué se debe hacer, deben ser establecidas con una suficiente base racional o empírica, por ello la medición puede ser teóricamente posible.

Otra definición la ofrecen Carmines y Zeller citados por Hernández (40), la medición es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar y cuantificar los datos disponibles (indicadores) en términos del concepto que el investigador quiere conocer. Desde el punto de vista empírico el centro es la respuesta observable dada por un cuestionario, una observación o una entrevista, y desde el punto de vista teórico se centra en el interés del concepto no observable que se representa por medio de la

respuesta. Por lo tanto, los registros de un instrumento de medición representan valores visibles de conceptos abstractos, permiten una correspondencia entre el mundo real y el mundo conceptual.

Es importante reconocer que en los procesos de medición debe tenerse en cuenta el isomorfismo, el cual significa identidad o similitud de forma, es decir, que en los procedimientos de medición utilizados debe haber alguna correspondencia racional y empírica con la realidad a medir, la pregunta es entonces ¿el proceso de medición es isomórfico a la realidad?

Variables e indicadores

Según Kerlinger (41) en los procesos de medición se miden las propiedades o características de los objetos, o más bien, los indicadores de las propiedades de los objetos. Los indicadores a partir de los cuales se infieren propiedades, se especifican por medio de definiciones operacionales, las cuales especifican las actividades u operaciones necesarias para medir variables o constructos. Los constructos, comúnmente llamados variables, se definen de dos formas generales en la ciencia: por medio de otras variables y por medio de procedimientos experimentales y de medición.

6.4.2 Requisitos de un instrumento de medición

Todo instrumento de recolección de información y medición debe cumplir con criterios de objetividad, validez y confiabilidad.

- **Objetividad** Según Hernández (40), la objetividad “se refiere al grado en que el instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan”. Estos sesgos pueden darse por convicciones étnicas, generacionales, género, tendencias ideológicas, políticas, religiosa, entre otros. La objetividad, aunque es un poco difícil en las ciencias sociales, puede lograrse mediante pruebas estandarizadas con las mismas instrucciones y condiciones para los evaluados, con personal competente para la aplicación uniforme de los instrumentos y con la misma interpretación de los resultados.
- **Confiabilidad.** Después de asignar en el instrumento valores numéricos a los objetos o eventos de acuerdo a las reglas, se debe enfrentar a los problemas de confiabilidad y validez. Un instrumento puede cumplir con criterios de confiabilidad sin validez, pero no al contrario, así la confiabilidad

sola resulta poco útil para evaluar la mayoría de las mediciones. Es aceptable entonces un nivel bajo de confiabilidad si se cumple con los criterios de validez.

La palabra confiabilidad corresponde a los conceptos de fiabilidad, consistencia, estabilidad, reproductibilidad y predictibilidad, de allí que en el proceso de confiabilidad de un instrumento se deba reconocer que al medir el mismo objeto una y otra vez se obtengan iguales o similares resultados y que las medidas obtenidas con el instrumento son las reales a la propiedad que se mide, por lo tanto, la confiabilidad se relaciona con la precisión con la que el instrumento mide y el grado en que la medición concuerda consigo misma. En la confiabilidad se mide el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. La confiabilidad también se relaciona con el error de medición que existe en el instrumento, éste será confiable cuando hay ausencia relativa de estos errores. La confiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para el valor de los resultados investigativos y su interpretación; puede ser estimada a través de varios Métodos

- **Método de estabilidad o confiabilidad por test-retest:** Consiste en aplicar el mismo instrumento al mismo sujeto o grupo de sujetos en dos momentos diferentes, en un lapso de tiempo dependiente del tipo y propósito de la medición pero no tan pequeño que permita recordar las respuestas de la primera medición. En este método se mide la estabilidad a través del tiempo. Si existe correlación entre los resultados de las aplicaciones el instrumento es confiable.
- **Método de formas alternativas o paralelas:** En este método se desarrollan dos formas equivalentes o paralelas del instrumento de medición, tienen reactivos similares mas no idénticos. Estas versiones de instrumento son similares en contenido, instrucciones, duración y otras características. Cada sujeto o grupo es medido con ambos instrumentos al mismo tiempo o en un período corto de tiempo, se tendrían entonces dos puntuaciones las cuales son sometidas a cálculos de correlación, la cual sería considerada como una forma paralela o equivalente de confiabilidad.
- **Método de consistencia interna:** Existen varios métodos para obtener la consistencia interna, los cuales dependen de ciertos supuestos que pueden hacerse sobre las mediciones.

Estos son:

- ✓ **Confiabilidad por mitades:** Este método implica una sola aplicación, a diferencia de los dos anteriores que requieren cuando menos dos administraciones de la medición. Implica dividir la prueba en dos mitades, el objetivo es obtener dos mitades iguales o equivalentes, lo cual se logra sumando las respuestas a los reactivos de la primera mitad, o sumando todas las respuestas a los de la segunda mitad. Si todos los reactivos son homogéneos las dos mitades serán iguales. Se recomienda sumar todas las respuestas a los reactivos impares y luego sumar las de los reactivos pares, así se obtendrán dos puntuaciones de mitad de suma, las cuales se correlacionan. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de las dos mitades deben estar correlacionadas. De acuerdo a este método se evidencia que podría haber mayor confiabilidad a mayor tamaño de la prueba, una mayor cantidad de reactivos aumenta la precisión en la medición.
- ✓ **Coefficiente alfa de Cronbach y Fórmulas 20 y 21 de Kuder-Richardson (KR-20), KR-21):** En estos dos se realiza una sola medición, y no es necesario dividir en dos partes el instrumento, solo se aplica la medición y se calcula el coeficiente de confiabilidad.

6.4.3 Criterios de confiabilidad en los instrumentos

Para que un instrumento cumpla con criterios de confiabilidad y tenga mínimos errores de medición debe cumplir varios requisitos. Uno de ellos es la especificación de los reactivos, estos no deben ser ambiguos, deben ser claros para no llegar a tener varias interpretaciones, segundo, la cantidad y calidad de los reactivos, a mayor cantidad hay mas posibilidad de cumplir con la confiabilidad, tercero, las instrucciones al diligenciamiento deben ser claras y especificadas para reducir los errores de medición, y finalmente, considerar las condiciones de aplicación del instrumento, las cuales deben ser controladas y similares en los diferentes momentos de la aplicación.

6.4.4 Validez

Permite determinar el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

Tipos de validez

La clasificación más reconocida de los tipos de validez es la creada por el comité conjunto de la Asociación Psicológica Americana, la Asociación Americana de Investigación Educativa y el Consejo Nacional de Mediciones utilizadas en Educación, la cual comprende: Validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo.

- **Validez de contenido:** Según Kerlinger (41), la validez de contenido es la representatividad o la adecuación de muestreo del contenido, la sustancia, la materia, el tema, de un instrumento de medición, y esta validación se guía por la pregunta ¿la sustancia o contenido de esta medida es representativa del universo de la propiedad que se mide? o ¿el instrumento mide adecuadamente las principales dimensiones de la variable en cuestión? En la validación de contenido de un instrumento se realiza esencialmente un juicio sobre la representatividad de los reactivos en un universo, estos deben analizarse de acuerdo a la relevancia de la propiedad que se mide, para lo cual son necesarios los investigadores y jueces externos que realicen el proceso a partir de especificaciones e instrucciones precisas para los juicios sobre los reactivos. El contenido de una variable es establecido generalmente por la literatura relacionada, las teorías y estudios en la temática. Se respondería a la pregunta ¿en este instrumento las preguntas qué tan bien representan a todas las preguntas que podrían hacerse? La validez de contenido es cuantificable a través de índices de concordancia, por ejemplo, la Kappa de Cohen.
- **Validez de criterio:** Este tipo de validez se estudia al comparar las puntuaciones de una prueba con una o más variables externas que ya ha sido avaladas para medir el atributo que se estudia, es decir, establece la validez de un instrumento al compararla con un criterio externo que busca medir lo mismo. La pregunta que se propone para la validez de criterio es ¿en qué grado el instrumento comparado con otros criterios externos mide lo mismo? O ¿qué tan cercanamente las puntuaciones del instrumento se relacionan con otros resultados sobre el mismo concepto?

Existen 2 tipos de validez de criterio, la validez predictiva y la validez concurrente.

- Validez predictiva: Involucra el uso de desempeños del criterio a futuro.
- Validez concurrente: Generalmente se utiliza para validar un instrumento nuevo, en el procedimiento se toman dos medidas al mismo tiempo (concurrentes), la nueva y la ya existente y validada. Su cálculo resulta de la correlación de las dos calificaciones.

- **Validez de constructo:** En ella se valida la teoría que subyace a la prueba y pretende explicar diferencias individuales en las puntuaciones de un instrumento, su interés se relaciona con la naturaleza de la realidad y se centra en las propiedades que se miden, más que en las pruebas utilizadas para la medición. Es una de las más importantes desde la perspectiva científica, ya que se relaciona en qué tanto un instrumento representa un concepto teórico. En este tipo de validez se tiene en cuenta primariamente la teoría, los constructos teóricos y la investigación empírica, por lo tanto se reconoce a Cronbach (1990) quien indica que existen tres partes para la validación de constructo, determinar los constructos que explican el desempeño en la prueba, derivar hipótesis a partir de la teoría que sustenta el constructo y comprobar empíricamente las hipótesis. Para anticiparse a una adecuada validez de constructo debe tenerse en cuenta que el contenido del instrumento no debe ser demasiado estrecho como para excluir dimensiones importantes de la variable, ni demasiado amplio donde se corra el riesgo a contener constructos excesivos inapropiados. Para la validez de constructo se responde a las preguntas: ¿el concepto teórico está realmente reflejado en el instrumento?, ¿qué significan las puntuaciones del instrumento?, ¿el instrumento mide el constructo y sus dimensiones?, ¿porqué sí o porqué no?, ¿cómo opera el instrumento?
- **Validez de expertos o validez de apariencia:** Otro tipo de validez similar a la de contenido es la validez de apariencia, que no es una validez en el sentido técnico sino que se refiere a aquello que la prueba aparenta medir. Personas expertas observan el instrumento y deciden si éste mide lo que se supone que debe medir, refieren el grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión.

Factores que afectan la confiabilidad y la validez

- La improvisación, por lo tanto, se requiere conocer muy bien la variable que se va a medir y la teoría que la sustenta.
- Usar instrumentos extranjeros, no validados en el contexto propio.
- Instrumentos inadecuados a las personas a quienes se aplican, por ejemplo, cuando no se tiene en cuenta el género de las personas, la edad, el nivel de conocimientos, el nivel educativo y ocupacional, entre otros.
- Condiciones inadecuadas para la aplicación del instrumento, por influencia del clima, el ruido, la iluminación.

- Instrumentos demasiado largos y dispendiosos en su aplicación y diligenciamiento.
- Falta de estandarización tanto en la forma del instrumento como en su instructivo.

6.5. TECNICAS PARA RECOLECCION DE INFORMACION

6.5.1 Entrevista y cuestionario

La entrevista es la técnica más frecuentemente utilizada para obtener información y puede ser usada de forma sistemática con propósitos científicos. Es una situación interpersonal donde una persona que entrevista, plantea al entrevistado preguntas diseñadas para obtener respuestas pertinentes al problema investigado. Puede aplicarse de forma directa, significando ventaja para la adquisición precisa de la información, siempre y cuando se utilice un cuestionario adecuado y detallado. Por lo tanto, se constituye en el principal instrumento de la investigación por medio del cual se debe obtener la información de la mejor y más fácil manera.

Una entrevista tiene tres funciones principales, explorar para identificar variables y relaciones, sugerir hipótesis y guiar otras fases de la investigación. Es importante tener en cuenta que el investigador que realiza la entrevista y aplica el cuestionario requiere un entrenamiento inicial, además las preguntas deben probarse previamente y revisar la ambigüedad o redacción inadecuada que pueda tener.

