



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**UNIDAD DE POSGRADOS**



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**MAESTRÍA: EN DISCAPACIDAD COHORTE VI**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN: CUERPO-MOVIMIENTO**

**TITULO: “DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD, EN LAS CIUDADES DE MANIZALES, IBAGUE, PEREIRA, CALI Y MEDELLIN. COLOMBIA, 2015”**

**SUBPROYECTO: CIUDAD DE PEREIRA**

**ESTUDIANTE: PAULA ANDREA ESTRADA PELAEZ**

**TUTORES DE TESIS: MARIA MERCEDES NARANJO ARISTIZABAL**

**LUISA MATILDE SALAMANCA DUQUE**

**AÑO: 2016**



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 1. RESUMEN

**Objetivo:** Relacionar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación a nivel escolar con la calidad de vida en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH.

**Metodología:** Estudio transversal, descriptivo, de alcance Correlacional, con una muestra no probabilística, de 106 niños de 8 a 12 años, escolarizados, en cinco ciudades Colombianas. Se utilizaron los instrumentos MINIKID, Kidscreen-27 versiones padres y niños, Cuestionario CLARP profesores. Se realizó análisis descriptivo de características sociodemográficas y del TDAH, de calidad de vida percibida por padres y niños, de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación a nivel escolar, y del grado de discapacidad final; y análisis correlacional entre grado de discapacidad con calidad de vida y con síntomas de TDAH.

**Resultados:** Promedio de edad de 9,7 años, predominó el género masculino y predominó el tipo TDAH combinado, la calidad de vida se percibe adecuada por los padres y los niños, pero en ambos resultó ser más baja en la dimensión colegio, el grado de discapacidad es moderado a grave. No se encontró correlación entre grado de discapacidad con calidad de vida, pero sí hay correlaciones con gravedad de los síntomas, entre bajos y moderados estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** Los padres, niños y niñas con TDAH perciben adecuadamente su calidad de vida. Se presentan limitaciones y restricciones a nivel escolar, éstas se relacionan con la intensidad de los síntomas, pero no se relacionan con la calidad de vida.

### PALABRAS CLAVES

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Niños con Discapacidad, Calidad de vida, Instituciones académicas



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### ABSTRACT

Objective: Relate activity limitations and participation restrictions at the school level with the quality of life in children with attention deficit and hyperactivity disorder ADHD. Methodology: Transversal, descriptive, correlational study, with a probabilistic sample of 106 children aged 8 to 12 years, in five Colombian cities. Instruments: MINIKID, Kidscreen-27 parents and children versions, CLARP teachers. Descriptive analysis of sociodemographic characteristics and ADHD, quality of life perceived by parents and children, activity limitations and participation restrictions at school environment, and the degree of disability; and correlation analysis between the degree of disability and quality of life with symptoms of ADHD. Results: Average age of 9.7 years, male gender predominated and prevailed ADHD combined type, quality of life is perceived adequately by parents and children, but both turned out to be lower in the school dimension, grade disability is moderate to severe. There are not correlation between degree of disability with quality of life, but there are correlation with severity of symptoms, between low to moderate, statistically significant. Conclusions: Parents and children with ADHD adequately perceive their quality of life. limitations and restrictions are presented at school environment, these relate to the intensity of the symptoms, but not related to the quality of life.

### KEYWORDS

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Disabled children, Quality of life, Schools



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### TABLA DE CONTENIDO

2. PRESENTACIÓN	8
3. INTRODUCCIÓN	9
4. AREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACION	12
5. REFERENTE TEÓRICO	22
6. OBJETIVOS	53
6.1 OBJETIVO GENERAL	53
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
7. METODOLOGIA	54
7.1. ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	54
7.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	54
7.3. TECNICA E INSTRUMENTOS	56
7.4. DISEÑO DEL ESTUDIO	56
7.5. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	58
8. RESULTADOS	67
8.1. ANALISIS DESCRIPTIVO	67
8.2. ANALISIS CORRELACIONAL	77
9. DISCUSION DE RESULTADOS	84
10. CONCLUSIONES	91
11. RECOMENDACIONES	93
12. EVIDENCIA DE RESULTADOS EN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO, FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA Y APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN.	94
13. IMPACTOS LOGRADOS	96
14. BIBLIOGRAFIA	97
15. ANEXOS	104



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### LISTA DE TABLAS

TABLA No. 1. Criterios diagnósticos de TDAH según la CIE – 10	29
TABLA No. 2. Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM – IV	29
TABLA No. 3. Características asociadas a cada síntoma del TDAH	31
TABLA No. 4. Dimensiones e indicadores de la calidad de vida	47
TABLA No. 5. Dimensiones del modelo conceptual de Quiceno	48
TABLA No. 6. Versiones del KIDSCREEN	50
TABLA No. 7. Cálculo de población esperada con TDAH	55
TABLA No. 8. Operacionalización de variables	66
TABLA No. 9. Caracterización de la muestra por edad y por género	67
TABLA No. 10. Caracterización de la muestra por institución Educativa	67
TABLA No. 11. Caracterización de la muestra según apoyos recibidos	68
TABLA No. 12. Tipo de TDAH según el Minikid	69
TABLA No. 13. Tipo de TDAH según género	69
TABLA No. 14. Puntajes para síntomas de TDAH según CHECKLIST padres y puntajes para síntomas de TDAH según CHECKLIST profesores	70
TABLA No. 15. KIDSCREEN-27 VERSION PADRES. Comportamiento de las dimensiones de Calidad de vida según Padres	71
TABLA No. 16. KIDSCREEN-27 VERSIÓN NIÑOS. Comportamiento de las dimensiones de Calidad de vida según los propios niños	73
TABLA No. 17. Comportamiento de las variables de la dimensión de aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales.	74
TABLA No. 18. Comportamiento de las variables de la dimensión de movilidad	75
TABLA No. 19. Comportamiento de las variables de la dimensión interacciones y relaciones interpersonales	76
TABLA No. 20. Comportamiento de las variables de la dimensión de áreas principales de la vida y vida comunitaria social y cívica	76
TABLA No. 21. Comportamiento del grado de discapacidad según el CLARP	77
TABLA No. 22. Dimensiones de calidad de vida Kidscreen padres y puntaje final grado de discapacidad. Prueba de distribución normal.	78
TABLA No. 23. Dimensiones de calidad de vida Kidscreen niños y puntaje final grado de discapacidad. Prueba de distribución normal.	79
TABLA No. 24. Síntomas de TDAH Checklist padre, profesor y puntaje final grado de discapacidad. Prueba de distribución normal.	80
TABLA No. 25. Correlación entre calidad de vida kidscreen padres, niños y puntaje final grado de discapacidad	81
TABLA No. 26. Correlación de calidad de vida con síntomas de TDAH checklist y puntaje final grado de discapacidad	82
TABLA No. 27. Acuerdo entre kidscreen padres y kidscreen niños	83



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### LISTA DE GRÁFICAS

GRÁFICA No. 1. Modelo CIF, OMS. 2001	40
GRAFICA No. 2. Versiones del KIDSCREEN	51
GRAFICA No. 3. Diseño del estudio	57
GRAFICA No. 4. Kidscreen 27 padres. Dimensiones de la calidad de vida	72
GRAFICA No. 5. Kidscreen 27 niños. Dimensiones de la calidad De vida	73



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 2. PRESENTACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de alta prevalencia en el país, y que se manifiesta en las diferentes esferas del desarrollo generando limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en los escenarios en lo que transcurre su vida como la escuela y el hogar. Estas limitaciones y restricciones los coloca en una situación de discapacidad, que afecta su desarrollo y por tanto puede trascender a su calidad de vida y su percepción frente a la misma. Diversos estudios en población infantil han determinado las implicaciones de los algunos trastornos del desarrollo en la percepción de la calidad de vida.

En tal sentido, en el presente proyecto se pretende determinar la relación entre dichas limitaciones y restricciones derivadas de la condición de salud como lo es el TDAH, con la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil CVRSI, buscando predecir los aspectos del desarrollo que se pueden ver alterados.

El presente estudio de carácter multicéntrico se desarrolló en 5 ciudades de Colombia, con niños escolarizados que presentan TDAH. El presente subproyecto corresponde a la ciudad de Pereira, Colombia.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 3. INTRODUCCIÓN

Arriagada y Otero (1) definen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como un síndrome neuro-comportamental 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). Su prevalencia se ha reportado en diferentes estudios a nivel nacional e internacional, encontrando tasas que oscila entre un 5 y 10% de los niños en edad escolar. (3)

Esta situación epidemiológica creciente del TDAH 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, su calidad de vida, sino que también genera altos costos para el sistema de salud y educación de una sociedad.

Dentro de las problemáticas que experimentan los sujetos con el trastorno, se pueden describir, en primer lugar las relacionadas con la actividad motora elevada en diferentes ámbitos, dificultades a la hora de prestar atención, fallas en la concentración, que repercute en su incapacidad para modular la 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. (4). De igual manera, experimentan cierto nivel de impulsividad que lo hace actuar de forma inmediata, sin medir las consecuencias de sus actos. 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.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

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 (5) y de Biederman, Faraone y Mick (6), 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 (7).

En general, en algunos estudios como el de Montiel-Nava, Peña y Montiel-Barbero (8), 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, que se ven magnificadas cuando existen condiciones ambientales que las potencian. 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.

Los estudios actuales generalmente exploran las bases biológicas de los síntomas que caracterizan el TDAH, pero son pocos los estudios sobre el impacto y las consecuencias en la disfunción de las actividades diarias y la influencia del contexto. Si bien es importante separar los signos y síntomas de sus consecuencias para un buen entendimiento de la condición de salud, es importante tener en cuenta que tienen relación directa desde el funcionamiento humano y la calidad de vida, ya que impacta las múltiples áreas de las funciones cerebrales, así como las 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



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

contextuales considerando los factores personales y los factores ambientales. Por lo tanto, las limitaciones en las actividades y la restricción en la participación, experimentadas por los niños con el trastorno en los diferentes escenarios de la vida cotidiana los sitúa en una condición de discapacidad.

El impacto de la discapacidad en la infancia es relevante y debe analizarse desde la perspectiva del niño en relación con su familia, su comunidad, sus pares y la sociedad en general, es en esta etapa del ciclo vital en que se tienen mayores expectativas de vida y donde se es más vulnerable a los efectos negativos que se pueden producir desde las diferentes dimensiones humanas: biológica, social, emocional y afectiva, en este sentido, la calidad de vida se verá afectada, generando implicaciones importantes relacionadas con las diversas esferas del desarrollo humano. En tal sentido, 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 (9), afectar la calidad de vida, y por tanto su estado general de bienestar, en tanto que puede verse implicadas las condiciones socioemocionales de quien lo presenta y por lo tanto las expectativas frente a la vida.

En el presente trabajo se presentan los resultados de un estudio realizado en la ciudad de Pereira, Colombia, en el cual se determinó la relación de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación a nivel escolar con la calidad de vida relacionada con la salud de los niños con TDAH.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 4. ÁREA PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACIÓN

La Calidad de Vida (CV) según la Organización Mundial de la Salud (OMS 1997), hace alusión a los aspectos multidimensionales de la vida, en el contexto y la cultura del individuo, considerando elementos como: sistemas de valores y la cultura, metas personales, expectativas, niveles de vida, aspectos emocionales, entre otros (10,11); también se considera el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (12) definida como aquella que se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes y que afectan su estado general de bienestar. Para ello se consideran dimensiones como el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional.

La CV y CVRS se han estudiado ampliamente en población adulta, y apenas en los últimos años existen mayores evidencias del tema en la población infantil, es así como aparece el concepto Calidad de Vida relacionada con la Salud Infantil (CVRSI). Este concepto aborda dimensiones asociadas a aspectos psicológicos, físicos y de relaciones sociales, involucrando elementos como: colegio, amigos (relaciones con pares), familia, sentimientos y emociones, estado de ánimo, percepción de sí mismo, autoestima, apariencia y salud física (13). Es de reconocer, que igualmente estas dimensiones también están mediatizadas por otras variables, como el contexto cultural, el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales de los niños y las niñas.