Existen dos tipos de entrevista, la estructurada y la no estructurada, en la primera son fijas las preguntas, su secuencia y su redacción, bajo un cuestionario previamente diseñado relacionado al problema de investigación, y en la segunda hay mayor flexibilidad y apertura, el entrevistador de acuerdo a la investigación determina las preguntas, su contenido y secuencia, sin usar un instrumento estandarizado.

El cuestionario es un instrumento que incluye preguntas o reactivos a los que responde una persona, debe incluir preguntas diseñadas y adecuadas para recolectar la información y medir las variables de investigación, estas se considerarán después como reactivos del instrumento para la medición.

En cuanto a los cuestionarios, existen varios tipos de reactivos, los de alternativa fija o cerrados, los de pregunta abierta y los de escala.

Los reactivos de alternativa fija ofrecen al entrevistado una opción entre dos o más, son preguntas cerradas o encuestas, y contienen categorías de respuesta previamente definidas y limitadas, por ejemplo: si, no, no sabe, de acuerdo, en desacuerdo, no sabe, no responde.

Los reactivos abiertos son aquellas preguntas abiertas que brindan un marco de referencia para las respuestas, con mínimo de restricción a parte del problema mismo de investigación. Son más flexibles y brindan la posibilidad de profundizar al entrevistado en su respuesta, aclarando argumentos, detectando ambigüedades y determinando más claramente creencias y actitudes en la entrevista. Son útiles cuando no se tiene información sobre las posibles respuestas de las personas o cuando es insuficiente. Un tipo de pregunta abierta es la pregunta embudo (41), en la cual se hacen varias preguntas dirigidas a obtener información sobre un tema específico, iniciando con una pregunta general y reduciendo progresivamente a puntos específicos importantes, o iniciando con una pregunta abierta general y terminando con reactivos cerrados más puntuales. La desventaja de la pregunta abierta es que es difícil de codificar, clasificar y organizar para su análisis.

Los reactivos de escala corresponden a un conjunto de reactivos verbales, a cada uno de los cuales se responde expresando grados diversos de respuesta de alternativa fija. En este tipo de reactivos se combina el beneficio de las escalas con el de las entrevistas.

6.6. CUESTIONARIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN EN NIÑOS CON TDAH – VERSION PADRES Y VERSION PROFESORES (CLARP-TDAH PADRES Y PROFESORES)

Específicamente frente a los procesos evaluativos de los niños y niñas con TDAH bajo el modelo de la CIF, se crearon los instrumentos CLARP-TDAH Padres y CLARP-TDAH Profesores, resultado de procesos de investigación publicados en los artículos “CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE UN CUESTIONARIO SOBRE NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH”, en la Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 8(2): 1117 - 1129, 2010 (19), y “CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN EN NIÑOS CON TDAH A NIVEL ESCOLAR” (20), en la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, . Volumen 21, Nº 1, Noviembre 2010.

En el primer artículo se describió el estudio cuyo objetivo fue Diseñar, validar y determinar la confiabilidad de un instrumento para evaluar limitaciones y restricciones de niños y niñas con TDAH en el contexto familiar, para ello se determinó la validez del contenido y apariencia por juicio de expertos, y la consistencia interna mediante coeficiente Alfa de Cronbach, de una muestra de 42 padres y madres de niños y niñas de 6 a 12 años con TDAH. Como resultado se diseñó el instrumento CLARP-TDAH Padres constituido de 20 ítems, para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, abordando la valoración de desempeño desde los dominios: Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y Demandas Generales, Autocuidado, Comunicación, Vida Domestica, Interacciones y relaciones interpersonales y Áreas principales de la vida. La técnica fue la entrevista estructurada y el instrumento fue el cuestionario, en el que se debe dar una calificación de 0 a 4 tal como lo propone la CIF: 0 Ninguna dificultad, 1 Dificultad ligera, 2 Dificultad moderada, 3 Dificultad grave, 4 Dificultad completa, y la opción NA (No Aplica). Como resultados se encontró una buena validez de apariencia y contenido y consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.87.

En el segundo artículo se presenta el estudio cuyo objetivo era diseñar, validar y determinar confiabilidad de un instrumento para evaluar limitaciones en actividad y restricciones en participación de niños con TDAH a nivel escolar. En el procedimiento se determinó validez de contenido y apariencia por juicio de expertos y consistencia interna mediante alfa de Cronbach, con una muestra de 37 profesores de niños de 6 a 12 años con TDAH escolarizados. El resultado fue el diseño del cuestionario CLARP-TDAH profesores con 6 dominios y 37 ítems, con una buena validez de apariencia y contenido, y suficiente consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.96 para el cuestionario completo, y para cada dominio valores por encima de 0.7.

En términos generales, para ambos estudios se encontró que los padres y las madres brindan información adecuada a través de la técnica de entrevista, la cual es fiable para identificar consecuencias en el funcionamiento de niños y niñas con TDAH (42); por lo tanto, es clara la importancia de llevar a cabo procesos de valoración funcional que permitan evidenciar el impacto en los diferentes contextos como el familiar, especialmente respecto a resultados a largo plazo y no solamente a los síntomas a corto plazo (16). De acuerdo con Lollar (39), dicha situación permite dirigir la discusión alrededor de la función, la deficiencia y los resultados a largo plazo, y su medición en niños y niñas con TDAH, reconociendo que la medición del funcionamiento es más útil que describir

síntomas, especialmente para la planeación de intervenciones. Con ambos estudios se logra dar un paso respecto a la evaluación de la funcionalidad y el funcionamiento de los niños y las niñas con TDAH, utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS, permitiendo trascender a las consecuencias personales, familiares, de amistades y vida social (14).

Los resultados acertados de consistencia interna para la evaluación de los dominios de la CIF pueden relacionarse, entre otros aspectos, con que fue construida con base en dominios específicos y códigos de esta clasificación, resultados similares a los encontrados en otros estudios donde se ha evaluado a niños y niñas con diversas situaciones cognitivas, motoras y comportamentales (22, 37).

El CLARP-TDAH Padres puede ser aplicado por diferentes profesionales y por el personal que interviene a los niños y niñas con TDAH, entre ellos: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educadores especiales y docentes. En tal sentido, favorece la intervención interdisciplinaria e integral a los niños y niñas en busca de su proceso de rehabilitación; además permite evidenciar cambios en el curso del tiempo de evolución del trastorno.

Como conclusiones de ambos estudios se encuentra la relevancia y necesidad de continuar procesos de validación y confiabilidad de los cuestionarios para determinar otras propiedades psicométricas, con muestras poblacionales mayores y con mayor proyección a nivel nacional.

7. VARIABLES CON SU RESPECTIVA OPERACIONALIZACION

7.1 Variables sociodemográficas:

Variable	Valor	Indicador	Índice
Edad	6 – 12	Número de años cumplidos	Años
Genero	Femenino		1
	Masculino		2
Estrato socioeconómico de la vivienda	Estrato 1		1
	Estrato 2		2
	Estrato 3		3
	Estrato 4		4
	Estrato 5		5
	Estrato 6		6
Persona a cargo del niño/a	Uno de los padres		1
	Otro familiar		2
	Otra persona fuera de la familia		3
Tratamiento farmacológico	Si	Recibe tratamiento a base de medicamentos	1
	No	No recibe tratamiento a base de medicamentos	2
Tratamiento de apoyo terapéutico	Si	Recibe tratamiento psicológico	1
	No	No recibe tratamiento psicológico	2
Otros tratamientos de apoyo terapéutico	Fisioterapia - Recibe tratamiento de fisioterapia	Sí	1
		No	2
	Fonoaudiología - Recibe tratamiento de fonoaudiología	Sí	1
		No	2
	Terapia ocupacional - Recibe tratamiento de Terapia Ocupacional	Sí	1
		No	2
	Terapias alternativas Recibe tratamiento de terapias alternativas	Sí	1
		No	2
	Psicología – Recibe apoyo de psicología	Sí	1
		No	2
	Apoyo pedagógico – Recibe apoyo pedagógico	Sí	1
		No	2
Tiempo de tratamiento	Menos de 1 año		1
	Entre 1 y 2 años		2
	Más de 2 años		3

Grado escolar actual	Jardín		10
	Transición		0
	Primero de primaria		1
	Segundo de primaria		2
	Tercero de primaria		3
	Cuarto de primaria		4
	Quinto de primaria		5
	Sexto de bachillerato		6
	Séptimo de bachillerato		7
	Octavo de bachillerato		8
	Ninguna		9
Tipo de institución escolar	Pública		1
	Privada		2
	No aplica		9
Número de compañeros de clase	Menos de 10 compañeros		1
	Entre 10 y 15 compañeros		2
	Entre 16 y 20 compañeros		3
	Entre 21 y 25 compañeros		4
	Más de 25 compañeros		5
	No aplica		9

Tabla No 7 Operacionalización de variables sociodemográficas

7.2. Variables de actividad y participación

VARIABLE	SUBVARIABLE	DIMENSIÓN	VALORES	INDICADOR	INDICE
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Aprendizaje básico	A 130 Copiar	0 No hay dificultad 1 Dificultad ligera 2 Dificultad moderada 3 Dificultad grave 4 Dificultad completa	0. Dificultad ninguna, insignificante 1. Dificultad poca, escasa 2. Dificultad media, regular 3. Dificultad mucha, extrema 4. Dificultad total 9. No aplica	0 1 2 3 4 9
		A 135 Repetir	Idem	Idem	Idem
		A 1551 Adquisición de habilidades	Idem	Idem	Idem

		complejas			
	Aplicación del conocimiento	A 160 Centrar la atención	Idem	Idem	Idem
		A 163 Pensar	Idem	Idem	Idem
		A 166 Leer	Idem	Idem	Idem
		A 170 Escribir	Idem	Idem	Idem
		A 172 Calcular	Idem	Idem	Idem
		A 175 Resolver problemas	Idem	Idem	Idem
		A 177 Tomar decisiones	Idem	Idem	Idem
Tareas y demandas generales	Llevar a cabo una única tarea	A 2102 Llevar a cabo una única tarea independientemente	Idem	Idem	Idem
		A 2103 Llevar a cabo una única tarea en grupo	Idem	Idem	Idem
	Llevar a cabo múltiples tareas	A 2200 Realizar múltiples tareas	Idem	Idem	Idem
	Llevar a cabo rutinas diarias	A 2302 Completar la rutina diaria	Idem	Idem	Idem
		A 2303 Dirigir el propio nivel de actividad	Idem	Idem	Idem
	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	A 2400 Manejo de responsabilidades	Idem	Idem	Idem
A 2401 Manejo del estrés		Idem	Idem	Idem	
Comunicación	Comunicación-recepción	P310 Comunicación-recepción de mensajes hablados	Idem	Idem	Idem
		P 3150 Comunicación-recepción de gestos corporales	Idem	Idem	Idem
		P 3152 Comunicación-recepción de dibujos y fotografías	Idem	Idem	Idem
	Conversación	P 3503 Conversar con una sola persona	Idem	Idem	Idem
		P 3504 Conversar con muchas personas	Idem	Idem	Idem

Movilidad	Cambiar y mantener la posición del cuerpo	A 4153 Permanecer sentado	Idem	Idem	Idem
		A 4154 Permanecer de pie	Idem	Idem	Idem
		A 4402 Manipular	Idem	Idem	Idem
		A 4454 Lanzar	Idem	Idem	Idem
		A 4455 Atrapar	Idem	Idem	Idem
	Andar y moverse	A 4502 Andar sobre diferentes superficies	Idem	Idem	Idem
		A 4503 Andar sorteando obstáculos	Idem	Idem	Idem
		A 4551 Trepas	Idem	Idem	Idem
		A 4552 Correr	Idem	Idem	Idem
		A 4553 Saltar	Idem	Idem	Idem
Autocuidado	Lavarse	A 5100 Lavar partes individuales del cuerpo	Idem	Idem	Idem
		A 5101 Lavar todo el cuerpo	Idem	Idem	Idem
		A 5102 Secarse	Idem	Idem	Idem
	Cuidado de las partes del cuerpo	A 5201 Cuidado de los dientes	Idem	Idem	Idem
A 5202 Cuidado del pelo		Idem	Idem	Idem	
	Higiene personal relacionada con la excreción	A 5300 Regulación de la micción	Idem	Idem	Idem
		A 5301 Regulación de la defecación	Idem	Idem	Idem
	Vestirse	A 5400 Ponerse la ropa	Idem	Idem	Idem
		A 5401 Quitarse la ropa	Idem	Idem	Idem
	Alimentarse	A 550 Comer	Idem	Idem	Idem
		A 560 Beber	Idem	Idem	Idem
Vida doméstica	Tareas del hogar	P 6300 Preparar comidas sencillas	Idem	Idem	Idem
		P 6400 Lavar y secar ropa	Idem	Idem	Idem
		P 6401 Limpiar la zona de cocina y los utensilios	Idem	Idem	Idem
		P 6402 Limpieza de la vivienda	Idem	Idem	Idem
		P 6405 Eliminación de la basura	Idem	Idem	Idem
		P 6506 Cuidado de los animales	Idem	Idem	Idem

Áreas principales de la vida	Educación	P 810 Educación no reglada	Idem	Idem	Idem
		P 820 Educación escolar	Idem	Idem	Idem
Vida comunitaria, social y cívica	Tiempo libre y ocio	P 9200 Juego	Idem	Idem	Idem
		P 9201 Deportes	Idem	Idem	Idem
		P 9202 Arte y cultura	Idem	Idem	Idem
		P 9203 Manualidades	Idem	Idem	Idem
		P 9204 Aficiones	Idem	Idem	Idem
		P 9205 Socialización	Idem	Idem	Idem
Interacciones y relaciones interpersonales		P 7102ii Tolerancia en las relaciones	Idem	Idem	Idem
		P 7200 Establecer relaciones	Idem	Idem	Idem
		P 7202 Regulación del comportamiento en las interacciones	Idem	Idem	Idem

Tabla No 8 Operacionalización de variables de actividad y participación

8. ESTRATEGIA METODOLOGICA

8.1 Tipo de estudio

La investigación se ubica en un enfoque empírico-analítico, en la cual se determinaron las propiedades psicométricas del instrumento CLARP-TDAH padres y CLARP-TDAH profesores, alcanzando un nivel descriptivo correlacional, a partir de la aplicación de pruebas de confiabilidad de instrumentos.

8.2 Población

Padres y profesores de niños y niñas de 6 a 12 años escolarizados de las ciudades de Cali, Cartagena, Popayán, Bogotá y Bucaramanga, con diagnóstico de TDAH.

8.3 Muestra y muestreo

La muestra fue no probabilística, a conveniencia, incluyendo padres y profesores de 203 niños y niñas escolarizados de las ciudades de Cali, Cartagena, Popayán, Bogotá y Bucaramanga con diagnóstico de TDAH confirmado por profesional y en edad entre 6 a 12 años.

Criterios de inclusión

- Padre o Madre de niño o niña con TDAH, en edad entre 6 y 12 años, con diagnóstico clínico de TDAH y confirmado con el MINI KID
- Profesor director de grupo de niño o niña con TDAH que acepte voluntariamente su participación una vez el padre o madre haya firmado consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Padre o Madre de niño o niña con TDAH, en edad entre 6 y 12 años, con diagnóstico clínico de TDAH, que presente otra alteración de origen neurológico neuromuscular

8.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

La técnica a utilizada fue la entrevista estructurada a padres y maestros, y el instrumento fue el Cuestionario con preguntas abiertas y de escala. Las preguntas abiertas corresponden a datos

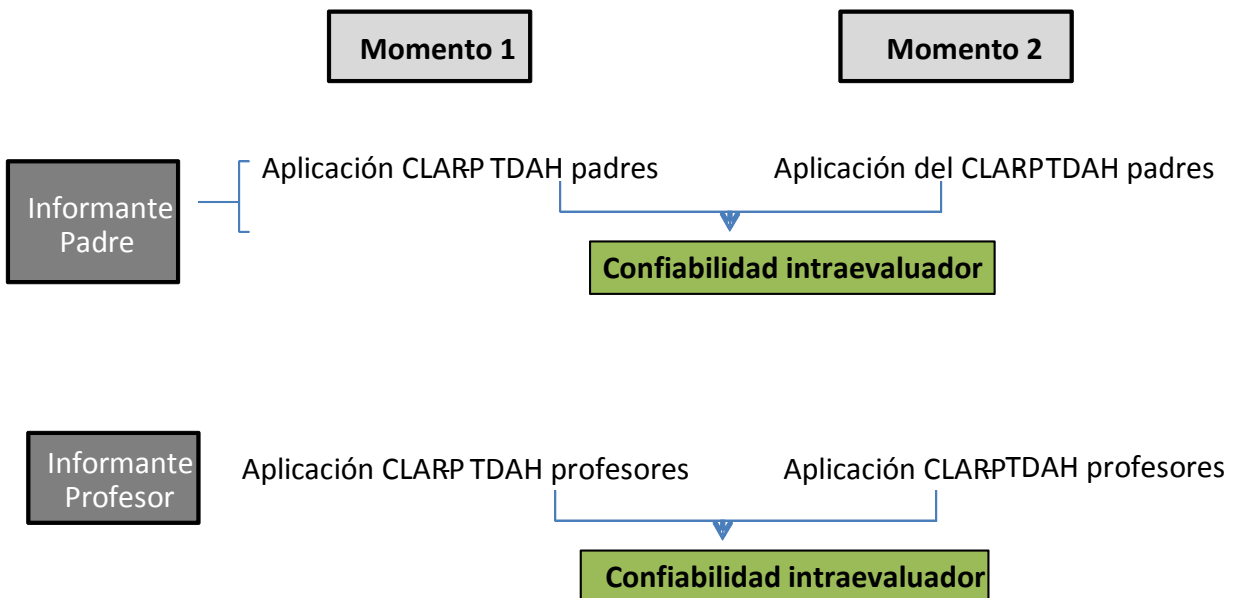
sociodemográficos, y las preguntas de escala a los ítems de los cuestionarios CLARP-TDAH Padres y CLARP-TDAH Profesores.

8.5 Procedimiento de recolección de la información



Grafica No 2. Procedimiento de recolección de la información.

8.6 Diseño metodológico



Grafica No 3 Diseño del estudio

8.7. Análisis de información

El procesamiento de la información se realizó a través del programa SPSS versión 19, el cual cuenta con certificado de funcionamiento al interior de la UAM.

El análisis de la información se realizó desde dos perspectivas:

- a. **Caracterización de la muestra:** Análisis descriptivo.
- b. **Determinación de las propiedades psicométricas de los instrumentos CLARP-TDAH padres y profesores:**
 - **Confiabilidad intraevaluador:** La concordancia se refiere al grado en que dos o más observadores, métodos, técnicas u observaciones están de acuerdo sobre el mismo fenómeno observado, cuán acordes están entre sí las observaciones sobre el mismo fenómeno. Para el caso de esta investigación, por tratarse de variables nominales con más de una categoría, se aplica el índice de Kappa con el objetivo de tener en cuenta la concordancia perfecta ocurrida entre los métodos u observadores para una misma categoría, y las diferencias de clasificación ocurridas entre los observadores o los métodos para cada una de las categorías existentes y con un ajuste por el grado de discordancia en cada una de ellas (40, 41). El índice de Kappa refleja la concordancia interobservador en la que se contrastan dos observaciones y si el grado de acuerdo se debe al azar. Los valores Kappa oscilan entre 0 y 1, y se clasifican así (40):
 - Pobre o débil: Valores menores a 0.4
 - Moderada: Valores entre 0.4 y 0.59
 - Buena: Valores entre 0.6 y 0.8
 - Muy buena: Valores superiores a 0.8

9. RESULTADOS

9.1. Análisis descriptivo

Caracterización sociodemográfica

El estudio se realizó con los padres y profesores de 203 niños diagnosticados con TDAH, de las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, y Popayán. De la muestra estudiada un 75,4% se ubican en los estratos 1,2, y 3. La edad de los participantes oscilo en un rango de 6 a 12 años, observando que el 68% de encuestados tenían edades entre los 6 y los 9 años, promedio 8.6, DE 1.7.

Tabla No 9.

Frente al genero se encontró que el 66.5% pertenecían al género masculino con una relación de 2 a 1.

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
6	24	11,8
7	40	19,7
8	34	16,7
9	40	19,7
10	30	14,8
11	25	12,3
12	10	4,9
Total	203	100,0

Tabla No 9. Distribución por edad

Con relación a los tratamientos que ha recibo la muestra en estudio, se encontró que el 29,1% toman medicamentos, de los cuales el 70% son hombres; el 81,8% de la población reciben manejo terapéutico, (Tabla No 10), siendo el de mayor uso la terapia ocupacional con el 50,2%, seguido por la fonoaudiología con el 25,1% y la fisioterapia con el 21,7%; otras áreas terapéuticas de importante utilidad en el manejo de esta población son el apoyo pedagógico la psicología a las cuales asisten el 45,3% y 64,5% de los participantes respectivamente. (Tabla No 11)

TRATAMIENTO	SI	NO
Tratamiento farmacológico	29,1	70,9%
Apoyo terapéutico	81,8%	18.2

Tabla No 10. Distribución por tratamientos

TIPO DE APOYO	SI
Fisioterapia	21,7%
Fonoaudiología	25,15
Terapia Ocupacional	50,2%
Apoyo Pedagógico	45,3%
Psicología	64,5%
Terapia Alternativas	3,4%

Tabla No 11. Distribución por tipo de apoyo terapéutico

9.2. Análisis correlacional

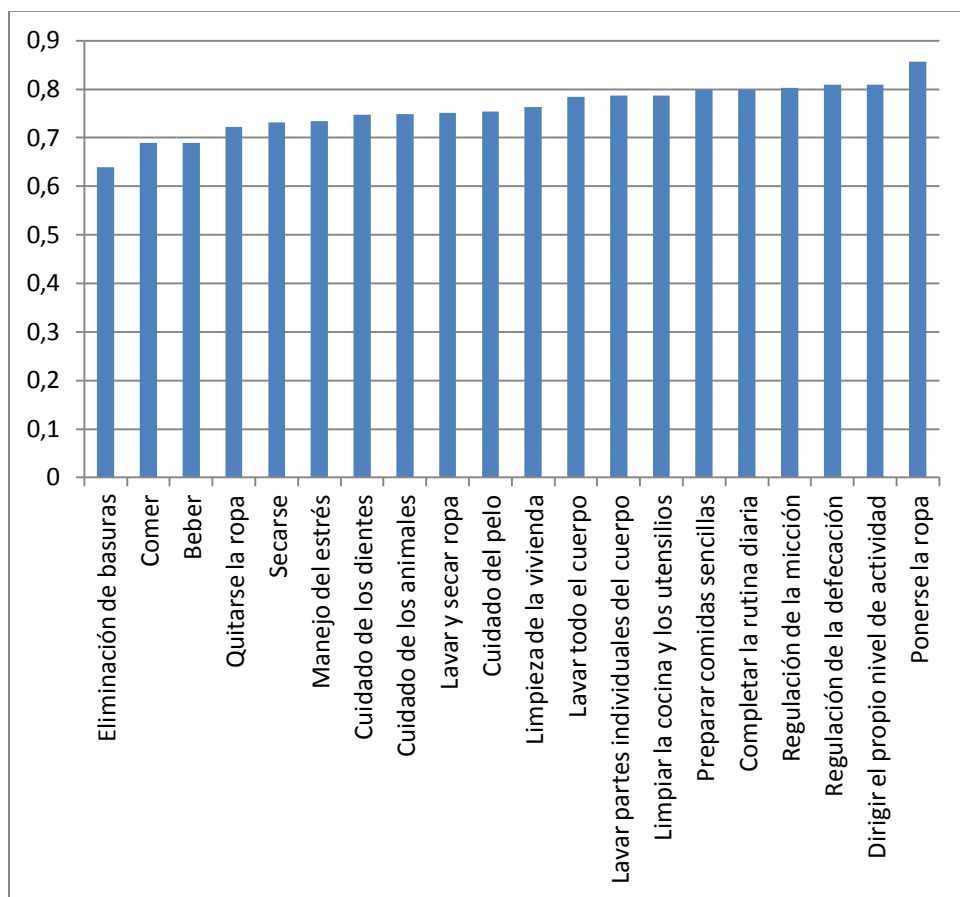
9.2.1 Confiabilidad intraevaluador cuestionarios CLARP TDAH padres y CLARP TDAH profesores

A los cuestionarios CLARP TDAH Padres y CLARP TDAH Profesores se les realizó la prueba de análisis de confiabilidad intraevaluador mediante el índice de kappa, tomándose como adecuados resultados, índices superiores a 0,7 con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$. Es importante aclarar que según la escala de confiabilidad aceptada universalmente se considera que un índice mayor a 0.8 representa una muy buena confiabilidad, de 0.6-0.8 buena y 0.4-0.59 moderada (40). Cabe resaltar que en la aplicación del cuestionario para padres algunos ítems fueron calificados como No Aplica, pero para ninguno de ellos este aspecto afectó la confiabilidad del valor kappa puesto que en todos los casos se contó con la mínima muestra requerida ($n=100$).