El interés en evaluar calidad de vida en personas en situación de discapacidad ha evolucionado a la par con el concepto de discapacidad, es así, como la Organización Mundial de la Salud a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (14) asigna una función primordial al medio en relación con el funcionamiento de la persona, dando lugar a conceptos como el de calidad de vida, los derechos humanos, los modelos de apoyos y la vida independiente, procurando elevar las condiciones de vida, con dignidad y satisfacción, en búsqueda del bienestar humano. Calidad de Vida en el ámbito de la discapacidad ha sido trabajado por diferentes autores



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

(15), y una de las propuestas más aceptadas y con mayores aplicaciones es la de Schalock, quien la considera como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (16).

La calidad de vida, se constituye entonces en una variable importante a evaluar y caracterizar en la población infantil en situación de discapacidad, para ejercer acciones encaminadas a asegurar una vida más digna y de calidad para los niños, niñas y jóvenes, inscribiéndose como respuesta a una garantía de derechos que además está enmarcada desde la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Por lo anterior, asumir la discapacidad desde la perspectiva biopsicosocial y en especial desde la Clasificación Internacional del funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, versión Niños y Jóvenes (17) permite la diferenciación de los componentes de la discapacidad infantil y sus funciones mediadoras de factores de desarrollo y ambientales en un marco de derechos. Desde esta perspectiva, el evaluar la calidad de vida en la población infantil en situación de discapacidad, se hace relevante en términos de la garantía de derechos para aquellos que ante una condición de salud determinada experimentan limitaciones y restricciones que los sitúa en una condición de discapacidad, en este caso los niños con TDAH.

Al reconocer lo anterior, se hace evidente que en los últimos años ha cobrado importancia la nueva corriente investigativa respecto al uso de indicadores positivos de funcionamiento como la Calidad de Vida (CV), que corresponde no solamente en aspectos cuantitativos como acceso a servicios de salud, oportunidades de uso del tiempo libre, entre otros, sino también en valoraciones internas como la satisfacción con la vida, este aspecto ha mostrado también evidencia sobre el impacto en los niños con TDAH, respecto a su bienestar y su capacidad para el funcionamiento diario.

Una revisión sistemática realizada por Danckaerts y otros (18), aporta una serie de conclusiones importantes, en primer lugar, cabe destacar que salvo raras excepciones, los dominios de CV son más negativamente valorados por niños y adolescentes con TDAH en comparación con los niños sin problemas de este tipo; igualmente las valoraciones de estos niños son más positivas que las de sus



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

padres, por lo que se reconoce la necesidad de obtener información de ambas fuentes para conseguir una visión más ajustada a la realidad de esta población. Otro aporte de este trabajo se refiere a la correlación negativa entre CV y la estimación de síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención, tanto por padres como por profesores, igualmente la CV se ve más afectada si existe comorbilidad con otros trastornos. En cuanto a la comparación de CV de niños con TDAH con la de niños que sufren otras condiciones de salud, la conclusión general es que el TDAH tiene un impacto sobre la CV, similar a otras deficiencias y limitaciones dadas por el cáncer, el asma o la parálisis cerebral, no obstante, el TDAH tiene un impacto mayor en el área psicosocial y menor en el área de funciones y estructuras corporales como en las enfermedades crónicas.

La influencia de características sociodemográficas e historia familiar en CV de niños con TDAH también se evidenció en la revisión de Danckaerts (18).

Algunos estudios incluso han determinado que niños con déficit de atención evidenciaron un conjunto de atributos que diferenciaban significativamente a los sujetos con una adaptación exitosa a la vida adulta de los que no lo lograron: autoconciencia, control, perseverancia, planteamiento de metas, disposición a utilizar apoyos sociales y estrategias de control emocional, en este sentido se logra reconocer que niños con una mejor CV en su infancia, pueden tener mejor desempeño y satisfacción con la vida en su adultez.

Un estudio de Miranda y otros (19) con 56 familias de niños con TDAH, cuyo objetivo fue analizar las relaciones de las percepciones de satisfacción con la vida de niños con TDAH y de sus padres con variables conductuales de riesgo y de protección, y determinar el poder predictivo de estas variables, encontró que los problemas de conducta mantienen una relación negativa significativa con la satisfacción con la vida; que las relaciones de la satisfacción con la vida con el autoconcepto y con cualidades de adaptación son positivas, y que los problemas sociales y el control se mantienen en los modelos de predicción para padres; así mismo determinaron que el autoconcepto fue el factor con más poder predictivo en los modelos de predicción de satisfacción con la vida de los niños. A partir de este estudio, se puede concluir que es importante incluir la identificación de factores relacionados con la satisfacción con la vida en los procesos de evaluación e intervención en personas con TDAH.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Topolski y otros (20), a partir de la consideración de que existen muchas investigaciones en TDAH que se han enfocado a aspectos psicosociales como las dificultades escolares, familiares y comportamentales, pero poco han indagado en la percepción de calidad de vida, realizaron una investigación con el uso del instrumento “Young Quality of Life Instrument-Research Version” YQOL-R, con una muestra de adolescentes masculinos entre 11 y 18 años de edad. La muestra fue de 55 adolescentes con diagnóstico clínico de TDAH, y se compararon con un grupo de 107 adolescentes con condiciones no crónicas y con otro grupo de 52 adolescentes con limitaciones en la movilidad. Como resultado se encontró que los adolescentes con TDAH reportaron significativamente una percepción de CV más baja, especialmente en los dominios de percepción de sí mismo y de relaciones interpersonales que el grupo de condiciones no crónicas.

De igual manera, si bien el objetivo para el tratamiento del TDAH se enfoca frecuentemente a disminuir los síntomas, mejorar la funcionalidad y fortalecer el bienestar de los niños que lo padecen, a través de procesos de evaluación enfocados principalmente a listas de chequeo de síntomas y comportamientos dado por los padres y profesores, poco se indaga en otros posibles problemas de su salud como lo es la CV, a través de la aplicación de instrumentos diseñados especialmente para esta dimensión humana.

Klassen y otros (21) llevaron a cabo un estudio transversal en Canadá, con una muestra de 131 niños con TDAH, en quienes se aplicó evaluación de su salud física y psicosocial, incluyendo dominios de funcionamiento físico, rol social, bienestar, percepción de salud, problemas emocionales y de comportamiento, autoestima, salud mental, impactos emocionales, relaciones familiares, entre otros. Como resultados se encontró más baja calificación en todos los dominios de salud psicosocial y actividades familiares, además de correlaciones estadísticamente significativas entre CV y la sintomatología como: correlación con rol emocional y comportamental ( $r= -0,35$ ,  $p=0,01$ ), comportamiento ( $r= -0,48$ ,  $p= 0,01$ ), salud mental ( $r= -0,31$ ,  $p= 0,01$ ), actividades familiares ( $r= -0,38$ ,  $p= 0,01$ ). También se determinaron los predictores para CV, y se encontró que para salud física son predictores el género y las condiciones comórbidas, y para salud psicosocial son predictores las condiciones comórbidas y los síntomas combinados de inatención, hiperactividad/impulsividad.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Otro estudio (22) evaluó la concordancia entre padres e hijos sobre los cambios producidos en la CVRS de niños con TDAH; para ello se realizó una investigación tipo prospectiva en niños de 6 a 12 años de edad y sus padres, quienes completaron la versión española del CHIP-CE (Child Health and Illnes Profile-Chile Edition) Perfil de Salud Infantil, al iniciar un tratamiento y a las 8 semanas. Las evaluaciones de padres e hijos se compararon con las puntuaciones del CHIP-CE de la muestra de referencia española. Como resultados se determinó que todas las dimensiones de la versión de padres del CHIP-CE presentaron puntuaciones medias estandarizadas inferiores a los valores de referencia en la visita inicial.

En esta misma perspectiva, otro estudio, que tuvo como parte de la muestra niños con TDAH fue el realizado por Córdoba en el 2008 (23), el cual evaluó la CV en familias de niños y adolescentes con discapacidad en la ciudad de Cali, Colombia, utilizando la Escala de Calidad de Vida Familiar ECV; la muestra fue de 385 familias, de las cuales casi el 11% correspondía a niños con TDAH, con el objetivo de comprobar la relación entre la satisfacción con la calidad de vida familiar con variables como tipo de discapacidad, edad, género, entre otros. Se encontró que el factor en que las familias manifestaban mayor insatisfacción era el de apoyo a la persona con discapacidad y los indicadores apoyo para conseguir beneficios del gobierno y apoyo de entidades locales para el miembro de la familia con discapacidad. No se encontraron diferencias entre las familias en relación con las variables de estudio.

Medir la CVRSI no ha sido una práctica cotidiana de los profesionales de la rehabilitación en Colombia y son pocas las publicaciones científicas al respecto, por lo tanto se reconoce el vacío en esta área poco explorada y la necesidad de desarrollar proyectos en torno al análisis de estas categorías de funcionamiento, donde se manifieste la percepción de la calidad de vida de la población infantil en situación de discapacidad.

Así, en general se encuentran estudios que valoran la calidad de vida en niños con diferentes condiciones de salud (24), pero aún son pocos los que se reportan en la literatura que hayan buscado la relación entre las limitaciones y restricciones derivadas de una determinada condición de salud con la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, y mucho menos condiciones de salud derivadas de trastornos asociados al desarrollo, como es el caso del TDAH.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Es importante contar con resultados de estudios que evalúen tanto la percepción del niño como de sus padres sobre su calidad de vida (25), reflejando acuerdos o desacuerdos posiblemente dados por modos diferentes de asumir la discapacidad o por falta de comprensión de los padres sobre la vida de su hijo. Ambos informes son relevantes, son recomendables informaciones paralelas de niños y padres para evaluar la salud en población infantil.

Por lo anterior, la presente investigación pretende establecer la relación entre las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los niños con TDAH con la calidad de vida relacionada con la salud, utilizando instrumentos validados que permitan valorar tanto la calidad de vida, como el grado de limitaciones y restricciones que experimentan los niños con dicha condición de salud.

Para valorar la calidad de vida, desde hace algunas décadas se han generado y validado diferentes instrumentos evaluativos para la CVRSI, principalmente en países europeos y anglosajones, aunque también pero en menor grado en Latinoamérica y Colombia. Se han creado y adaptado instrumentos tanto genéricos como específicos (26); Los instrumentos genéricos están diseñados para uso general, con independencia del problema de salud, entre ellos se encuentran el CHIP, el CHQ, el VSP-A, el KINDL, el PedsQL y el TACQOL para niños y adolescentes con problemas crónicos de salud, y los instrumentos específicos son aquellos que profundizan en el impacto de algunos problemas de salud para condiciones clínicas, entre ellos están: el Chilhook Health Assessment Questionnaire (CHAQ), Escala de Calidad de Vida del Niño con Epilepsia (CAVE), Diabetes Quality of Life Measure for Youths (DQOL-Y), Escala de Calidad de Vida para Niños Oncológicos (ECVNO), Haemophilia Quality of Life Questionnair (Haemo-QOL), entre otros.

Dentro de los cuestionarios genéricos existe el KIDSCREEN, el cual es un instrumento corto desarrollado en el proyecto KIDSCREEN iniciado por la Comisión Europea en el 2001, para evaluar la CV de los niños y adolescentes. El cuestionario que tiene validación de tres versiones, ha sido adaptado transculturalmente para niños entre 8 a 12 años de países como Argentina, Chile, Mexico, Colombia, entre otros, otorgando valor científico al instrumento para ser utilizado en el marco de los procesos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en niños de diversas condiciones de salud y con factores contextuales divergentes. El proceso de validación con población Colombiana, fue desarrollado por investigadores de la Universidad de Antioquia; en el año 2001 se realizó la validación del KIDSCREEN -27 (versión reducida) con preguntas para niños y adolescentes



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

(27), y posteriormente en el año 2012, se validó la misma versión para padres (28), con el fin de contar con la totalidad del instrumento disponible para utilizarse en el contexto Colombiano. Tal como se evidencia en los estudios anteriores, el KIDSCREEN es un instrumento válido y confiable no solo en el idioma español, sino que tiene validación con población Colombiana, que permite valorar el nivel de calidad de vida de la población infantil y que por ser un instrumento genérico puede ser utilizado en población que presenta alguna condición de salud y discapacidad.