Acorde a lo anterior, se muestra en la tabla No 15 y la gráfica No 4 el valor de kappa (K) y su tendencia ascendente para las variables del test CLARP TDAH PADRES, encontrando que los 20 ítems evaluados obtuvieron un nivel de concordancia de muy bueno y bueno, con unos valores de kappa superiores a 0.6. Es importante resaltar que las actividades de dirigir su propio nivel de actividad, ponerse la ropa, regulación de la micción y la defecación, obtuvieron un índice por encima de 0.8, lo cual refleja muy buena fuerza de concordancia entre las dos evaluaciones. Para mayor claridad, también se especifica el número y detalle de las coincidencias entre el test y el retest del instrumento entre cada uno de sus ítems en la tabla No 16, reconociendo entonces de donde se derivaron los valores kappa.

ITEM	n	KAPPA (k)	P VALOR
Completar la rutina diaria	203	0,799	0,0001
Dirigir el propio nivel de actividad	203	0,810	0,0001
Manejo del estrés	201	0,734	0,0001
lavar partes individuales del cuerpo	202	0,787	0,0001
lavar todo el cuerpo	203	0,784	0,0001
Secarse	203	0,731	0,0001
Cuidado de los dientes	202	0,748	0,0001
Cuidado del pelo	196	0,754	0,0001
Regulación de la micción	203	0,803	0,0001
Regulación de la defecación	203	0,809	0,0001
Ponerse la ropa	203	0,857	0,0001
Quitarse la ropa	203	0,723	0,0001
Comer	203	0,689	0,0001
Beber	203	0,689	0,0001
Preparar comidas sencillas	174	0,799	0,0001
Lavar y secar ropa	131	0,752	0,0001
Limpiar la zona de cocina y los utensilios	164	0,787	0,0001
Limpieza de la vivienda	193	0,763	0,0001
Eliminación de la basura	163	0,639	0,0001
Cuidado de los animales	136	0,749	0,0001

Tabla 12. Índice de kappa test y re-test CLARP TDAH padres



Gráfica No 4. Tendencia ascendente de los valores Kappa CLARP-TDAH padres

ACTIVIDAD	n	Coincidencia en ninguna Dificultad	Coincidencia en dificultad ligera	Coincidencia en dificultad moderada	Coincidencia en dificultad grave	Coincidencia en dificultad completa	No coincidencias
Completar la rutina diaria	203	19	48	66	28	12	30
Dirigir el propio nivel de actividad	203	8	25	80	47	16	27
Manejo del estrés	201	27	35	53	31	14	41
Lavar partes individuales del cuerpo	202	76	35	40	18	3	30
Lavar todo el cuerpo	203	76	37	36	21	2	31
Secarse	203	77	32	28	24	4	38
Cuidado de los dientes	202	29	40	37	49	8	39
Cuidado del pelo	196	65	26	27	36	6	36
Regulación de la micción	203	140	20	18	5	2	18
Regulación de la defecación	203	149	24	11	3	1	15
Ponerse la ropa	203	97	32	35	18	2	19
Quitarse la ropa	203	97	28	35	5	3	35
Comer	203	97	26	32	4	5	39
Beber	203	124	19	24	4	1	31
Preparar comidas sencillas	174	67	34	37	11	1	24
Lavar y secar ropa	131	38	30	23	14	2	24
Limpieza de la zona de cocina y los utensilios	164	54	28	26	26	4	26
Limpieza de vivienda	193	28	33	40	49	8	35
Eliminación de basura	163	42	29	24	14	9	45
Cuidado de los animales	136	40	29	31	8	3	25

Tabla No 13. Coincidencias test – retest entre las variables del instrumento CLARP Padres

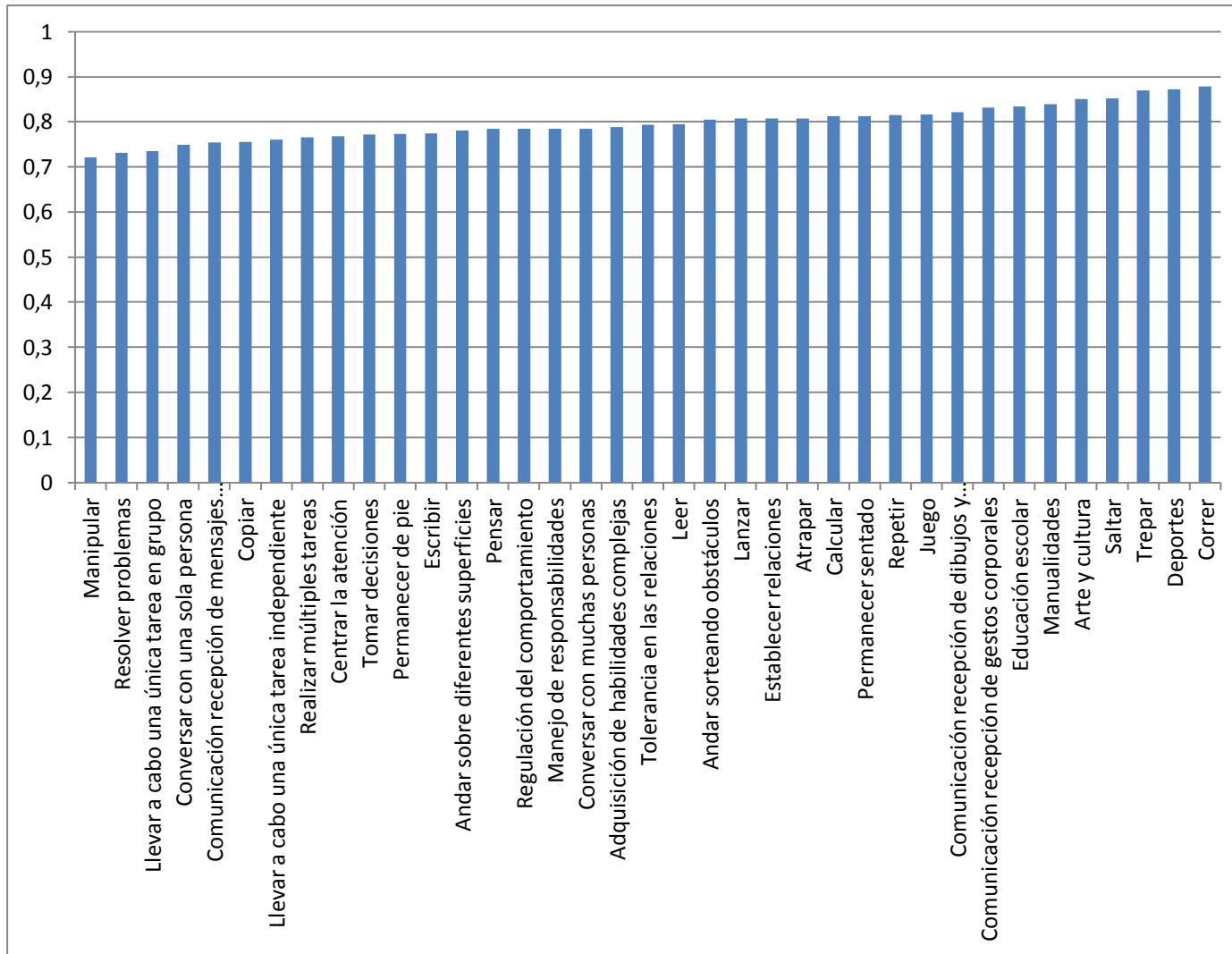
Con respecto al CLARP TDAH PROFESORES, se encontró que las actividades con una fuerza de concordancia muy buena, es decir superior a un índice superior de 0.8, fueron las actividades relacionadas con aprendizaje y aplicación del conocimiento, como repetir y calcular, las relacionadas

con la comunicación, como recepción de gestos y dibujos, y las habilidades relacionadas con el movimiento como correr, lanzar, atrapar, sortear obstáculos, trepar y saltar. De igual manera las actividades de orden relacional, tales como establecer relaciones, participar en actividades de arte y cultura, educación escolar, deportes y manualidades, también obtuvieron un índice por encima de 0.8. Tabla No 17 y gráfica No 5. En la Tabla No 18 se especifican el número y detalle de las coincidencias entre el test y retest de todos los ítems del CLARP-TDAH Profesores.

ITEM	KAPPA (k) (n=203)	P VALOR
Copiar	0,755	0,001
Repetir	0,815	0,001
Adquisición de habilidades complejas	0,788	0,001
Centrar la atención	0,768	0,001
Pensar	0,784	0,001
Leer	0,795	0,001
Escribir	0,775	0,001
Calcular	0,812	0,001
Resolver problemas	0,731	0,001
Tomar decisiones	0,772	0,001
Llevar a cabo una única tarea independientemente	0,761	0,001
Llevar a cabo una única tarea en grupo	0,735	0,001
Realizar múltiples tareas	0,765	0,001
Manejo de responsabilidades	0,785	0,001
Comunicación recepción de mensajes hablados	0,754	0,001
Comunicación recepción de gestos corporales	0,831	0,001
Comunicación recepción de dibujos y fotografías	0,821	0,001
Conversar con una sola persona	0,749	0,001
Conversar con muchas personas	0,785	0,001
Permanecer sentado	0,813	0,001
Permanecer de pie	0,773	0,001
Manipular	0,721	0,001

Lanzar	0,807	0,001
Atrapar	0,808	0,001
Andar sobre diferentes superficies	0,781	0,001
Andar sorteando obstáculos	0,805	0,001
Trepar	0,870	0,001
Correr	0,879	0,001
Saltar	0,852	0,001
Establecer relaciones	0,807	0,001
Regulación del comportamiento en las interacciones	0,784	0,001
Tolerancia en las relaciones	0,793	0,001
Educación Escolar	0,834	0,001
Juego	0,816	0,001
Deportes	0,872	0,001
Arte y cultura	0,850	0,001
Manualidades	0,839	0,001