Para valorar las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación existe el cuestionario CLARP profesores que fue construido y validado para determinar las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los niños con TDAH en población Colombiana, desarrollado por el grupo de investigación cuerpo movimiento, el cual tiene adecuadas propiedades psicométricas, consistencia interna con coeficiente de Cronbacha de 0.93 (29), validez concurrente con el cuestionario de Capacidades y Dificultades SDQ Maestros, específicamente desde un modelo predictivo con significancia estadística dado por valores  $p < 0,001$ , confiabilidad intraevaluador a través del índice Kappa un nivel de concordancia muy bueno con unos valores de  $k$  con rangos entre 0,721 y 0,879, (Z del 95% y  $p=0,000$ ) y confiabilidad intraevaluador  $> 0,8$  (30). EL CLARP profesores es un instrumento que pretende ofrecer una valoración desde una visión integral de funcionamiento humano que trasciende al nivel de desempeño del niño y la niña en su contexto escolar.

Por lo anterior, y en relación al interés de este proyecto en la producción de conocimiento en relación a discapacidad y calidad de vida desde un modelo teórico, se justifica la importancia de caracterizar la discapacidad de los niños con TDAH en el contexto escolar, a través del cuestionario CLARP TDAH profesores basado en la CIF, y relacionarla con un cuestionario genérico para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en la infancia como lo es el KIDSCREEN-27.

Identificar la relación que existe entre las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en el contexto escolar y su influencia en la calidad de vida de los niños con TDAH, pueden ayudar a predecir aspectos del desarrollo infantil, ayudando a los profesionales a puntualizar los procesos diagnósticos y de intervención y por lo tanto llevar a cabo intervenciones precisas a aquellas dimensiones más vulnerables y los factores que las están determinando. Lo anterior, con el



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01


FECHA : 23/ENE/2015

propósito que a mediano y largo plazo puedan diseñarse, implementarse y desarrollarse programas de intervención acordes a necesidades específicas de la población con TDAH, y direccionar acciones contextualizadas, programas, incluso políticas públicas para esta población.

Al respecto Vélez y Vidarte en el 2011 (31), plantean que el primer reto en la relación entre TDAH y el desarrollo e implementación de la política consiste en reconocer la problemática descrita como un eslabón importante en el desarrollo de nuestros niños y niñas, pues resulta ser un problema de alta prevalencia y que afecta todas las esferas del desarrollo de nuestros menores. Existe una evidencia científica que en Colombia el TDAH resulta ser un verdadero problema de Salud Pública en la población infantil, además existen planteamientos claros desde la política pública de primera infancia y desde la normatividad actual que permiten que este sea incorporado como prioridad de intervención, ya que este trastorno se convierte en un problema no solo individual sino social en el momento que se evalúe el alcance y los nuevos compromisos de la política de primera Infancia en Colombia (32).

Es de reconocer que la atención a la infancia es prioritaria, y tiene valor desde muchas perspectivas: social, política, económica y desde el mismo crecimiento y desarrollo del niño o la niña. Esta es una prioridad nacional, ya que las repercusiones de este desarrollo en la vida individual y social futura son significativas; análisis económicos demuestran que la inversión en esta etapa del ciclo vital tiene la mayor tasa de retorno social, gracias a su incidencia en el mejoramiento de las condiciones de salud, educación, nutrición, habitabilidad y ejercicio de la ciudadanía, entre otras dimensiones. Así, toda inversión para mejorar las condiciones de atención en la infancia puede reducir las necesidades de gasto requeridas para garantizar el cumplimiento de los derechos en etapas posteriores de la vida y es eficiente para la reducción de las inequidades sociales.

De igual manera, tal como lo propone la OMS en el marco de la CIF IA (17), es necesario lograr mayores niveles de especificidad en la medición y en la vigilancia epidemiológica; así mismo progresar en la diferenciación de los componentes de la discapacidad infantil y en la consideración de las funciones mediadoras de los factores de desarrollo, entre ellos y para el presente estudio, el considerar aspectos relacionados con la calidad de vida, lo cual puede convertirse en una evolución

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	<b>CÓDIGO: GIN—GUI-001</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>FECHA : 23/ENE/2015</b>

importante para abordar de manera más integral la situación de estas personas, en tanto se consideran elementos relacionados bienestar físico, inclusión social, salud en general, aspectos emocionales y mentales, relaciones interpersonales, entre otros. En este sentido se podrán cubrir necesidades respecto a servicios y apoyos en salud y en educación.

El concepto de calidad de vida se convierte en elemento relevante para guiar y orientar a todos aquellos actores sociales como las familias, profesionales de la salud y la educación, y comunidad en general, para vincularse a las personas en situación de discapacidad apoyando su proceso de rehabilitación e inclusión, fortaleciendo el factor humano como componente esencial en la construcción de un ambiente saludable, además que se reconocen las posibilidades reales, los recursos y el potencial disponible para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento, y en especial a la población infantil que se encuentra en un proceso de crecimiento y desarrollo en el cual las posibilidades de aprendizaje son aún más preponderantes.

Bajo esta perspectiva, se reconoce que este estudio permitirá determinar si existe o no relación entre las limitaciones y las restricciones a nivel escolar y la percepción de la calidad de vida de los niños que presentan TDAH, para que desde el marco de los proceso de intervención sean atendidas todas las necesidades que experimenta dicha población y así desde la política pública se tengan elementos de base para gestar nuevas rutas de intervención, dando prelación a la intervención en la primera infancia, prioridad hoy en el país, como un reto para generar mejor futuro a la sociedad.

En cuanto a los beneficiarios del proyecto se encuentra la población infantil con TDAH, sus padres, familias, los profesionales de la salud y los educadores, en tanto se contará con un conocimiento sobre las implicaciones del TDAH en el contexto escolar y su relación con la Calidad de Vida.

Se destacan como actores relevantes del proceso los educadores/profesores, puesto que son quienes prioritariamente reconocen las limitaciones y restricciones de los niños, y por lo tanto deben liderar la identificación temprana de dificultades en el funcionamiento escolar, promover y facilitar procesos de intervención adecuados a sus necesidades en pro de fortalecer su calidad de vida.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Respecto a los beneficios en los procesos de producción y apropiación del conocimiento en el área de la discapacidad, el estudio amplía el espectro de procesos evaluativos en CV para los especialistas – magísteres en el área, y aporta elementos para los procesos de intervención de la población en estudio en una temática poco explorada, como lo es la calidad de vida en niños con trastornos del desarrollo.

Desde el punto de vista de la novedad y pertinencia del estudio, se reconoce los aportes de la investigación al cuerpo de conocimiento del área pediátrica específicamente en CVRSI, que si bien han sido ampliamente estudiados y documentados, no se conocen estudios en Colombia sobre la relación entre discapacidad, en especial en el contexto escolar, y calidad de vida en niños con TDAH.

La factibilidad y viabilidad del proyecto fueron adecuadas, en tanto se contó con el recurso humano, material y técnico necesario para la consecución de todas sus fases.

Desde la perspectiva ética, el estudio según la declaración de Helsinki y la resolución 008430 del Ministerio de Salud Nacional, se clasifica “de riesgo mínimo” y no “debilitara la resistencia física o mental del ser humano”, “no se realizará experimentación terapéutica en seres humanos”, en este sentido este proyecto tendrá un propósito eminentemente “científico” es decir “sin finalidad terapéutica” con respecto a los usuarios (33).

A partir de lo anterior el estudio respondió a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación a nivel escolar y la calidad de vida relacionada con la salud en los niños que presentan TDAH?



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 5. REFERENTE TEÓRICO


El referente teórico de la presente investigación está organizada por tres ejes temáticos, el primero relacionado con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad como la condición de salud desde donde se deriva las limitaciones y las restricciones que configuran la discapacidad; el segundo, el análisis de la discapacidad y los modelos conceptuales que la explican y aquellos que vinculan el análisis de la calidad de vida, así como la medición de la misma en la población infantil; y el tercero eje está relacionado con una fundamentación conceptual alrededor de tema de calidad de vida y su evaluación en la perspectiva de la salud en la población infantil.

#### 5.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

##### 5.1.1. 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% (34). La prevalencia recogida por el propio Manual DSM-IV-TR es del 3-7% en niños de edad escolar (35). 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

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

agresividad (36). 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% (37).

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 (38), “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.

### **5.1.2 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



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

demostrado que los hijos de padres con TDAH y los gemelos homocigotos tienen hasta un 50% de probabilidades de sufrir del mismo problema (39).

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 (40). 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.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 5.1.3 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 (41), 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



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

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 (42) 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.

### **5.1.4 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,



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

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 (43).

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 (39).

### 5.1.5 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 de 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.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM


CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

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

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

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

olvidadizo en el curso de las actividades diarias		
---	--	--

**Tabla No 1. Criterios diagnósticos del TDAH 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 TDAH según el DSM-IV**

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



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

- 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"> <li>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</li> <li>b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas</li> <li>c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</li> <li>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)</li> <li>e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</li> <li>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)</li> <li>g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. Ej. Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</li> <li>h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes</li> <li>i. A menudo es descuidado en las actividades diarias</li> </ul>



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"><li>a. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</li><li>b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</li><li>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)</li><li>d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio</li><li>e. A menudo “ está ocupado” o suele actuar como si “ estuviera impulsado por un motor</li><li>f. F) a menudo habla en exceso</li></ul>
Impulsividad	<ul style="list-style-type: none"><li>a. A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas</li><li>b. A menudo tiene dificultades para esperar su turno</li><li>c. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. Ejemplo se entromete en conversaciones o juegos)</li></ul>

**Tabla No 3. Características asociadas a cada síntoma del TDAH**

El fenómeno clínico y social del TDAH justifica entonces un proceso diagnóstico y de evaluación 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 (44), 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



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

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 y de su calidad de vida, por ello, como conclusión en el documento, los autores recomiendan pensar en futuras investigaciones que aborden el diagnóstico del TDAH de una manera integral, para este caso entonces, considerar la dimensión calidad de vida.

### 5.1.6 Diagnóstico Diferencial

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

### 5.1.7 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.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

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.

### 5.1.8. 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



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

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 (45) 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.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

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 (46), afirma la importancia de realizar procesos investigativos donde se aplique la CIF al TDAH, ya que hace un acercamiento hacia las funciones corporales, actividades y participación relacionadas con el trastorno.

Los estudios actuales generalmente exploran las bases biológicas de los síntomas que caracterizan el TDAH, pero son pocos los estudios sobre 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 y la calidad de vida. 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.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Lollar, D, en el 2008 (47), publica el artículo FUNCTION, IMPAIRMENT, AND LONG-TERM OUTCOMES IN CHILDREN WITH ADHD AND HOW TO MEASURE THEM. se 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, participación en sociedad, y la calidad de vida, involucrando la familia, la escuela y el ambiente cotidiano. Cunningham (48) y Loe y Feldman (49), 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 (50) reconoce que los criterios sintomáticos diagnósticos deberían ser incluidos hacia la alteración funcional y social.

### 5.1.9. Minikid. Instrumento para el diagnóstico del TDAH

La MINIKID (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW) (50-51) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, que puede ser administrada en un período de tiempo breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos). Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no. La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Según Trujillo y otros (52), la MINI KID ha resultado de gran utilidad en los diagnósticos de Trastornos Disruptivos del Comportamiento, y en particular con relación al TDAH, donde también se detecta la tendencia al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y tendencia al suicidio. Estos autores sintetizan, que el uso de este tipo de instrumentos como el MINI KID ha contribuido a la disminución de errores diagnósticos y a la selección más precisa de grupos poblacionales de afectados y no afectados, con adecuadas propiedades psicométricas como concordancia interevaluador  $k=0,56-0,87$ , sensibilidad de  $0,61-1,00$  y especificidad de  $0,81-1,00$  (51).

La MINI KID ha sido usada en otros estudios en Colombia, como en la ciudad de Manizales (53), en el cual esta entrevista fue usada para asignación de sujetos a grupos de casos y controles.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 5.2 DISCAPACIDAD

Desde hace muchas décadas, el concepto de discapacidad ha sido abordado desde diferentes perspectivas y modelos, que han marcado los procesos de comprensión, abordaje e intervención de la población con discapacidad.