Tabla 14. Índice de kappa test y re-test CLARP TDAH profesores



Gráfica No 5. Tendencia ascendente de los valores kappa CLARP-TDAH Profesores

Actividad	Coincidencia en ninguna Dificultad	Coincidencia en dificultad ligera	Coincidencia en dificultad moderada	Coincidencia en dificultad grave	Coincidencia en dificultad completa	No coincidencias de n=203 (%)
Copiar	14	41	57	51	3	37 (18.2)
Repetir	39	31	60	38	6	29 (14.2)
Adquisición de actividades complejas	41	34	55	37	3	33 (16.2)
Centrar la atención	14	29	42	66	17	35 (17.2)
Pensar	44	32	46	40	3	38 (18.7)
Leer	16	42	55	48	6	36 (17.7)
Escribir	17	50	62	38	2	34 (16.7)
Calcular	29	37	44	41	13	39 (19.2)
Resolver problemas	37	38	43	32	11	42 (20.6)
Tomar decisiones	35	52	44	27	10	35 (17.2)
Llevar a cabo una tarea independiente	22	47	47	49	0	38 (18.7)
Llevar a cabo una única tarea en grupo	25	46	48	42	2	40 (19.7)
Realizar múltiples tareas	32	39	46	48	2	36 (17.7)
Manejo de responsabilidades	28	41	49	44	8	33 (16.2)
Comunicación percepción de mensajes hablados	31	50	55	26	4	37 (18.2)
Comunicación recepción gestos corporales	76	45	38	20	0	24 (11.8)
Comunicación recepción dibujos y fotografías	83	38	39	17	0	26 (12.8)
Conversar con una sola persona	66	37	38	24	1	37 (18.2)
Conversar con muchas personas	60	31	34	40	5	73 (35.9)
Permanecer sentado	9	19	56	62	29	28 (13.7)
Permanecer de pie	13	22	50	53	30	35 (17.2)
Manipular	73	42	34	14	2	38 (18.7)

Lanzar	110	41	22	7	0	23 (11.3)
Atrapar	97	41	33	7	0	25 (12.3)
Andar sobre diferentes superficies	109	42	20	5	0	27 (13.3)
Andar sorteando obstáculos	104	34	20	18	2	25 (12.3)
Trepar	126	30	27	5	0	15 (7.38)
Correr	142	27	21	2	0	11 (5.41)
Saltar	139	25	20	5	0	14 (6.89)
Establecer relaciones	56	44	48	24	2	29 (14.2)
Regulación del comportamiento en las relaciones	45	31	55	36	3	33 (16.2)
Tolerancia en las relaciones	38	39	61	32	1	32 (15.7)
Educación escolar	28	32	62	50	6	25 (12.3)
Juego	89	36	42	11	0	25 (12.3)
Deporte	106	36	36	8	0	17 (8.37)
Arte y cultura	95	43	29	16	0	20 (9.85)
Manualidades	76	54	26	24	0	23 (11.3)

Tabla No 15. Coincidencias test – retest entre las variables del instrumento CLARP Profesores

10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente proyecto de investigación se determinó la confiabilidad intraevaluador de los cuestionarios CLARP-TDAH Padres y CLARP-TDAH Profesores en una muestra de 203 niños y niñas de cinco ciudades Colombianas, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Popayán y Cartagena.

En algunos estudios previos (7, 27) se abordaron sociodemográficamente a individuos en edades de tres años en adelante lo que se considera primera infancia, esto contrastó con nuestro trabajo ya que para estos estudios la población seleccionada entre los 3 y 5 años osciló entre un 20% a un 33%, en la presente investigación la población de 6 años solo fue el 11.8%. En relación con las diferencias por género, se observó que se detecta el trastorno más en niños que niñas con una incidencia de 2 a 1 siendo mayor en varones que en mujeres como lo reportado por trabajos de España, Venezuela, Estados Unidos, al igual que en niños Colombianos (2). En la literatura se describe el sexo como un factor de riesgo para el desarrollo de TDAH, la proporción entre varones y mujeres oscila desde 2:1 hasta 6:1, siendo los datos concordantes con los hallados por este estudio.

Para la población objeto de este trabajo es frecuente saber que sus hijos pueden ser intervenidos con algún tipo de tratamiento lo curioso es conocer que en muchos casos son los docentes o los mismos padres que sugieren e inducen al niño sin diagnóstico a un tipo de tratamiento, que por lo general es farmacológico, en este trabajo fue interesante encontrar que el 29% de la población recibe tratamiento farmacológico y un 81% recibe otro apoyo terapéutico, es claro que desde los años 30 se conoce que los efectos farmacológicos inducen a un mejor rendimiento académico, pero bajo esta premisa un 0.5% de los padres refiere un manejo no farmacológico con sus hijos, ya que acudieron a terapias alternativas o complementarias, y sin saber o conocer su efectividad, buscaron alternativas dentro de sus posibilidades aun a sabiendas que los efectos clínicos son materia de discusión.

Por lo anterior y basándonos en los resultados encontrados en la literatura en estudios de más de 10 años y en los cuales se reportó que a los padres y docentes involucrados con niños con este trastorno se les debe sugerir abordar de forma complementaria no solo con modalidades farmacológicas, o psicosociales, se reconoce con mayor fuerza que se debe intervenir bajo la modalidad de tratamientos de tipo multimodales, los cuales incluyen por ejemplo un abordaje de tipo Neurorehabilitación, esto plantea la necesidad de realizar más y mejores intervenciones, con el fin de

tomar mejores decisiones en el balance riesgo / beneficio lo cual va a dar condiciones adecuadas en el manejo de estos niños y así evitar el fracaso y la deserción escolar temprana.

Si bien el compromiso desde signos y síntomas es importante en el TDAH, lo es más el compromiso funcional, generando mayores repercusiones en el desempeño de diferentes actividades de la vida diaria a nivel familiar, escolar y social, y por ende necesidad de intervenciones que generan mayores costos a nivel personal, económico y social, como la desintegración familiar, el aumento en la tasa de deserción escolar, la repitencia en grados escolares. Por lo tanto, es clara la importancia de llevar a cabo procesos de valoración desde la funcionalidad y el funcionamiento en niños y niñas con TDAH, que permitan evidenciar el impacto en los diferentes contextos familiar y escolar especialmente respecto a resultados a largo plazo y no solamente a los síntomas a corto plazo (17, 43).

De acuerdo a Lollar (39), en cuanto a la necesidad de dirigir la discusión alrededor de la función, la deficiencia y los resultados a largo plazo y su medición en niños con TDAH, es importante reconocer que la medición del funcionamiento del niño es más útil que describir síntomas, especialmente para la planeación de intervenciones, es de resaltar que la reducción de síntomas centrales no puede corresponder con la mejoría en el funcionamiento. Con este estudio se logra dar un paso respecto a la evaluación de la funcionalidad y el funcionamiento de los niños y las niñas con TDAH utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS, permitiendo trascender a las consecuencias personales, familiares, amigos, escuela y vida social (14)

Frente a los procesos evaluativos de los niños y niñas con TDAH bajo el modelo de la CIF, los instrumentos CLARP-TDAH Padres y CLARP-TDAH Profesores en un primer estudio realizado en 2009 en la ciudad de Manizales con una muestra de 42 niños y niñas de 6 a 12 años de edad con TDAH, demostraron un adecuado nivel de confiabilidad por consistencia interna, dado por un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87 y de 0.96 respectivamente (19, 20). En el presente subproyecto se trascendió al análisis psicométrico de los cuestionarios en cinco ciudades colombianas encontrando específicamente un adecuado nivel de confiabilidad intraevaluador de ambos cuestionarios, en el CLARP-TDAH Padres todos sus ítems con valores índice de Kappa muy buenos todos por encima de 0.6, 4 de ellos mayores a 0.8 y 16 mayores a 0.7, y en el CLARP-TDAH Profesores todos los 37 ítems con valores Kappa por encima de 0.7, 16 de ellos mayores a 0.8. Es de resaltar que en el estudio de Battaglia y otros publicado en 2004 (37), también se encontró una fuerte confiabilidad test retest

para la codificación de las diferentes variables de todos los dominios de actividad y participación de la CIF con p-valor entre 0.000 y 0.02.

Especificando el análisis de los valores Kappa en cada uno de los ítems, es importante reconocer que respecto al CLARP-TDAH Padres los ítems ponerse la ropa, dirigir el propio nivel de actividad, regulación de la micción y de la defecación y completar la rutina diaria fueron los que obtuvieron valores mayores a 0.8, lo cual puede estar dado porque para los padres es más fácil reconocer con mayor certeza y confiabilidad actividades funcionales relacionadas con los hábitos en el hogar como lo son estas, que otras actividades más circunstanciales, por ejemplo las actividades de la vida doméstica como eliminación de la basura que fue la que obtuvo un valor más bajo en el diligenciamiento del cuestionario. En cuanto a la confiabilidad del CLARP-TDAH Profesores, llama la atención que los ítems relacionados con la movilidad tales como trepar, correr y saltar son los que obtuvieron valores mayores a 0.85, al igual que los deportes, el arte y la cultura, las cuales son actividades fácilmente observables por un profesor y en diferentes actividades y contextos de la rutina escolar. De igual manera, otros ítems con valores altos como las actividades relacionadas con la comunicación verbal, no verbal, gráfica y escrita que son parte habitual de la rutina académica, se hacen evidentes y factibles de ser evaluadas de una manera confiable y consistente por un profesor. Los ítems con valores de correlación menores pero igualmente adecuados correspondieron a aquellas actividades en las que el profesor de forma inconsistente puede conocer el desempeño de los niños y niñas, como aquellas que implican menor o mayor complejidad dependiendo del contexto, del objetivo y de la actividad misma, como el resolver problemas y llevar a cabo tareas en grupo.

Cabe reconocer que según la literatura revisada no existe ningún otro instrumento para la evaluación de la funcionalidad y el funcionamiento bajo el modelo de la CIF para niños con TDAH, pero sí existen reportes del uso de la CIF en la población pediátrica en general, por ello no es posible realizar correlaciones y argumentaciones sólidas y fundamentadas en torno a los resultados de esta investigación respecto a la confiabilidad intraevaluador de todos y cada uno de los dominios y sus ítems, en este sentido, es posible lograr iniciar el análisis considerando que los resultados acertados de confiabilidad para la evaluación de los dominios de la CIF pueden relacionarse, entre otros aspectos, con que fue construida con base en dominios específicos y códigos de esta clasificación, resultados similares a los encontrados en otros estudios donde se ha evaluado a niños y niñas con diversas situaciones cognitivas, motoras y comportamentales (37, 38).

También se hace factible identificar que en el CLARP-TDAH Padres, varios de sus ítems en el dominio de Vida doméstica tuvieron en común calificaciones de No Aplica, en este caso cabe citar que en otros estudios como el de Kronk y otros (22), y Battaglia y otros (37), en los cuales se evaluó la confiabilidad interevaluador en la asignación de códigos y la calificación de dominios de actividades y participación desde la CIF, y evaluar la aplicabilidad y confiabilidad de la CIF en la descripción de la discapacidad en los niños respectivamente, los dominios de vida doméstica y áreas principales de la vida fueron los que más recibieron calificación de No Aplica y no fueron incluidos para la evaluación. Este fenómeno es importante resaltarlo, en el sentido en que para la población infantil por ser un grupo etéreo en proceso de desarrollo y en el cual se circunscriben múltiples factores ambientales como por ejemplo los patrones y pautas de crianza, los estilos parentales y familiares y otras circunstancias socioculturales, es posible tener en cuenta la opción de calificación No Aplica así como se tuvo en cuenta en estos estudios basados en la CIF (22, 37).

En términos generales, se encontró que los padres y los profesores brindan información adecuada a través de la técnica de entrevista, la cual es fiable para identificar consecuencias en el funcionamiento de niños y niñas con TDAH (42), ambos cuestionarios resultaron confiables para su aplicación, por lo cual se asume que ambas fuentes pueden dar información adecuada (31) como tradicionalmente se realiza para niños con este diagnóstico a través de otros instrumentos y escalas en Colombia como el cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional - Checklist para DDA (10) versión Colombiana validado en Manizales y el Sistema multidimensional para la evaluación de los comportamientos de los niños - Behavior Assessment System for Children – BASC (33).

Padres y profesores son fiables para identificar consecuencias en el funcionamiento de niños con TDAH, no obstante, se observan diferencias y similitudes en la manera de hacerlo. Bajo este resultado cabe citar el estudio de Ortiz-Luna y Acle-Tamasini (42), donde se analiza si la cuestión es si los padres y profesores tienen formas distintas de conceptualizar las conductas o si estas diferencias podrían ser reflejo de la diferencia entre ambos contextos. En otros estudios se cita que para niños más pequeños (9-11 años) la convergencia entre padres y profesores en el momento de evaluar no es tan evidente como en niños mayores, estas diferencias en la información provista por ambas fuentes no necesariamente implica que una sea más válida que la otra, sino que puede interpretarse de manera diferente como reflejo de las diferencias conductuales ocasionadas por los contextos o las

interacciones diferenciales entre el niño y quien informa (43,44,45,46,47,48,49). Igualmente, estas podrían ser las razones de la diferencia en la confiabilidad de ambas fuentes, padres y profesores, donde resulta mayor la confiabilidad intraevaluador del cuestionario para profesores en el contexto escolar con valores Kappa por encima de 0.7 que la del cuestionario para padres en el contexto familiar y del hogar donde algunos tienen valores de 0.6.

De acuerdo a la información recolectada de padres y profesores, estos instrumentos permiten evidenciar que las manifestaciones clínicas del TDAH podrían tener un gran impacto en el desarrollo de los niños y la niñas desde diferentes dimensiones que interfieren en su funcionamiento cognitivo, comunicativo, personal y social, afectando su desempeño y generando múltiples desventajas, es evidente entonces, así como lo refieren Biederman y otros (50) y Lollar (39), que la presencia de los síntomas en sí no determina su situación de discapacidad, sino las repercusiones de estos síntomas son las que alteran la funcionalidad y el funcionamiento del niño en sus contextos familiar y escolar para el caso de este estudio. Específicamente el cuestionario para profesores tiene mayores fortalezas psicométricas de confiabilidad, reconociendo al igual que otros autores como Loe y Feldman (16) que su aplicación permitiría determinar puntualmente los problemas en la escuela, los cuales son clave en la caracterización de los niños y niñas con TDAH especialmente en los dominios de aprendizaje y aplicación del conocimiento y tareas y demandas generales, los cuales a su vez fueron los que obtuvieron mejores valores Kappa.

Los cuestionarios CLARP pueden ser aplicados por diferentes profesionales y por el personal que interviene a los niños y niñas con TDAH, entre ellos: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educadores especiales y docentes. En tal sentido, favorece la intervención interdisciplinaria e integral a los niños y niñas en busca de su proceso de rehabilitación; además permite evidenciar cambios en el curso del tiempo de evolución del trastorno. Es de reconocer que los cuestionarios son de fácil y clara aplicación, y requieren mínimo entrenamiento desde las bases conceptuales y la aplicación de la CIF (22).

Ambos instrumentos de evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños y niñas con TDAH evidencian claramente a la CIF como una herramienta relevante para su valoración integral, y prueba su aplicabilidad y confiabilidad en procesos de intervención en salud y rehabilitación pediátrica. Se constituye en un adelanto y aporte investigativo en el campo de la

neurorrehabilitación, específicamente en coherencia con el interés de la CIF (OMS) de caracterizar las condiciones de salud de las personas desde un modelo biopsicosocial y una estructura que permita abordar los factores biológicos, personales y sociales desde el funcionamiento humano, así como lo refieren Jetta (52) y Rauscher y Greenfield (53), en sus publicaciones sobre la relación e importancia de la CIF para los procesos investigativos y de intervención en rehabilitación. También el instrumento permite identificar problemas y dificultades específicas y relevantes, facilitando diseñar el plan más apropiado de intervención desde las diversas disciplinas de apoyo terapéutico que intervienen a los niños y las niñas con TDAH (54), esto al mismo tiempo logra apoyar la utilidad de la CIF, en cuanto a aportar a un lenguaje común, estandarizado, fiable y aplicable transdisciplinar y transculturalmente que permita describir los elementos importantes de la salud en esta población (OMS, 2001).

11. CONCLUSIONES

- En niños y niñas con TDAH es necesario conocer información adicional que vaya más allá del diagnóstico, es importante separar los signos y síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad solamente, de sus consecuencias, para un mejor entendimiento del trastorno, por lo tanto se deben tener en cuenta otras alteraciones funcionales y del funcionamiento que trasciendan a la observación clínica en los diferentes ámbitos familiar y escolar y desde las conductas y comportamientos adaptativos a nivel personal y social.
- La CIF tiene como propósito general facilitar un trabajo unificado interdisciplinario y un lenguaje estándar para describir los resultados de salud a niveles de cuerpo (funciones y estructuras corporales), persona (actividades) y sociedad (participación), por lo tanto se constituye en una herramienta que facilita un abordaje integral a los niños con TDAH. Además los resultados de su aplicación pueden aportar de manera relevante para la toma de decisiones desde la política pública para la infancia.
- La CIF desde sus dominios para la evaluación de variables específicas tiene el potencial para proveer un marco global en la evaluación, intervención, y medición de resultados, para el caso de los niños con TDAH permitió la determinación de la confiabilidad intraevaluador de los cuestionarios CLARP-TDAH padres y CLARP-TDAH profesores, en función de la evaluación de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación a nivel familiar y escolar.
- Los cuestionarios CLARP-TDAH Padres y Profesores cuentan con una adecuada confiabilidad intraevaluador, evidenciada por valores índice de Kappa superiores a 0.7, por lo tanto se permite iniciar su uso y aplicación clínica a nivel local, regional y nacional.
- El CLARP-TDAH padres y el CLARP-TDAH profesores puede ser aplicado por diferentes profesionales y personal que interviene a los niños con diagnóstico de TDAH, entre ellos: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educadores especiales y profesores. En tal sentido, favorece la intervención interdisciplinaria e integral a los niños en busca de su proceso de rehabilitación, además que permite evidenciar cambios en el curso del tiempo de evolución del trastorno.

- En el desarrollo del proyecto de investigación se corroboró la deficiencia de la literatura respecto a estudios sobre instrumentos basados en la CIF para la evaluación de niños y niñas con TDAH, esta se constituyó en una limitación del estudio en su fase de informe final puesto que no permitió una argumentación y conceptualización fuerte en la discusión mediante la contrastación y comparación con resultados de otras investigaciones.
- Los resultados del estudio se constituyen en un adelanto y aporte investigativo en el campo de la neurorrehabilitación, específicamente en coherencia con el interés de la CIF (OMS) de caracterizar las condiciones de salud de las personas desde un modelo biopsicosocial y una estructura que permita abordar los factores biológicos, personales y sociales desde el funcionamiento humano.

12. RECOMENDACIONES

- Los resultados del estudio permiten evidenciar la importancia de continuar procesos investigativos en neurorrehabilitación en torno a la CIF, en búsqueda de un abordaje evaluativo y de intervención desde el modelo biopsicosocial en este caso en la población pediátrica.
- Con este estudio se logra una mayor consolidación de los cuestionarios CLARP-TDAH padres y CLARP-TDAH profesores, por lo tanto se recomienda continuar con otras investigaciones con muestras poblacionales mayores y con otras metodologías para continuar con sus procesos de validez y confiabilidad.
- Se recomienda el uso del CLARP-TDAH padres y CLARP-TDAH profesores por todos los miembros del equipo de salud y de rehabilitación de los niños y niñas con TDAH.
- De acuerdo a los resultados de la investigación se encuentra la necesidad y oportunidad de desarrollar el componente factores contextuales de la CIF en esta población, sería importante establecer las relaciones causales, barreras o facilitadores desde los estilos de vida, el entorno y las condiciones personales mismas de los niños con TDAH.
- Respecto a que algunos ítems del cuestionario CLARP-TDAH Padres obtuvieron calificación No Aplica, es de resaltar que se esperan sus resultados respecto a la consistencia interna para reconsiderar su relevancia y presencia en el cuestionario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Arriada-Mendicoa, N., Otero-Siliceo, E. Síndrome de atención deficitaria. Aspectos básicos del diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología* 2000;31(9):845-851.
- (2) Cornejo J.W., Osío, O. Sánchez Y., Carrizosa J., Sánchez G., Grisales H., Castillo-Parra H., Holguín J. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología* 2005;40(12):716-722.
- (3) Roselló B, Amado L, Bo RM. Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad". *Rev Neurol Clin* 2000;1:181-92.
- (4) Biederman J, Faraone SV, Milberger S. Predictors of persistence and remissions of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:343-351.
- (5) Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-depend decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact on remission definition and symptom type. *Am. J. Psychiatry* 2000;157:816-818.
- (6) Klein RG, Mannuzza S. Long-term outcome of hyperactive children: a review". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:383-387.
- (7) Montiel-Nava C., Peña, J.A. Montiel-Barbero I. Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Revista de Neurología* 2003;37(9):815-819
- (8) García-Pérez A., Expósito-Torrejón J., Martínez-Granero M.A., Quintanar-Rioja A., Bonet-Serra B.. Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades. *Revista de Neurología* 2005;41(9):517-524.
- (9) Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder*. The Guilford Press. New York. 1998.
- (10) Pineda DA, Henao GC, Puerta IC, Mejía SE, Gómez LF, Miranda ML et al. Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de neurología* 1999;28:361-365.
- (11) Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10*. Génova: OMS. 1992.
- (12) Asociación Americana de Psiquiatría: *DSM-IV-TR*. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona. 2002.
- (13) Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF)*. Génova: OMS. 2001.

- (14)Ustün TB. Using the international classification of functioning, disease and health in attention-deficit/hyperactivity disorder: separating the disease from its epiphenomena. *Ambulatory Pediatrics* 2007; Jan-Feb, 7(1 Suppl):132-9.
- (15)Cunningham CE. A Family-centered approach to planning and measuring the outcomes of intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ambul Pediatr* 2007;7(Supl 1):60-72.
- (16)Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD: literature review and proposal for future research. *Ambul Pediatr* 2007;7(Supl 1):82-90.
- (17)Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. *Ambul Pediatr* 2007;7(Supl 1):101-106.
- (18)Cardo E, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de neurología* 2008;46:365-372.
- (19)Salamanca L. Construcción, validación y confiabilidad de un cuestionario sobre niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2010;8(2):1117-1129.
- (20)Salamanca L. Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH a nivel escolar. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y adolescencia* 2010;2(1):19-30.
- (21)Alarcón AM, Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev Méd Chile* 2008;136:125-130.
- (22)Kronk R, Ogonowski J, Rice C., Feldman H. Reliability in assigning ICF codes to children with special health care needs using a developmentally structured interview. *Disability and Rehabilitation* 2005;27(17):977– 983.
- (23)Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9:541-555.
- (24)Ramos V, González J.C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *Bol Pediatr* 2007;47:116-124.
- (25)Rodríguez J. *Psicopatología infantil básica*. Pirámide. Madrid. 2000.
- (26)Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell RL. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37, 1998:185-193.
- (27)Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX, Grupo de investigación Fundema. Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de neurología* 2001;32(3):1-6.

- (28) Fernández Pérez M., López Benito M. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: ¡al abordaje!. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004;6:421-432.
- (29) Espinosa Eugenia, Dunoyer Catalina. *Neuropediatría. Segunda Edición. Asociación Colombiana de Neurología. Bogotá. 2001.*
- (30) De la Osa-Langreo A, Mulas F, Téllez de Meneses M, Gandía R, Mattos L. Psicofarmacología de los trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología* 2007; 44(Supl 2):31-35.
- (31) American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105, 2000:1158–1170.
- (32) Brent R, Collett B R., Ohan J, Myers K. M. Ten-year review of rating scales. V: scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003;42(9):1015–1037.
- (33) Pineda DA, Kamphaus RW, Mora O, Restrepo MA, Puerta IC, Palacio LG et al. Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Revista de neurología* 1999;28(7):672-681.
- (34) Poeta L.S., Rosa-Neto F. Evaluación motora en escolares con indicadores del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología* 2007;44(3):146-149.
- (35) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: manual de clasificación relacionado con las consecuencias de la enfermedad. Génova, OMS. 1980
- (36) Simeonsson RJ, Leonardi M, Lollar D, Bjorck-Akesson E, Hollenweger J, Martinuzzi A. Applying the international classification of functioning, disability and health (icf) to measure childhood disability. *Disabil Rehab* 2003;25(11):602-10.
- (37) Battaglia M, Russo E, Bolla A, Chiusso A, Bertelli S, Pellegrini A et al. International classification of functioning, disability and health in a cohort of children with cognitive, motor, and complex disabilities. *Dev Med Child Neurol* 2004;46:98-106.
- (38) Ogonowski J, Kronk R, Rice C, Feldman H. Inter-rater reliability in assigning ICF codes to children with disabilities. *Disability and Rehabilitation* 2004;6(26):353-361.
- (39) Lollar D. Function, impairment, and Long-term outcomes in children with ADHD and how to measure them. *Pediatric Annals* 2008;37(1):28-36.