Así, en el modelo médico-biológico, prima el síntoma como manifestación del déficit o la discapacidad, en éste se describe la anomalía biomédica de la estructura y función a nivel corporal o mental como consecuencia de una enfermedad, trauma o lesión, y hacia ella se deben realizar intervenciones terapéuticas según las características particulares del sujeto. El modelo social avanza un poco en el concepto de discapacidad, aunque aún se reconoce el papel médico-biológico, la discapacidad ya no es solamente consecuencia de un déficit sino que resulta de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales influidas por factores ambientales. Como extensión del modelo social, surge el modelo político activista que incorpora las luchas “pro derechos” de las personas en situación de discapacidad, aquí la persona con discapacidad es reconocida como miembro de un grupo minoritario, discriminado y estigmatizado por la sociedad desde lo educativo, lo laboral, la accesibilidad, lo actitudinal, entre otros, elementos que más que por la causa médica-biológica son los generadores de la discapacidad. Se inicia entonces un modelo activista donde se procura defender el derecho a formar un colectivo integrado de personas que comparten características similares desde su situación de discapacidad, obteniendo una identidad de “discapacidad” autogenerada, en este sentido se podrían crear unas condiciones solidarias y positivas de vida.

Posteriormente surge el modelo universal en el que la concepción de la discapacidad ya no se reconoce como una característica diferencial y negativa de una persona a otra, sino que es inherente a la condición humana. Cualquier ser humano puede ser y es limitado en ciertas habilidades para enfrentar a las demandas del medio y de las demás personas. Este es un primer eslabón para superar los elementos de estigmatización y discriminación que tradicionalmente caracterizaban a la situación de discapacidad, además se involucran factores para mejorar las intervenciones y las políticas de acción.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

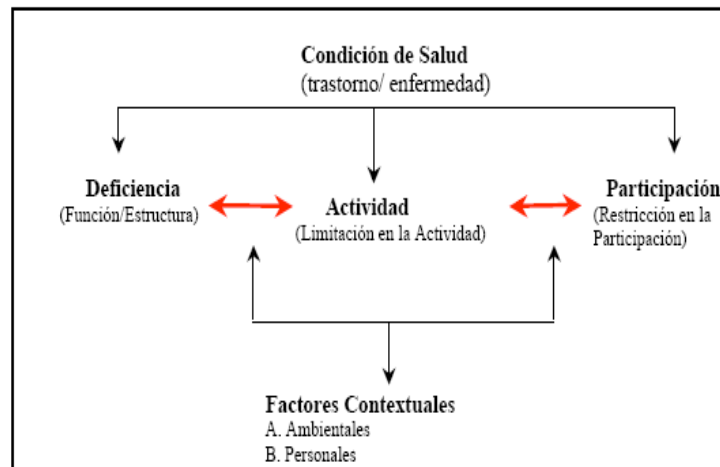
Bajo esta perspectiva las transformaciones en los paradigmas en el abordaje de la discapacidad, se van sucediendo paralelo a los cambios sociopolíticos de la sociedad, los cuales hoy marcan un proceso de transición de un enfoque netamente biológico hacia un enfoque que involucra el entorno, la sociedad y la cultura (54), es decir el paradigma Bio- Psicosocial, que reconoce no solo los aspectos biológicos del sujeto con discapacidad, sino también los de orden personal y social. Desde esta perspectiva, se considera a la salud y a la discapacidad como procesos multidimensionales en el que interactúan factores de índole biológico, psicológico, social, cultural y ambiental. Así mismo, este proceso de transición ha llevado consigo avances significativos en torno al abordaje de la discapacidad. Estos avances incluyen acciones de política pública desde la institucionalidad gubernamental, el sector privado y la sociedad civil.

Comprender hoy la discapacidad implica reconocer el modelo biopsicosocial que postula que el ser humano tanto en la salud como en la enfermedad, en la conducta y funcionamiento normal como en el alterado, debe ser visto como la resultante de la interacción entre el sustrato biológico, los componentes psicológicos y las características sociales, lo que implica aceptar esta misma perspectiva para intervenirla.

En este sentido, la discapacidad se asume como un proceso continuo de ajuste entre las capacidades del individuo con una condición de salud específica, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona, incluyendo las expectativas y exigencias de su entorno. En este contexto, la discapacidad deja de tener un carácter individual y pasa a ser una problemática que atañe a diversos sectores de la sociedad, ya que afecta directamente la familia y la comunidad.

Así, al analizar el modelo Bio-psicosocial se reconoce que la discapacidad es un problema que se origina en lo social y que se hace evidente en los procesos de integración de las personas en la sociedad. En este sentido, tal como lo presenta la OMS, La discapacidad ya no es atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Lo anterior implica considerarla como una condición relacional, de carácter multifactorial, un producto en el cual una limitación funcional, en cualquier nivel del funcionamiento humano, queda sancionada por la sociedad, como una desviación de escaso valor social.

Los niveles del funcionamiento humano, se organizan acorde a lo corporal, lo personal y lo social, en el primero se incluye las funciones y estructuras corporales, en el segundo la capacidad de desarrollar actividades y en el tercero la posibilidad de participación social del ser humano. Por lo anterior, considerar el funcionamiento humano implica analizar los aspectos positivos de la interacción entre el individuo (con una «condición de salud») y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Esquema 1



Gráfica No 1. Modelo CIF, OMS. 2001

De acuerdo con el diagrama según lo señala OMS (2001), el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (factores ambientales y personales), de tal forma que existe una interacción dinámica entre estos elementos y las intervenciones en éste tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible, ya que la interacción funciona en ambas direcciones, la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la condición de salud y viceversa.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

La Condición de salud es considerada una alteración o atributo del estado de salud de un individuo, el cual puede generar diferentes sensaciones en la persona, interferir con el normal desarrollo de sus actividades de la vida diaria, al punto de obligarlo a o ponerse en contacto con los servicios de salud; esta puede ser una enfermedad (aguda o crónica), un trastorno, trauma o lesión o reflejar otros estados relacionados con la salud tales como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, las anomalías congénitas o la predisposición genética.

En este contexto surge la discapacidad, la cual de igual manera representa el término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación social, producto de una condición de salud determinada, por lo tanto indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud dada y los factores contextuales (ambientales y personales).

Aquí las deficiencias son consideradas como un problema situado en el nivel de funcionamiento corporal, dado que representan las alteraciones en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida

Las limitaciones en la actividad, se sitúan en el nivel personal, y representan las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Estas dificultades pueden aparecer como una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que la persona desempeña la actividad en comparación con otras que no tienen un problema de salud similar.

Retomando los planteamientos de Vanegas y Gil en el 2009 (55), al considerar la situación de discapacidad como una limitación en las actividad, se puede afirmar que la ausencia de capacidad para realizar actividades no siempre es total, ya que existen varias clases de discapacidad, pero el término 'limitante' significa ausencia de alguna funcionalidad, es decir, que antes se podía realizar o que otros realizan, pero la función limitada, no siempre es ausencia total, puesto que ella puede ser parcial, de tal forma que cuando hablamos de límite en la actividad ella no siempre es absoluta y, aunque puede serlo, la situación de discapacidad hace referencia precisamente a una situación, es decir, a una circunstancia temporal, momentánea en donde el sujeto en mención se ve preso de su mismo cuerpo para realizar una actividad.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Y las restricciones en la participación, se ubican en el nivel social, representadas por los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. en el contexto real en el que viven. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de la persona con discapacidad con la participación de una persona sin discapacidad en una situación análoga o comparable.

Como parte de la compleja interacción que surgen en el análisis de la discapacidad en el modelo Bio-psicosocial, se ubican los factores contextuales, los cuales representan los antecedentes completos de la vida del individuo, ejercen un impacto sobre el individuo, a nivel del cuerpo, de la persona o de su relación con la sociedad, y consisten en:

- Factores ambientales, que forman el entorno físico, social y de actitudes en el que la gente vive; son externos a la persona y pueden tener una influencia positiva o negativa sobre la participación del individuo en la sociedad o sobre la realización de actividades.
- Factores personales son los antecedentes de la vida del individuo (edad, sexo, nivel educativo, hábitos, situación profesional, etc.).

Todo lo anterior, y en coherencia con el modelo Bio-psicosocial, se concreta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, (CIF), la cual tiene como finalidad crear un modelo de evaluación que enfatiza en los elementos positivos de la persona, una visión menos estigmatizante de su situación, aportando un lenguaje estandarizado, fiable y aplicable transculturalmente, que permite 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 (54)

La CIF, como instrumento de codificación y de diagnóstico de la discapacidad, fue diseñada y validada en población adulta, considerando los ámbitos de desempeño y las actividades que le son propias a los adultos. En el año 2007, la OMS, diseña y valida la CIF para niños y adolescentes (17), que surge como una necesidad de contar con una clasificación comprensiva de la discapacidad en la infancia, sensible a los aspectos físicos, sociales y psicológicos característicos de los niños y



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

jóvenes, que permitiera captar el universo del funcionamiento de esta población, en tanto que existen diferencias en relación a las manifestaciones del funcionamiento, la discapacidad y las condiciones de salud, de los niños con las de los adultos. Así mismo se requería un sistema de clasificación que fuera sensible a los cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños.

### **Medición de la discapacidad en la población infantil**

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. Basándose en la clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad CIF, Salamanca LM en el 2010 (56, 57), generó un cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH, CLARP-TDAH Profesores.

El instrumento CLARP TDAH Profesores es un cuestionario constituido por 4 dominios y 20 ítems relacionados con los capítulos de la CIF: Aprendizaje, aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales (7 ítems), Movilidad (7 ítems), Interacciones y relaciones interpersonales (3 ítems) y Áreas principales de la vida, vida comunitaria, social y cívica (3 ítems). Cada uno de estos ítems se califica en una escala de 0 a 4 tal como lo propone la CIF, describiendo el grado de dificultad para la realización de determinadas actividades y participación social, así: 0 Ninguna dificultad, 1 dificultad ligera, 2 dificultad moderada, 3 dificultad grave, 4 dificultad completa. Al final se obtiene una puntuación global otorgada por el sumatorio de los ítems calificados según la codificación propuesta por la CIF, así como de su conversión a escala 0-100, y así hacer una interpretación final de grado de dificultad en actividades y participación. La puntuación final del instrumento en una escala de 0 a 100 llega a interpretarse de la siguiente manera, tal como lo propone la CIF:



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Interpretación	Valor
<b>No hay dificultad:</b> ninguna, insignificante	0-4%.
<b>Dificultad ligera:</b> poca, escasa	5-24%.
<b>Dificultad moderada:</b> media, regular	25-49%
<b>Dificultad grave:</b> mucha, extrema	50-95%
<b>Dificultad completa:</b> total	96-100%

El CLARP TDAH Profesores, a través de un estudio de validez y confiabilidad permitió determinar sus propiedades psicométricas, donde se reconoce su adecuada consistencia interna evaluada con el coeficiente Alfa de Cronbach de 0,93, en cuanto a la validez concurrente con el cuestionario de Capacidades y Dificultades SDQ Maestros se encontró concurrencia, específicamente desde un modelo predictivo con significancia estadística dado por valores  $p < 0,001$ , y confiabilidad intraevaluador a través del índice Kappa un nivel de concordancia muy bueno con unos valores de  $k$  con rangos entre 0,721 y 0,879, (Z del 95% y  $p=0,000$ ) (29, 30).

### 5.3. CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud OMS define la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, es un concepto influenciado por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno (58). La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional relacionado tanto con elementos objetivos como subjetivos, objetivos como: trabajo, nivel socioeconómico, estado de salud, y subjetivos como la escala de valores, creencias y expectativas de vida.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

En este sentido, cabe reconocer su relación con la satisfacción de necesidades humanas y la garantía de derechos, involucrando múltiples dimensiones desde la salud, la política, la educación, el ámbito sociocultural, entre otros. Por lo anterior es relevante citar a Verdugo (59), quien agrega que la evaluación de la calidad de vida permite centrar los esfuerzos en las personas, y no en las organizaciones o servicios de atención.