- (40)Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cuarta Edición. McGraw-Hill. 2007.
- (41)Kerlinger, F. N., Lee H. B. Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. McGraw-Hill Interamericana Editores. México. 2002.
- (42)Ortiz J, Acle G. Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. Revista de Neurología 2006;42(1):17-21.
- (43)Montiel-Nava C, Peña JA. Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. Revista de neurología 2001;32:506-511.
- (44)Steele R, Forehand R, Devine D. Adolescent social and cognitive competence: crossinformant and intraindividual consistency across three years. J Clin Child Psychol 1996;25:60-65.
- (45)Stanger C, Lewis M. Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. J Clin Child Psychol 1993;22:107-115.
- (46)Bird HR, Gould MS, Staghezza B. Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. J Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;31:78-85.
- (47)Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP, Newcorn JP, Halperin JM. Parent-teacher concordance for DSMIV attentiondeficit/hyperactivity disorder in a clinic referred sample. J Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:308-313.
- (48)Jensen PS, RubioStipeck M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab- Stones ME, et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? . J Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1569-1579.
- (49)Farré Riba A, Narbona J. Escala de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. Revista de Neurología 1997;25:200-204.
- (50)Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:1495-1503.
- (51)Brown RT, Perrin JM. Measuring Outcomes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Ambulatory pediatrics 2007;7:57-59.
- (52)Jetta AM. Toward a common language for function, disability, and health. Physical Therapy 2006;86:726-734.

- (53)Rauscher L, Greenfield BH. Advancements in contemporary physical therapy research: use of mixed methods designs. *Physical Therapy* 2009;89:91-100.
- (54)Steiner W., Ryser L., Huber E, Uebelhart D. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy* 2002;11(82):

13. ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	CLARP-TDAH PADRES
ANEXO 2	CLARP TDAH PROFESORES
ANEXO 3	INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CUESTIONARIOS CLARP-TDAH PADRES Y CLARP-TDAH PROFESORES
ANEXO 4	CONSENTIMIENTO INFORMADO
ANEXO 5	COSTO TOTAL DE LA INVESTIGACION



ANEXO No 1 - CUESTIONARIO CLARP-TDAH PADRES



IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO:

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE EVALUACIÓN _____

GENERO: (Marque X) M ___ F ___

TIENE HERMANOS (Marque X) SI _____ NO _____

ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LA VIVIENDA (Marque X)

Estrato 1	_____	Estrato 4	_____
Estrato 2	_____	Estrato 5	_____
Estrato 3	_____	Estrato 6	_____

PERSONA A CARGO DEL NIÑO/A (Marque X)

Uno de los padres _____ Otro familiar _____ Otra persona por fuera de la familia _____

RECIBE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (Marque X)

SI _____ NO _____

RECIBE TRATAMIENTO DE APOYO TERAPÉUTICO (Marque X)

SI _____ NO _____

Cuáles? (Marque X)

Fisioterapia	_____
Fonoaudiología	_____
Terapia Ocupacional	_____
Terapias alternativas	_____
Psicología	_____
Apoyo pedagógico	_____

TIEMPO QUE LLEVA EN UNO O AMBOS TRATAMIENTOS (Marque X) (Tener en cuenta en el que lleva más tiempo) Menos de 1 año _____
Entre 1 y 2 años _____
Más de 2 años _____

GRADO ESCOLAR ACTUAL: _____

TIPO DE INSTITUCIÓN ESCOLAR: (Marque X) PÚBLICA _____ PRIVADA _____

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN ESCOLAR: _____

EVALUACIÓN DE LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN:

Calificaciones:

- | | | |
|---|---------------------|---------------------------------|
| 0 | No hay dificultad | (ninguna, insignificante, 0-4%) |
| 1 | Dificultad ligera | (poca, escasa, 5-24%) |
| 2 | Dificultad moderada | (media, regular, 25-49%) |
| 3 | Dificultad grave | (muchas, extrema, 50-95%) |
| 4 | Dificultad completa | (total, 96-100%) |

CODIFICACIÓN	ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	NINGUNA	LIGERA	MODERADA	GRAVE	COMPLETA	NO APLICA
1. TAREAS Y DEMANDAS GENERALES							
a2302 COMPLETAR LA RUTINA DIARIA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para completar la rutina diaria, por ejemplo, levantarse, vestirse, desayunar y salir al colegio?	0	1	2	3	4	
a2303 DIRIGIR EL PROPIO NIVEL DE ACTIVIDAD	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para organizar el tiempo necesario para sus obligaciones diarias, por ejemplo, distribuir tiempo en las tareas escolares y el juego?	0	1	2	3	4	
a2401 MANEJO DEL ESTRÉS	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para sobrellevar la presión o estrés asociado a la realización de tareas, por ejemplo, un examen en el colegio?	0	1	2	3	4	
2. AUTOUIDADO							
a5100 LAVAR PARTES INDIVIDUALES DEL CUERPO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para lavarse con agua y jabón una parte del cuerpo, por ejemplo, manos, cara, pies?	0	1	2	3	4	
a5101 LAVAR TODO EL CUERPO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para lavarse con agua y jabón todo el cuerpo, por ejemplo, darse una ducha completa?	0	1	2	3	4	
a5102 SECARSE	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para secarse el cuerpo?	0	1	2	3	4	
a5201 CUIDADO DE LOS DIENTES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para cuidar los dientes, por ejemplo cepillarlos?	0	1	2	3	4	
a5202 CUIDADO DEL PELO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para peinarse?	0	1	2	3	4	
a5300 REGULACIÓN DE LA MICCIÓN	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las actividades relacionadas con el orinar, por ejemplo, indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, acudir al lugar adecuado, manipular la ropa o limpiarse?	0	1	2	3	4	
a5301 REGULACIÓN DE	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las actividades relacionadas con el defecar, por ejemplo, indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada,	0	1	2	3	4	

LA DEFECACIÓN	acudir al lugar adecuado, manipular la ropa o limpiarse?						
a5400 PONERSE LA ROPA	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para vestirse adecuadamente?	0	1	2	3	4	
a5401 QUITARSE LA ROPA	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para desvestirse?	0	1	2	3	4	
a550 COMER	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las acciones relacionadas con el comer los alimentos servidos, por ejemplo, abrir frascos, cortar, usar cubiertos, llevar a la boca?	0	1	2	3	4	
a560 BEBER	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las acciones relacionadas con el beber, por ejemplo, abrir botellas y latas, sujetar el vaso o pitillo, llevarlos a la boca?	0	1	2	3	4	
3. VIDA DOMÉSTICA							
p6300 PREPARAR COMIDAS SENCILLAS	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para preparar comidas sencillas, por ejemplo, un sandwich?	0	1	2	3	4	
p6400 LAVAR Y SECAR ROPA	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para lavar ropa a mano y tenderla para que se seque al aire?	0	1	2	3	4	
p6401 LIMPIAR LA ZONA DE COCINA Y LOS UTENSILIOS	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para limpiar la cocina y sus utensilios, por ejemplo, limpiar las mesas y lavar los platos ?	0	1	2	3	4	
p6402 LIMPIEZA DE LA VIVIENDA	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para limpiar su cuarto, por ejemplo, ordenar y quitar el polvo?	0	1	2	3	4	
p6405 ELIMINACIÓN DE LA BASURA	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para eliminar la basura de la casa, por ejemplo, recogerla y usar los basureros?	0	1	2	3	4	
p6506 CUIDADO DE LOS ANIMALES	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para cuidar los animales domésticos y las mascotas, por ejemplo, alimentarlos, limpiarlos, cepillarlos?	0	1	2	3	4	



ANEXO No 2 - CUESTIONARIO CLARP-TDAH PROFESORES



IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO:

NOMBRE _____ EDAD _____

FECHA DE EVALUACIÓN _____

INSTITUCION DONDE RECIBE TRATAMIENTO _____

INSTITUCIÓN ESCOLAR _____

GRADO ESCOLAR _____

NUMERO DE COMPAÑEROS DE CLASE (Marque X)

Menos de 10 _____

Entre 10 y 15 _____

Entre 16 y 20 _____

Entre 21 y 25 _____

Más de 25 _____

NOMBRE DEL PROFESOR _____

EVALUACIÓN DE LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN:

Calificaciones:

- 0 No hay dificultad (ninguna, insignificante, 0-4%)
- 1 Dificultad ligera (poca, escasa, 5-24%)
- 2 Dificultad moderada (media, regular, 25-49%)
- 3 Dificultad grave (mucho, extrema, 50-95%)
- 4 Dificultad completa (total, 96-100%)

CODIFICACIÓN	ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN						
	1. APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO						
		NINGUNA	LIGERA	MODERADA	GRAVE	COMPLETA	NO APLICA
a130 COPIAR	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para copiar un texto escrito, por ejemplo, palabras, frases o números del tablero o de un libro?	0	1	2	3	4	
a135 REPETIR	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para repetir una secuencia, por ejemplo, recitar una poesía corta o contar de 10 en 10?	0	1	2	3	4	
a1551 ADQUISICIÓN DE HABILIDADES COMPLEJAS	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para aprender acciones complejas, por ejemplo, practicar un juego o un deporte con sus reglas?	0	1	2	3	4	
a160 CENTRAR LA ATENCIÓN	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para concentrar la atención en una actividad específica, por ejemplo, en sus clases?	0	1	2	3	4	
a163 PENSAR	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para analizar y reflexionar frente a una situación, por ejemplo, lo que piensa frente a una sanción en el colegio?	0	1	2	3	4	
a166 LEER	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para leer y comprender textos?	0	1	2	3	4	
a170 ESCRIBIR	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para escribir correctamente?	0	1	2	3	4	
a172 CALCULAR	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar operaciones matemáticas, por ejemplo, sumar o restar?	0	1	2	3	4	
a175 RESOLVER	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para solucionar problemas, por	0	1	2	3	4	

PROBLEMAS	ejemplo, resolver una pelea con un amigo?						
a177 TOMAR DECISIONES	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para tomar decisiones, por ejemplo, decidir entre dos actividades que debe realizar?	0	1	2	3	4	
2. TAREAS Y DEMANDAS GENERALES							
a2102 LLEVAR A CABO UNA ÚNICA TAREA INDEPENDIENTEMENTE	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar una tarea solo sin la ayuda de otras persona, por ejemplo, arreglar su pupitre?	0	1	2	3	4	
a2103 LLEVAR A CABO UNA ÚNICA TAREA EN GRUPO	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar una tarea junto con otras personas, por ejemplo, una tarea en grupo?	0	1	2	3	4	
a2200 REALIZAR MÚLTIPLES TAREAS	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar varias tareas al tiempo, por ejemplo organizar su pupitre, sacar los materiales escolares del morral y organizarlos en la mesa para iniciar una actividad en clase?	0	1	2	3	4	
a2400 MANEJO DE RESPONSABILIDADES	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para manejar las responsabilidades en la realización de tareas diversas, por ejemplo, el cumplimiento de sus tareas escolares?	0	1	2	3	4	
3. COMUNICACIÓN							
p310 COMUNICACIÓN-RECEPCIÓN DE MENSAJES HABLADOS	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para comprender lo que le dicen?	0	1	2	3	4	
p3150 COMUNICACIÓN-RECEPCIÓN DE GESTOS CORPORALES	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para comprender los gestos faciales, corporales, movimientos o signos hechos con las manos?	0	1	2	3	4	
p3152 COMUNICACIÓN-RECEPCIÓN DE DIBUJOS Y FOTOGRAFÍAS	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para comprender el significado representado por medio de dibujos, por ejemplo, gráficos, láminas, fotografías?	0	1	2	3	4	
p3503 CONVERSAR CON UNA SOLA PERSONA	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para iniciar, mantener y finalizar una conversación con una sola persona, por ejemplo, hablar con un amigo?	0	1	2	3	4	
p3504 CONVERSAR CON MUCHAS PERSONAS	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para iniciar, mantener y finalizar una conversación con varias personas, por ejemplo, en una discusión en la clase?	0	1	2	3	4	
1. MOVILIDAD							
a4153 PERMANECER SENTADO	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para permanecer sentado durante el tiempo necesario, por ejemplo, sentado en el pupitre?	0	1	2	3	4	
a4154 PERMANECER DE PIE	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para permanecer de pie durante el tiempo necesario, por ejemplo, cuando está en una fila?	0	1	2	3	4	

a4402 MANIPULAR	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para manipular objetos, por ejemplo, los cubiertos o los lápices para colorear?	0	1	2	3	4	
a4454 LANZAR	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para lanzar un objeto, por ejemplo, una pelota?	0	1	2	3	4	
a4455 ATRAPAR	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para atrapar un objeto en movimiento, pararlo y sujetarlo, por ejemplo, una pelota?	0	1	2	3	4	
a4502 ANDAR SOBRE DIFERENTES SUPERFICIES	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para andar sobre diferentes superficies, como planos inclinados, desiguales, o en movimiento, por ejemplo, pasto, arena, piedras o andar dentro de un bus?	0	1	2	3	4	
a4503 ANDAR SORTEANDO OBSTÁCULOS	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para andar esquivando obstáculos quietos o en movimiento, por ejemplo, personas o animales?	0	1	2	3	4	
a4551 TREPAR	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para trepar sobre superficies u objetos, por ejemplo, escalas o piedras?	0	1	2	3	4	
a4552 CORRER	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para correr?	0	1	2	3	4	
a4553 SALTAR	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para saltar?	0	1	2	3	4	
5. INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES							
p7200 ESTABLECER RELACIONES	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para comenzar y mantener amistades?	0	1	2	3	4	
p7202 REGULACION DEL COMPORTAMIENTO EN LAS INTERACCIONES	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para controlar los impulsos o manifestaciones agresivas en las interacciones con otras personas?	0	1	2	3	4	
p7102 TOLERANCIA EN LAS RELACIONES	Su hijo/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para tolerar a otras personas?	0	1	2	3	4	
6. AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA							
p820 EDUCACIÓN ESCOLAR	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para desarrollar todo su proceso educativo escolar?	0	1	2	3	4	
p9200 JUEGO	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en juegos?	0	1	2	3	4	
p9201 DEPORTES	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en deportes?	0	1	2	3	4	
p9202 ARTE Y CULTURA	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar o asistir a actividades artísticas o culturales?	0	1	2	3	4	
p9203 MANUALIDADES	Su alumno/a, en el último mes,¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar manualidades?	0	1	2	3	4	

OBSERVACIONES _____

EVALUADOR _____

ANEXO No 3

INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS CUESTIONARIOS CLARP-TDAH PADRES Y CLARP-TDAH PROFESORES

INSTRUCTIVO CLARP-TDAH PADRES

IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO:

Registre la siguiente información:

NOMBRE: Registre los nombres y apellidos completos del evaluado.

EDAD: Registre la edad en años cumplidos (en números) del evaluado.

FECHA DE NACIMIENTO: Registre la fecha exacta, mes, día y año de nacimiento del evaluado.

FECHA DE EVALUACIÓN: Registre la fecha en la cual se está diligenciando el cuestionario, mes, día y año.

GÉNERO: Marque con X la opción de acuerdo a género del evaluado, masculino o femenino.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LA VIVIENDA: Marque con X la opción correspondiente al estrato económico de la vivienda del evaluado.

RECIBE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Marque con X si el evaluado recibe tratamiento farmacológico o no lo recibe.

RECIBE TRATAMIENTO DE APOYO TERAPÉUTICO: Marque con X si el evaluado recibe tratamiento de apoyo terapéutico o no lo recibe.

TIEMPO QUE LLEVA EN UNO O AMBOS TRATAMIENTOS: Marque con X la opción correspondiente al tiempo en que el evaluado lleva en uno o ambos tratamientos.

GRADO ESCOLAR ACTUAL: Registre el grado escolar en el cual se encuentra actualmente el evaluado.

TIPO DE INSTITUCION ESCOLAR: Marque X si el evaluado asiste actualmente a una institución educativa pública o privada.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN ESCOLAR: Registre el nombre de la institución escolar donde asiste el evaluado.

EVALUACIÓN DE LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN:

Tenga en cuenta las definiciones dadas para el diligenciamiento de las preguntas que están a continuación:

ACTIVIDAD: Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

PARTICIPACIÓN: Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD: Son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades.

RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN: Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN:

CAPÍTULOS:

- 1. TAREAS Y DEMANDAS GENERALES**
- 2. AUTOCUIDADO**
- 3. VIDA DOMÉSTICA**

El padre o la madre deben responder las preguntas referentes a las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación de los anteriores capítulos, otorgando las calificaciones de 0 a 4 de

acuerdo al grado de dificultad en el desempeño en cada uno de los ítems, o calificar No Aplica en caso de que no sea posible otorgar una calificación porque no se conozca la información o porque el niño no realice dicha actividad o participación.

Calificaciones:

0	No hay dificultad	(ninguna, insignificante, 0-4%)
1	Dificultad ligera	(poca, escasa, 5-24%)
2	Dificultad moderada	(media, regular, 25-49%)
3	Dificultad grave	(mucha, extrema, 50-95%)
4	Dificultad completa	(total, 96-100%)

OBSERVACIONES: Registre las observaciones pertinentes y necesarias según el caso particular del evaluado.

EVALUADOR: Registre nombres y apellidos completos del evaluador que realiza la entrevista y diligencia el cuestionario.

INSTRUCTIVO CLARP-TDAH PROFESORES

IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO:

Registre la siguiente información:

NOMBRE: Registre los nombres y apellidos completos del evaluado.

EDAD: Registre la edad en años cumplidos (en números) del evaluado.

FECHA DE EVALUACIÓN: Registre la fecha en la cual se está diligenciando el cuestionario, mes, día y año.

INSTITUCION DONDE RECIBE TRATAMIENTO: Registre el nombre de la institución de salud donde el evaluado asiste a tratamiento de apoyo terapéutico.

INSTITUCIÓN ESCOLAR: Registre el nombre de la institución escolar donde asiste el evaluado.

GRADO ESCOLAR: Registre el grado escolar en el cual se encuentra actualmente el evaluado.

NUMERO DE COMPAÑEROS DE CLASE: Marque con X la opción correspondiente al número de compañeros de clase del evaluado.

NOMBRE DEL PROFESOR: Registre los nombres y apellidos completos del profesor director de grupo del evaluado.

EVALUACIÓN DE LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN:

Tenga en cuenta las definiciones dadas para el diligenciamiento de las preguntas que están a continuación:

ACTIVIDAD: Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

PARTICIPACIÓN: Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.

LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD: Son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño/realización de diversas actividades.

RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN: Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN:

CAPÍTULOS:

- 1. APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO**
- 2. TAREAS Y DEMANDAS GENERALES**
- 3. COMUNICACIÓN**
- 4. MOVILIDAD**
- 5. INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES**
- 6. AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA**

El profesor o profesora deben responder las preguntas referentes a las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación de los anteriores capítulos, otorgando las calificaciones de 0 a 4 de acuerdo al grado de dificultad en el desempeño en cada uno de los ítems, o calificar No Aplica en caso de que no sea posible otorgar una calificación porque no se conozca la información o porque el niño no realice dicha actividad o participación.

Calificaciones:

- | | | |
|---|---------------------|---------------------------------|
| 0 | No hay dificultad | (ninguna, insignificante, 0-4%) |
| 1 | Dificultad ligera | (poca, escasa, 5-24%) |
| 2 | Dificultad moderada | (media, regular, 25-49%) |
| 3 | Dificultad grave | (mucho, extrema, 50-95%) |
| 4 | Dificultad completa | (total, 96-100%) |

OBSERVACIONES: Registre las observaciones pertinentes y necesarias según el caso particular del evaluado.

EVALUADOR: Registre nombres y apellidos completos del evaluador que realiza la entrevista y diligencia el cuestionario.

ANEXO 4



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO - MOVIMIENTO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN
EN INVESTIGACIONES

INVESTIGACIÓN:

“CONFIABILIDAD INTRAEVALUADOR DE LOS INSTRUMENTOS CLARP-TDAH PADRES Y CLARP-TDAH PROFESORES 2012”

Ciudad y fecha: _____ de 2011

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiante de la MAESTRÍA EN NEURORREHABILITACIÓN de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización del siguiente procedimiento: Aplicación de los cuestionarios CLARP-TDAH Padres y CLARP-TDAH Profesores, para caracterizar el desempeño del niño/a en actividades escolares y de la vida diaria.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de personas con condiciones clínicas similares a las de mi hijo (a).
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 020 de Octubre de 2011

HUELLA

Se anexa resumen ejecutivo

“ANÁLISIS FACTORIAL, CONFIABILIDAD INTRAEVALUADOR Y VALIDEZ CONCURRENTE DE LOS CUESTIONARIOS PARA LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN VERSIÓN PADRES Y VERSIÓN PROFESORES”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las propiedades psicométricas de confiabilidad por consistencia interna, intraevaluador y validez concurrente de los cuestionarios CLARP-TDAH Padres y CLARP-TDAH Profesores en las ciudades de Cali, Popayán, Bogotá y Bucaramanga.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la validez factorial del CLARP-TDAH Padres y Profesores en una muestra de niños y niñas en las ciudades de Cali, Popayán, Bogotá y Bucaramanga?
- Determinar el nivel de confiabilidad por consistencia interna a los cuestionarios CLARP-TDAH padres y profesores aplicados a la muestra de niños y niñas en las ciudades de Cali, Popayán, Bogotá y Bucaramanga.
- Determinar el nivel de confiabilidad intraevaluador a los cuestionarios CLARP-TDAH padres y profesores aplicados a la muestra de niños y niñas en las ciudades de Cali, Popayán, Bogotá y Bucaramanga.
- Determinar la validez concurrente de los cuestionarios con el Cuestionario de Capacidades y Dificultades aplicados a la muestra de niños y niñas en las ciudades de Cali, Popayán, Bogotá y Bucaramanga.
- Caracterizar sociodemográficamente la muestra de niños y niñas que participen en el estudio.

JUSTIFICACION

Los niños con TDAH requieren de procesos de valoración y diagnóstico integrales y precisos desde sus diferentes posibilidades de desempeño, funcionalidad y funcionamiento, así, el fortalecimiento desde nuevas propiedades psicométricas de los cuestionarios CLARP-TDAH padres y profesores basados en la CIF, permitirán su uso y aplicación clínica con adecuados niveles de confiabilidad y validez.

PROCEDIMIENTOS

Entrevistas a padres y profesores a través de dos cuestionarios, CLARP-TDAH padres y profesores y Cuestionario de Fortalezas y Dificultades SDQ.

RIESGOS ESPERADOS

Ninguno

BENEFICIOS

El contar con cuestionarios con adecuados niveles de confiabilidad y validez para niños con TDAH, permite consolidar los procesos de medición, evaluación y diagnóstico de las problemáticas derivadas del trastorno, así como consolidar procesos de intervención integral en beneficio de su desempeño funcional y su funcionamiento en sus diferentes contextos familiar, escolar y social.

ANEXO 5

COSTO TOTAL DEL PROYECTO

DESCRIPCION	COSTO TOTAL
Recurso Humano	\$ 13.251.756
Equipos y materiales	\$ 423.000
Trasporte	\$ 1.000.000
Total de la investigación	\$ 1.800.000
Total de la investigación	\$ 16.474.756