Ahora bien, en lo referente al funcionamiento, se encuentra que el modelo de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento y la discapacidad, y es el marco referencial para describir la salud y los aspectos relacionados porque se basa en dos principios con importantes implicaciones en la contextualización y estructuración de los servicios sanitarios, el primero es la universalidad: el funcionamiento - discapacidad son inherentes a la condición humana pues estos son comunes a todos, y el segundo es la continuidad: la ecuación funcionamiento - discapacidad es un continuum que persiste a lo largo de toda la vida, y bajo estas dos vertientes cobra importancia la calidad de vida. La OMS entonces, no es ajena a la necesidad de conocer la percepción que tienen las personas sobre diferentes aspectos de su vida, por ello la CIF plantea “establecer conexiones con conceptos de calidad de vida y con la medida del bienestar subjetivo”, reconociendo el resultado de la interacción de la persona con su ambiente (14).

Desde la discapacidad han surgido diversas posiciones conceptuales, entre ellas: “la calidad de vida puede analizarse en función de los distintos tipos de discapacidad y de la edad de los individuos, pero los principios esenciales son los mismos y tienen aplicación en distintas edades y grupos de discapacidad”(60), otros autores sostienen que el constructo de calidad de vida es esencialmente igual para las personas con discapacidad o sin ella, y que toda persona tiene las mismas necesidades y deseos de satisfacción a sus necesidades y de tomar decisiones en su proyecto de vida (61)

Las pretensiones de diferentes documentos internacionales en relación a la discapacidad como la Declaración de Cartagena de Indias en 1992, la Declaración de Managua 1993, las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad 1993, sugieren diferentes conceptos sobre la Calidad de Vida, tratando de dar importancia a las condiciones de vida, alcanzar un nivel de dignidad humana satisfactoria y un nivel alto de bienestar.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01


FECHA : 23/ENE/2015

De acuerdo a lo anterior, se reconoce la importancia de la evaluación de la dimensión calidad de vida, ya que permite valorar aspectos relacionados con la atención y cuidado de las personas, bienes y servicios, tecnología y accesibilidad, aspectos a los que tiene derecho todo ser humano, y de esta manera guiar y orientar a todos los actores sociales que se vinculan a las personas en situación de discapacidad.

Desde hace un tiempo se han hecho evidentes los intentos por aumentar la atención garantizando el cubrimiento de los individuos en todos sus entornos, labor que se ha realizado desde los entes e instituciones que tienen como misión dicha labor. Se reconoce entonces el rápido desarrollo, los avances en la industria o la globalización y todas las consecuencias que han traído desde su origen y hasta los presentes días, y que han hecho reconocer con fuerza la importancia del concepto de Calidad de Vida.

### **Dimensiones e indicadores de la calidad de vida (Schalock RL, 1996) (62)**

DIMENSIONES	INDICADORES
AUTODETERMINACIÓN	Autodirección Autonomía Control Personal Elecciones Metas y valores personales Poder de decisión
BIENESTAR FÍSICO	Años de vida sin discapacidad Cuidados de salud Movilidad Nutrición Ocio Salud Seguro de salud Tiempo libre
DERECHOS	Accesibilidad Derecho al voto Juicio justo Propiedad Privacidad Responsabilidades cívicas
INCLUSIÓN SOCIAL	Aceptación Actividades comunitarias

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

	Ambiente laboral Ambiente residencial Apoyos Posición social Roles sociales Voluntariado
--	---

Tabla No 4. **Dimensiones e indicadores de la calidad de vida (Schalock RL, 1996)**

La medición de Calidad de vida se ha realizado desde hace algunos años en los que ha cobrado importancia determinar este aspecto en las personas, para ello existen diversos instrumentos genéricos y específicos, los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad o condición de salud, y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes, los instrumentos específicos son aquellos que contienen dimensiones de una determinada patología o condición de salud (63).

### **5.3.1 Calidad de vida relacionada con la salud y calidad de vida relacionada con la salud infantil**

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. Es un concepto que enfatiza en el bienestar y satisfacción del sujeto, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en las personas con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente, por lo que es necesario convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida.

Las dimensiones que cobran importancia desde la CVRS son: funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional, y bajo esta perspectiva incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona.

La mayoría de estudios de los últimos años se han realizado alrededor de la Calidad de Vida en los adultos, ahora cobra mayor importancia en la infancia dados los cambios en los perfiles

epidemiológicos de las enfermedades infantiles, pues ha habido un aumento en las tasas de supervivencia de pacientes con enfermedades crónicas (64). Por lo anterior, este concepto es central porque representa una visión más humana de la salud que abarca el equilibrio físico, psicológico, emocional y social del paciente, de acuerdo a su personalidad, criterio de juicio y cultural.

En relación a la población infantil, referirse a CVRS requiere considerar su concepto multidimensional a partir de la percepción del propio niño, su familia y otras personas de su contexto. Según Eiser (65), las principales dimensiones de calidad de vida en la infancia son: estatus funcional, funcionamiento psicológico y funcionamiento social. El estatus funcional se relaciona con las habilidades para desempeñar actividades diarias propias de su edad, el funcionamiento psicológico incluye la evaluación afectiva del niño y el funcionamiento social se relaciona con la habilidad del niño para mantener relaciones íntimas con sus personas más cercanas como familiares y pares. Es así como Quiceno (66) define la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil CVRSI como la “valoración que hace el niño o adolescente, de acuerdo con su desarrollo evolutivo, diferencias individuales y contexto cultural, de su funcionamiento físico, psicológico y social, cuando este se ha visto limitado o alterado por una enfermedad o accidente”.

Según el modelo conceptual de Quiceno (66), las diferentes dimensiones de la CVRSI son:

DIMENSIONES	ELEMENTOS
DIMENSION FÍSICA	Actividades físicas diarias Síntomas físicos Estado físico Energía / vitalidad Percepción global de la salud
DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	Emociones positivas / negativas Autoesquemas Satisfacción con la vida Funcionamiento neuropsicológico Conductas en general
DIMENSIÓN SOCIAL	Colegio Amigos (los pares) Familia (comunicación)

**Tabla No 5. Dimensiones del modelo conceptual de Quiceno**



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

Las anteriores dimensiones igualmente están mediadas por otras variables como el contexto cultural, el desarrollo evolutivo de cada niño y sus características y diferencias individuales tanto biológicos, como emocionales y cognitivos, que le permiten al niño interpretar los procesos salud – enfermedad de manera adaptativa a su momento en el ciclo vital.

Es importante contar con datos sobre calidad de vida relacionada con la salud obtenidos por medio de instrumentos con cualidades psicométricas adecuadas desarrolladas científicamente, proporcionando una forma segura de considerar la salud desde el punto de vista del paciente, integrando aquellos aspectos de la vida relacionados con el funcionamiento físico, mental y el estado de bienestar, por lo tanto debe partir de un enfoque multidimensional.

### 5.3.2. Medición de la calidad de vida en la población infantil.

Uno de los instrumentos de medición que interesa a la presente investigación es el cuestionario KIDSCREEN, desarrollado por la Comisión Europea en el 2001, para evaluar la CV de los niños y adolescentes. Los instrumentos KIDSCREEN evalúan la salud y el bienestar subjetivo de niños y adolescentes. Fueron desarrollados como medidas de salud autopercebida aplicable para niños y adolescentes sanos y con enfermedades crónicas comprendidos entre edades de 8 a 18 años. Como resultado de su desarrollo simultáneo en 13 países europeos, los instrumentos KIDSCREEN son instrumentos realmente transculturales que miden la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (67). El instrumento tiene tres versiones disponibles: el **KIDSCREEN-52** (versión extensa) que cubre 10 dimensiones de la CVRS, el **KIDSCREEN-27** (versión reducida) que cubre 5 dimensiones de la CVRS y el Índice **KIDSCREEN-10** como puntuación global de CVRS.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

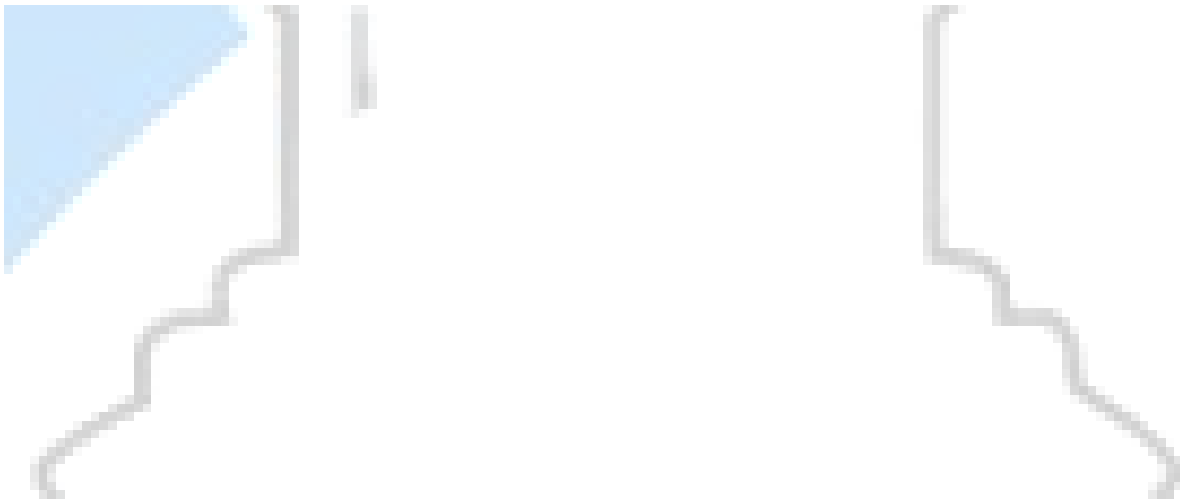
VERSIÓN: 01

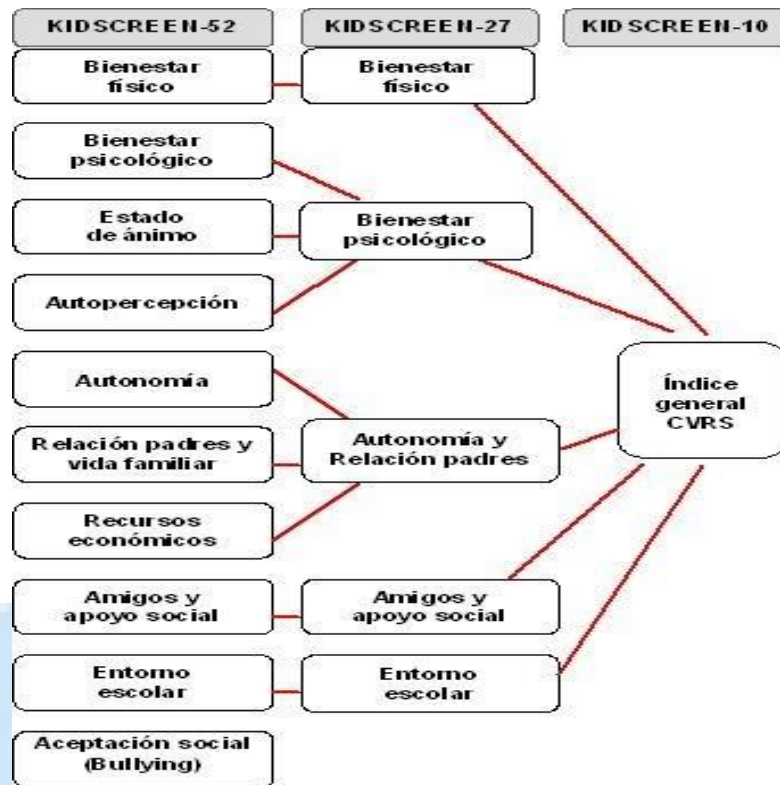
FECHA : 23/ENE/2015

Versión de KIDSCREEN	Descripción
KIDSCREEN-52	Permite información detallada del perfil de salud para diez dimensiones de CVRS y 52 ítems Requiere 15-20 minutos para ser completado
KIDSCREEN-27	Contiene ítems derivados de la versión de 52 ítems, permite información detallada del perfil de salud para cinco dimensiones de CVRS con 27 ítems requiere 10-15 minutos para ser completado.
KIDSCREEN-10 Index	Contiene ítems derivados de la versión de 27 ítems, en 10 ítems Permite una puntuación global de CVRS para usos de cribado e investigación, Requiere 5 minutos para ser completado.

**Tabla No 6. Versiones del KIDSCREEN**

Los instrumentos KIDSCREEN se encuentran disponibles en versiones de niño/a y adolescentes, así como una versión para madres, padres o personas informantes y han sido traducidas y adaptadas a diferentes idiomas (67).





**Grafica No 2. Versiones del KIDSCREEN**

La versión que se utilizará en la presente investigación, es la 27 items, es decir el KIDSCREEN 27, el cual está organizado por cinco dimensiones de la vida de un sujeto: (67, 68)

- ✓ Actividad física y salud (Bienestar físico)
- ✓ Estado de ánimo y sentimientos. (Bienestar psicológico)
- ✓ Vida familiar y tiempo libre (Autonomía y padres)
- ✓ Amigos (Amigos y apoyo social)
- ✓ Colegio (Entorno escolar)

Estos cuestionarios han sido validados y adaptados transculturalmente para niños entre 8 a 12 años de países como Argentina, Chile, México, Colombia, entre otros, otorgando valor científico al instrumento para ser utilizado en el marco de los procesos de evaluación de la calidad de vida



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

relacionada con la salud en niños de diversas condiciones de salud y con factores contextuales divergentes.





## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 6. OBJETIVOS

#### 6.1 OBJETIVO GENERAL

Relacionar las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación a nivel escolar con la calidad de vida relacionada con la salud de los niños con TDAH.

#### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los niños con TDAH participantes en el estudio.
- Identificar las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los niños con TDAH a través el uso del CLARP profesores
- Caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud de los niños con TDAH haciendo uso del cuestionario KIDSCREEN 27 versión autodiligenciada y versión padres
- Correlacionar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud entre los padres y los mismos niños con TDAH
- Determinar las relaciones entre las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación y la calidad de vida relacionada con la salud de los niños con TDAH



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1. Enfoque y Tipo de estudio

Investigación con enfoque empírico-analítico. Tipo de estudio transversal, descriptivo y de alcance correlacional. El estudio descriptivo permite analizar y detallar el fenómeno y sus componentes a través de sus atributos y cruce de variables que se ponen en juego. Se observan los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo ni consecución. Finalmente se logran identificar elementos, características, hechos y situaciones que facilitan la resolución del problema de investigación y relacionar variables para caracterizar el fenómeno en estudio. El estudio de correlación pretende relacionar dos o más variables en una población en un momento determinado, para este estudio, determinar la relación entre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en niños con TDAH con el grado de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación a nivel escolar, y con las variables sociodemográficas.

### 7.2. Población y muestra

**Población:** La población total de niños y niñas de 8 a 12 años de edad, con TDAH, escolarizados, de las ciudades de Manizales, Ibagué, Pereira, Cali y Medellín.

**Muestra y muestreo:** Para determinar la muestra se tuvieron en cuenta las proyecciones poblacionales del DANE para niños entre 8 a 12 años de edad y la prevalencia del TDAH en cada una de las ciudades mencionadas anteriormente. Esta prevalencia es conocida para las ciudades de Manizales (17,1%), Cali (16%) y Medellín (15,1%). Según revisión de la literatura no se conoce aún la prevalencia para Ibagué y Pereira, por lo tanto se asume la prevalencia más alta de las ciudades en las que sí se conoce (17,1%). En relación a lo anterior se identificó la población esperada de niños de 8 a 12 años de edad con TDAH en cada ciudad así:

CIUDAD	POBLACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS (A 2015)	PREVALENCIA DE TDAH	POBLACIÓN ESPERADA CON TDAH (A 2015)
MANIZALES	28.328	17,1%	4.844
MEDELLIN	154.984	15,1%	23.402
CALI	183.602	16%	29.376
IBAGUE	48.479	17,1%	8.289
PEREIRA	35.060	17,1%	5.995


**Tabla No 7. Calculo de población esperada con TDAH**

Una vez estimada esta población, se determinó el tamaño de la muestra, mediante muestreo simple, para ello se realizó una prueba piloto con 47 niños y niñas con TDAH en las cuatro ciudades, y se tuvieron en cuenta como variables estrella las dimensiones más relacionadas con el contexto escolar, “el colegio” y “amigos”, y de ellas se asumió para la fórmula la dimensión con la desviación estándar mayor, la cual se obtuvo en la dimensión “amigos” del kidscreen-27 aplicado a los padres, cuyos resultados fueron: DE=19,9 y Varianza=396,01 en el puntaje de calidad de vida. Por lo anterior resultó una muestra de 106 personas por ciudad.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * S^2}$$

Donde,

Estimadores	Valores
Población (Población esperada con TDAH)	8289
Nivel de confianza del 95% (Z)	1,96
Desviación estándar (S)	19,9
Varianza (S*S)	396,01
Precisión (d)	4
Tamaño de la muestra (n)	95
<b>Muestra ajustada a la perdida (R=10%)</b>	<b>106</b>

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

El muestreo para cada ciudad fue no probabilístico, considerando niños y niñas con TDAH que asisten a instituciones de salud y de apoyo terapéutico. Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusion:

- Niño o niña de 8 a 12 años de edad.
- Diagnóstico de TDAH confirmado por el MINI KID.
- Escolarizado en institución educativa pública o privada.

Criterios de exclusión:

- Niño o niña diagnosticado con alguna patología neurológica, sensorial, neuromuscular o muscular como: Parálisis Cerebral, Distrofia Muscular, Trastorno Generalizado del Desarrollo o Trastorno del Espectro Autista, Enfermedad Desmielinizante, Síndrome Genético, Discapacidad auditiva, Discapacidad visual, Problemas ortopédicos agudos.
- Niño o niña con un coeficiente intelectual bajo ( $\leq 70$ ) o diagnosticado con Retardo Mental

### 7.3. Técnica e Instrumentos

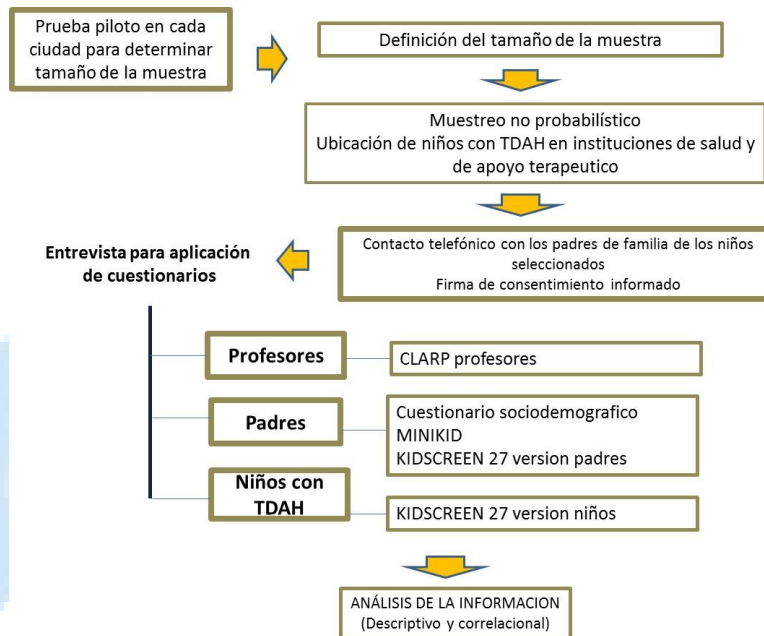
**Técnica:** Entrevista estructurada a niños con TDAH, sus padres y sus profesores.

**Instrumentos:** Los cuestionarios que fueron utilizados para el desarrollo de la investigación, se presentaron ampliamente en el referente teórico; Previo a la aplicación de los instrumentos, los participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado, el cual tuvo aprobación por el comité de bioética de la UAM. Los cuestionarios son:

- Cuestionario sociodemográfico.
- Mini KID.
- Cuestionario CLARP TDAH Profesores.

- KIDSCREEN – 27, versión autodilenciada y versión padres. Para el estudio se contó con la autorización y convenio directo con el Kidscreen Group de Europa, sus autores originales.

#### 7.4. Diseño del estudio:



**Gráfica No. 3. Diseño del estudio**



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 7.5. Variables y operacionalización de variables

#### Variables sociodemográficas y clínicas:

Variable	Valor	Indicador	Índice
Edad	8 – 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
Grado escolar actual	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
	Noveno de bachillerato		9
Tipo de institución escolar	Pública		1
	Privada		2
Tratamiento farmacológico	Si		1
	No		0
Tratamiento de apoyo terapéutico	Fisioterapia – Recibe apoyo de fisioterapia	Si	1
		No	0
	Fonoaudiología – Recibe apoyo de fonoaudiología	Si	1
		No	0
Terapia	Si	1	



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

**CÓDIGO:** GIN—GUI-001

**VERSIÓN:** 01

**FECHA :** 23/ENE/2015

	ocupacional – Recibe apoyo de terapia ocupacional	No	0
	Terapias alternativas – Recibe apoyo por terapias alternativas	Si	1
		No	0
	Psicología – Recibe apoyo de psicología	Sí	1
		No	0
Apoyo pedagógico – Recibe apoyo pedagógico	Sí	1	
	No	0	
Tiempo de tratamiento	Menos de 1 año		1
	Entre 1 y 2 años		2
	Más de 2 años		3

### Variables de TDAH Mini KID

Variable	Subvariable	Valores	Indicador
<b>DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD (TDH)</b>	Tipo de TDH	No tiene TDH TDH combinado TDH con déficit de atención TDH hiperactivo impulsivo	No tiene diagnóstico de TDH Tiene diagnóstico de TDH combinado Tiene diagnóstico de TDH con déficit de atención Tiene diagnóstico de TDH hiperactivo impulsivo

### Variables de TDAH Checklist Padres

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	INDICE
SINTOMAS DE TDAH PADRES	INATENCIÓN	1 Sí cumple 6 o más síntomas de inatención	1
		0 No cumple 6 o más síntomas de inatención	0
	PUNTAJE TOTAL DE INATENCIÓN	Sumatoria de todos los síntomas	Valor numérico



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**

	HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD	<p>1 Sí cumple 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad</p> <p>0 No cumple 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad</p>	<p>1</p> <p>0</p>
	PUNTAJE TOTAL DE HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD	Sumatoria de todos los síntomas	Valor numérico
	INATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD COMBINADO	<p>1 Sí cumple 6 o más síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad combinado</p> <p>0 No cumple 6 o más síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad combinado</p>	<p>1</p> <p>0</p>
	PUNTAJE FINAL DEL CHECKLIST PADRES	Sumatoria de puntaje total de inatención más puntaje total de hiperactividad-impulsividad	Valor numérico



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### Variables de Calidad de vida: instrumento KIDSCREEN – 27 Padres y niños

Variable	Subvariable	Indicador	Indice
ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD	Cómo es su salud en general	5 Excelente	1
		4 Muy buena	2
		3 Buena	3
		2 Regular	4
		1 Mala	5
ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD	Se ha sentido bien de salud	1 Nada	1
		2 Un poco	2
		3 Moderadamente	3
		4 Mucho	4
		5 Muchísimo	5
ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD	Se ha sentido físicamente activo	1 Nada	1
		2 Un poco	2
		3 Moderadamente	3
		4 Mucho	4
		5 Muchísimo	5
ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD	Ha podido correr	1 Nada	1
		2 Un poco	2
		3 Moderadamente	3
		4 Mucho	4
		5 Muchísimo	5
ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD	Ha estado lleno de energía	1 Nunca	1
		2 Casi nunca	2
		3 Algunas veces	3
		4 Casi siempre	4
		5 Siempre	5
ESTADO DE ÁNIMO Y SENTIMIENTOS	Ha podido disfrutar	1 Nada	1
		2 Un poco	2
		3 Moderadamente	3
ESTADO DE ÁNIMO Y SENTIMIENTOS	Ha estado de buen humor	1 Nunca	1
		2 Casi nunca	2
		3 Algunas veces	3
ESTADO DE ÁNIMO Y SENTIMIENTOS	Lo ha pasado bien	4 Casi siempre	4
		5 Siempre	5
		1 Nunca	1
ESTADO DE ÁNIMO Y SENTIMIENTOS	Lo ha pasado bien	2 Casi nunca	2
		3 Algunas veces	3



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**

		4 Casi siempre 5 Siempre	4 5
	Se ha sentido triste	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Se ha sentido tan mal como para no querer hacer nada	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Se ha sentido solo	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Ha estado contento	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
VIDA FAMILIAR Y TIEMPO LIBRE	El niño ha tenido tiempo para él	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	El niño ha tenido tiempo libre	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Los padres le han dedicado suficiente tiempo	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Los padres lo han tratado de forma	1 Nunca	1



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**

	justa	2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	2 3 4 5
	El niño ha podido hablar con sus padres	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Ha tenido tanta plata como sus amigos	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Ha tenido suficiente dinero para sus gastos	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
APOYO SOCIAL Y AMIGOS	Ha pasado tiempo con sus amigos	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Se ha divertido con sus amigos	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Se han ayudado entre sus amigos	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

	Ha podido confiar en sus amigos	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
ENTORNO ESCOLAR	Se ha sentido feliz en el colegio	1 Nada 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Mucho 5 Muchísimo	1 2 3 4 5
	Le ha ido bien en el colegio	1 Nada 2 Un poco 3 Moderadamente 4 Mucho 5 Muchísimo	1 2 3 4 5
	Ha podido prestar atención en clase	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5
	Se ha llevado bien con sus profesores	1 Nunca 2 Casi nunca 3 Algunas veces 4 Casi siempre 5 Siempre	1 2 3 4 5

### Variables de TDAH Checklist Profesores

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADOR	INDICE
SINTOMAS DE TDAH PROFESORES	INATENCIÓN	1 Sí cumple 6 o más síntomas de inatención 0 No cumple 6 o más síntomas de inatención	1 0
	PUNTAJE TOTAL DE INATENCION	Sumatoria de todos los síntomas	Valor numérico



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**

	HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD	<p>1 Sí cumple 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad</p> <p>0 No cumple 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad</p>	<p>1</p> <p>0</p>
	PUNTAJE TOTAL DE HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD	Sumatoria de todos los síntomas	Valor numérico
	INATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD COMBINADO	<p>1 Sí cumple 6 o más síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad combinado</p> <p>0 No cumple 6 o más síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad combinado</p>	<p>1</p> <p>0</p>
	PUNTAJE FINAL DEL CHECKLIST PROFESORES	Sumatoria de puntaje total de inatención mas puntaje total de hiperactividad-impulsividad	Valor numérico

**Variables de actividad y participación**



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

VARIABLE	SUBVARIABLE	DIMENSIÓN	VALORES	INDICADOR	INDICE	
Aprendizaje, aplicación del conocimiento y tareas y demandas generales	Aplicación del conocimiento	A 160 Centrarse la atención	No hay dificultad	Dificultad ninguna, insignificante	0	
			Dificultad ligera	Dificultad poca, escasa	1	
			Dificultad moderada	Dificultad media, regular	2	
			Dificultad grave	Dificultad mucha, extrema	3	
			Dificultad completa	Dificultad total	4	
	Llevar a cabo una única tarea	A 166 Leer	A 170 Escribir	A 172 Calcular	A 175 Resolver problemas	Idem
						Idem
						Idem
						Idem
						Idem
Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	A 2102 Llevar a cabo una única tarea independiente mente	A 2400 Manejo de responsabilidades	Idem	Idem	Idem	
					Idem	
Movilidad	Cambiar y mantener la posición del cuerpo	A 4153 Permanecer sentado	A 4402 Manipular	A 4454 Lanzar	A 4455 Atrapar	Idem
						Idem
						Idem
						Idem
						Idem
						Idem
A 4503 Andar sorteando obstáculos	A 4552 Correr	Idem	Idem	Idem	Idem	
					Idem	



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

		A 4553 Saltar	Idem	Idem	Idem
Áreas principales de la vida, Vida comunitaria, social y cívica	Tiempo libre y ocio	P 9200 Juego	Idem	Idem	Idem
		P 9201 Deportes	Idem	Idem	Idem
		P 9203 Manualidades	Idem	Idem	Idem
		P 7102 Tolerancia en las relaciones	Idem	Idem	Idem
Interacciones y relaciones interpersonales		P 7200 Establecer relaciones	Idem	Idem	Idem
		P 7202 Regulación del comportamiento en las interacciones	Idem	Idem	Idem
<b>PUNTAJE FINAL</b>			0 – 80	Puntaje sumatoria de los 20 ítems	Sumatoria en valor numérico
<b>DISCAPACIDAD FINAL</b>			No hay dificultad	De 0 a 4 %	0
			Dificultad ligera	De 5 a 24 %	1
			Dificultad moderada	De 25 a 49 %	2
			Dificultad grave	De 50 a 95 %	3
			Dificultad completa	De 96 a 100 %	4

**Tabla No 8. Operacionalización de variables.**

## 8. RESULTADOS

### 8.1. Análisis descriptivo

#### 8.1.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra

##### a. Caracterización de la muestra por edad y por genero

La edad promedio para la muestra fue de 9,7 años con una desviación estándar de 1.5 años. La edad mínima de 8 años y la máxima de 12 años. En relación al género, un 69,8% fueron hombres y un 30,2%, mujeres. Tabla 9.

Genero	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas
Femenino	32	30,2%
Masculino	74	69,8%
TOTAL	106	100%

**Tabla No 9 Caracterización de la muestra por edad y por género**

##### b. Caracterización de la muestra por institución educativa

Para el desarrollo de la investigación se recurrieron a dos tipos de instituciones: de naturaleza pública y privada, contando con 79 participantes provenientes de instituciones públicas, lo cual corresponde a 74,5% del total de la muestra y un 25,5% de una institución privada para 27 participantes, el número de casos analizados por cada institución fue cerca de tres veces mayor en las instituciones públicas. Tabla 10.

Institución	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas
Publica	79	74,5%
Privada	27	25,5%
TOTAL	106	100%

**Tabla No 10 Caracterización de la muestra por institución educativa**

### **c. Caracterización de la muestra según apoyos recibidos**


El contexto escolar brinda conocimientos, herramientas, valores para que el niño (a) tenga la posibilidad de participar e interactuar con otros pares, sin embargo no se puede descartar otros tipos de ayuda que posiblemente ayudan a disminuir los síntomas e implicaciones del TDAH es por ello que se indagó a los padres por algún tratamiento de apoyo farmacológico y terapéutico, se pudo determinar que en cuanto al servicio de atención reportado que se presenta en mayor frecuencia es el uso del apoyo pedagógico seguido de la atención profesional en psicología y la atención en fonoaudiología, sin embargo existen otros servicios que también fueron consultados con una menor frecuencia como fue la terapia física y la terapia ocupacional. Tabla 11.

TIPO DE APOYO	SI
Farmacológico	2
Fisioterapia	2
Fonoaudiología	7
Terapia Ocupacional	4
Apoyo Pedagógico	17
Psicología	9
Terapia Alternativas	0

**Tabla No 11 Caracterización de la muestra según apoyos recibidos**

## **8.1.2 Comportamiento de las variables de TDAH**

### **a. Tipo de Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) según el Minikid**

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

En relación al tipo de TDAH, se identificó en la muestra en estudio, que el 64,2% presentaba un TDAH combinado, mientras tanto el déficit de atención representa el segundo lugar de prevalencia de la muestra, y una menor proporción de personas fue diagnosticada como hiperactivo impulsivo representando tan solo el 3,7%. Tabla 12.

Tipo de TDAH	Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas
Combinado	<b>68</b>	<b>64,2%</b>
Déficit de atención	<b>34</b>	<b>32,1%</b>
Hiperactivo/impulsivo	<b>4</b>	<b>3,7%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100 %</b>

**Tabla No 12 Tipo de Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) según el Minikid**

#### **b. Tipo de Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) según genero**

Buscando describir la variable género con los Tipo de TDAH, se revisa la distribución que siguieron en cada uno de los géneros, encontrándose para el sexo masculino una mayor proporción con el diagnóstico combinado y la menor proporción se presentó en hiperactivo impulsivo con un 2,7%. Para el género femenino, se presenta un comportamiento similar al género masculino, encontrándose un diagnóstico combinado en lo más alto con un 62,5%, mientras que el hiperactivo compulsivo en lo más bajo con un 6,2%, teniendo una pequeña variación este último respecto al masculino, es decir, que en ambos géneros, de manera proporcional, el tipo de TDAH más frecuente es el combinado, el cual está presente en el 64.9% de los niños y en el 62.5% de las niñas y el tipo hiperactivo / impulsivo está en menor proporción en ambos géneros. Tabla 13.

Genero	Tipo de TDAH			Total
	Combinado	Déficit de atención	Hiperactivo /impulsivo	
Femenino	<b>20 (62.5%)</b>	<b>10 (31.2%)</b>	<b>2 (6.2%)</b>	100%
Masculino	<b>48 (64.9%)</b>	<b>24 (32.4%)</b>	<b>2 (2.7%)</b>	100%

**Tabla No 13 Tipo de Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) según género**



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### c. Puntajes para síntomas de TDAH según CHECKLIST padres y Puntajes para síntomas de TDAH según CHECKLIST profesores:

Las puntuaciones encontradas para los tipos de trastorno en función de los padres teniendo en cuenta que la puntuación mínima esperada fue de 9 y la máxima 27 en las variables inatención, hiperactividad impulsividad, y que el total de la escala presenta un puntaje mínimo esperado de 18 y un máximo de 54, se pudo determinar que se presenta en promedio una mayor puntuación en la variable inatención del checklist padres con un 15,30 (DT= 7,1) y las puntuaciones encontradas para los tipos de trastorno en función de los profesores teniendo en cuenta que la puntuación mínima esperada fue de 9 y la máxima 27 en las variables inatención, hiperactividad impulsividad y que el total de la escala presenta un puntaje mínimo esperado de 18 y un máximo de 54, se pudo determinar que se presenta en promedio una mayor puntuación en la variable inatención con un 17,65 (DT= 6,192). Tabla 14.

Tipo de TDAH	Profesores		Padres	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Puntaje total de inatención	17.65	6.192	15.30	7.095
Puntaje total de hiperactividad-impulsividad	14.42	8.369	13.42	7.352
Puntaje final del checklist profesores	32.07	12.834	28.62	12.762

Tabla No 14 Puntajes para síntomas de TDAH según CHECKLIST padres y Puntajes para síntomas de TDAH según CHECKLIST profesores

### 8.1.3 Comportamiento de las dimensiones de Calidad de vida. KIDSCREEN-27

#### a. KIDSCREEN-27 VERSION PADRES. Comportamiento de las dimensiones de Calidad de vida según Padres

Los resultados de la percepción de los padres sobre la Calidad de Vida de sus hijos e hijas con TDAH evidencian que en general valoran positivamente la calidad de vida, sin embargo se reconoce que las dimensiones que evidencian menores puntajes en calidad de vida son el colegio y la vida familiar y tiempo libre. Cabe resaltar que la dimensión colegio en particular es la que presenta puntajes más



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

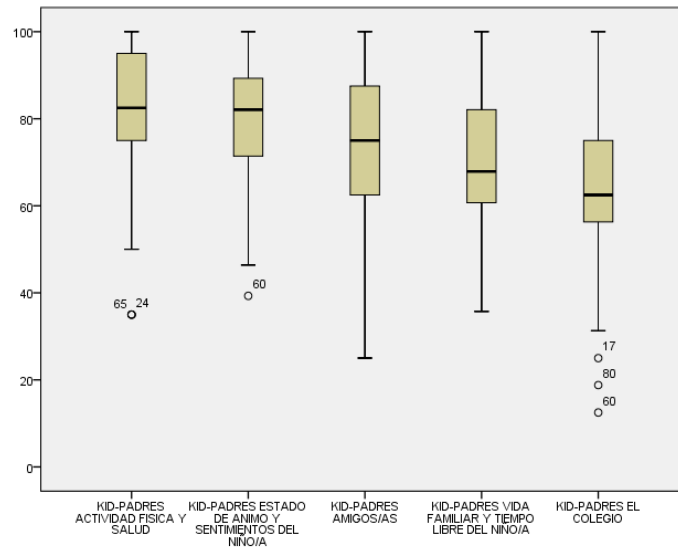
**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**

bajos en la media y la mediana, demostrando que el 50% central de los niños y niñas tienen un puntaje mínimo de 56, puntaje que se acerca a considerarse calidad de vida moderada, al mismo tiempo se evidencian 3 casos atípicos con valores por debajo de 30 considerados calidad de vida baja. En relación a la dimensión amigos cabe reconocer que en ella se obtuvieron los puntajes más bajos, 25% de los niños y las niñas puntúan valores desde 25 considerados bajos para la calidad de vida, lo cual se interpreta como la percepción de limitación para actividades y participación social de los padres, por ejemplo, perciben que sus hijos se sienten solos, raramente se divierten con amigos, se sienten excluidos y no aceptados ni apoyados por sus compañeros. La dimensión Actividad Física es la que presenta mejores puntajes de calidad de vida, 50% de los niños y niñas tienen calificaciones por encima de 70 y pueden alcanzar hasta el puntaje máximo de 100 en la escala, para estos casos los niños y las niñas se perciben físicamente aptos, activos, saludables y energéticos. Tabla 15.

Dimensiones de la Calidad de vida según padres	Media	Desviación estándar	Mediana	Q1 – Q3 (Rango intercuartil)
Actividad física y salud	81.41	16.28	82.50	74 – 94 (20)
Estado de ánimo y sentimientos	79.85	13.58	82.10	71-89 (17,90)
Vida familiar y tiempo libre	70.35	14.80	67.90	62-87 (21,40)
Apoyo social y amigos	74.19	18.02	75.00	60-82(25)
El colegio	64.82	16.19	62.50	56-75(18,70)

**Tabla No 15 KIDSCREEN-27 VERSION PADRES. Comportamiento de las dimensiones de Calidad de vida según Padres**



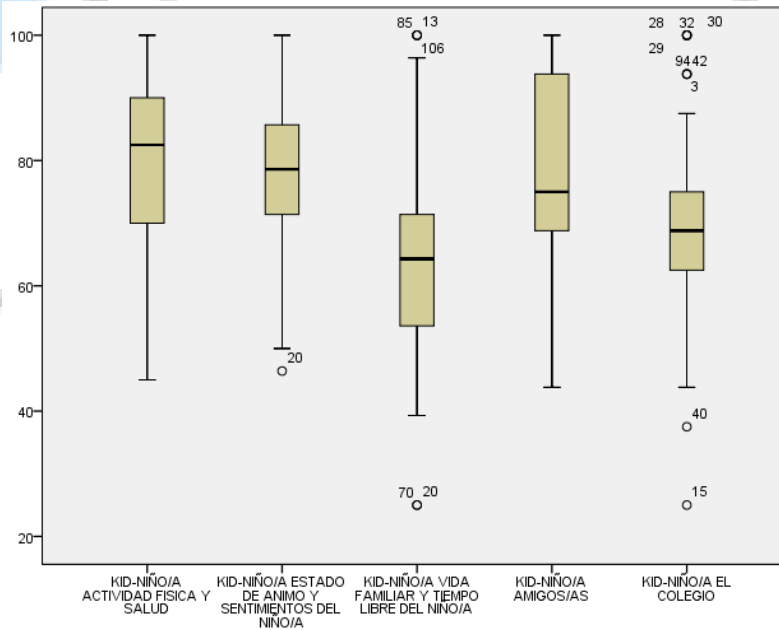
**GRAFICO 4. KidsCreen 27 Padres, Dimensiones de la Calidad de Vida**

**b. Comportamiento de las dimensiones de Calidad de vida según los propios niños**

Respecto a la percepción de los niños y las niñas en las cinco dimensiones de calidad de vida de la escala Kidscreen-27, se encontró que las dimensiones de Actividad Física y Salud y de Estado de Ánimo y Sentimientos del niño/a son las que tienen mejores puntajes en calidad de vida, con medias y medianas por encima de 77. La dimensión vida familiar y tiempo libre del niño/a, si bien tiene una mediana de 64 considerada adecuada, es la más baja que el resto de dimensiones, obteniendo además 2 casos atípicos con puntajes por debajo de 10, igualmente cabe destacar que el 50% central de la muestra obtuvo las puntuaciones más bajas que en el resto de las dimensiones. También se debe reconocer que la dimensión el colegio tiene en segundo lugar los puntajes más bajos y el rango intercuartil menor, además presentó dos casos atípicos por debajo de 40 evidenciando una baja valoración en su calidad de vida; para esta dimensión también es importante reconocer el máximo puntaje de la muestra que no llega al máximo valor en calidad de vida, frente a esta situación se consideran siete casos atípicos.

Dimensiones de la Calidad de vida según los propios niños	Media	Desviación estándar	Mediana	Q1 – Q3 (Rango intercuartil)
Actividad física y salud	81.17	13.40	82.50	70-90 (20)
Estado de ánimo y sentimientos	77.25	11.76	78.60	71-85 (14,30)
Vida familiar y tiempo libre	63.48	15.11	64.30	53-71 (17,80)
Apoyo social y amigos	79.85	15.06	75.00	68-93(25)
El colegio	69.59	12.96	68.80	62-75 (12,50)

**Tabla No 16 KIDSCREEN-27 VERSIÓN NIÑOS. Comportamiento de las dimensiones de Calidad de vida según los propios niños**



**GRAFICO 5. KidsCreen Niños, Dimensiones de la Calidad de Vida**

Es importante reconocer que tanto para los padres como para los niños y las niñas con TDAH en la ciudad de Pereira la percepción de calidad de vida en general es adecuada, pero debe tenerse en cuenta que según los padres resultó ser más baja en primer lugar en la dimensión el colegio y según los niños y niñas en primer lugar la dimensión vida familiar y tiempo libre y en segundo lugar el colegio.

#### **8.1.4. Comportamiento de las dimensiones del CLARP profesores**

##### **a. Comportamiento de las variables de la dimensión de aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales**

Al analizar las variables de esta dimensión, se encuentra que casi el 60% de los niños presentan dificultad entre grave y completa en la tarea de centrar la atención, seguido de un 59% que tienen este mismo grado de dificultad para manejar responsabilidades y un 55% para leer. De manera representativa se observa que en la principal la tarea en la cual los niños no tienen dificultad o esta es muy ligera es la tarea para resolver problemas y llevar a cabo una única tarea independientemente. Sin embargo, en términos de dificultad moderada, también se observa que casi un 38% de los niños tienen este grado de dificultad para resolver problemas. Tabla 17

Aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales	Ninguna Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa
Centrar la atención	2 (1,9%)	10 (9,4%)	31 (29,2%)	50 (47,2%)	13 (12,3%)
Leer	2 (1,9%)	10 (9,4%)	36 (34%)	36 (34%)	22 (20,8%)
Escribir	5 (4,7%)	14 (13,2%)	32 (30,2%)	38 (35,8%)	17 (16,0%)
Calcular	8 (7,5%)	17 (16,0%)	28 (26,4%)	42 (39,6%)	11 (10,4%)
Resolver problemas	10 (9,4%)	18 (17,0%)	40 (37,7%)	26 (24,5%)	12 (11,3%)
Llevar a cabo una única tarea independientemente	9 (8,5%)	22 (20,8%)	34 (32,1%)	34 (32,1%)	7 (6,6%)
Manejo de responsabilidades	2 (1,9%)	18 (17,0%)	24 (22,6%)	47 (44,3%)	15 (14,2%)

**Tabla No 17 Comportamiento de las variables de la dimensión de aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales**

**b. Comportamiento de las variables de la dimensión de movilidad**

Con relación a las variables de la dimensión de movilidad, se encontró en términos generales que por encima del 45% de los niños no tienen dificultad en las tareas relacionadas con la dimensión, a excepción de la tarea de permanecer sentado en la cual un 71% tiene un nivel de dificultad entre moderada y completa. Se observa además que, en la tarea de manipular, un 40% de los niños tienen dificultad entre moderada y grave. Tabla 18.

Movilidad	Ninguna Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa
Permanecer sentado	18 (17,0%)	13(12,3%)	23 (21,7%)	39 (36,8%)	13 (12,3%)
Manipular	47 (44,3%)	17 (16,0%)	21 (19,8%)	21 (19,8)	
Lanzar	60 (56,6%)	17 (16,0%)	17 (16,0%)	7 (6,6%)	5 (4,7%)
Atrapar	63 (59,4%)	19 (17,9%)	14 (13,2%)	8 (7,5%)	2 (1,9%)
Andar sorteando obstáculos	64 (60,4%)	20 (18,9%)	10 (9,4%)	10 (9,4%)	2 (1,9%)
Correr	74 (69,8%)	15 (14,2%)	12 (11,3%)	3 (2,8%)	2 (1,9%)
Saltar	70 (66,0%)	18 (17,0%)	11 (10,4%)	5 (4,7%)	2 (1,9%)

**Tabla No 18 Comportamiento de las variables de la dimensión de movilidad**

**c. Comportamiento de las variables de la dimensión Interacciones y relaciones interpersonales**

En cuanto a la variable dimensión Interacciones y relaciones interpersonales se pudo establecer para cada una de las variables una mayor proporción de los participantes del estudio que no presentaban ninguna dificultad. La gran mayoría de los participantes restantes se observa que presentan dificultades ligeras; para esta dimensión no se hace necesario analizar cada variable debido a que todas presentan un comportamiento disperso, es decir que por encima del 50% los niños no tienen dificultad o esta es muy ligera y por debajo de un 28% de los niños, presentan dificultad grave y completa en las tres variables de esta dimensión. Tabla 19.

Interacciones y relaciones interpersonales	Ninguna Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa
Establecer relaciones	34 (32,1%)	26 (24,5%)	20 (18,9%)	18 (17,0%)	8 (7,5%)
Regulación del comportamiento en las interacciones	40 (37,7%)	17 (16,0%)	22 (20,8%)	14 (13,2%)	13 (12,3%)
Tolerancia en las relaciones	34 (32,1%)	25 (23,6%)	16 (15,1%)	20 (18,9%)	11 (10,4%)

**Tabla No 19 Comportamiento de las variables de la dimensión Interacciones y relaciones interpersonales**

**d. Comportamiento de las variables de la dimensión de áreas principales de la vida y vida comunitaria y cívica**

En cuanto a las variables de la dimensión áreas principales de la vida y vida comunitaria y cívica se puede establecer que más del 42% los participantes del estudio no presenta ninguna dificultad en esta dimensión; de manera similar se observa que en las tres tareas de esta dimensión, por debajo del 19% de los niños tienen dificultad grave o completa. Tabla 20.

Áreas principales de la vida y vida comunitaria y cívica	Ninguna Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa
Juego	48 (45,3%)	23 (21,7%)	16 (15,1%)	13 (12,3%)	6 (5,7%)
Deporte	56 (52,8%)	19 (17,9%)	11 (10,4%)	14 (13,2%)	6 (5,7%)
Manualidades	45 (42,5%)	22 (20,8%)	19 (17,9%)	13 (12,3%)	7 (6,6%)

**Tabla No 20 Comportamiento de las variables de la dimensión de áreas principales de la vida y vida comunitaria y cívica**

### e. Comportamiento del grado de discapacidad según el CLARP

En cuanto al grado de discapacidad según el CLARP se pudo establecer que el 55,7% de los participantes del estudio se ubican en un grado de discapacidad moderada, seguido de grado de discapacidad grave con un 24,5%, el grado de discapacidad ligera obtuvo un 19,8%. Es de resaltar que de acuerdo a los criterios de evaluación del CLARP ningún niño clasifica en un nivel de discapacidad completa. Tabla 21.

Grado de discapacidad según CLARP	Frecuencias
Ninguna	0 (0%)
Ligera	21 (19,8%)
Moderada	59 (55,7%)
Grave	26 (24,5%)
Completa	0 (0%)


**Tabla No 21 Comportamiento del grado de discapacidad según el CLARP**

## 8.2. Análisis Correlacional

Se estableció la correlación de las siguientes variables:

- ✓ Correlación de calidad de vida según padres y niños y puntaje final grado de discapacidad.
- ✓ Correlación entre las dimensiones de la calidad de vida con los síntomas de TDAH CHECKLIST.
- ✓ Acuerdo entre puntaje de calidad de vida según los padres con calidad de vida según los niños.

En primer lugar, se aplicaron las pruebas de normalidad de cada una de las variables y de acuerdo a este comportamiento se procedió a aplicar la prueba estadística apropiada a cada variable.

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015


### 8.2.1. Pruebas de normalidad de las variables

#### a. Dimensiones de calidad de vida KidsCreen padres y puntaje final grado de discapacidad:

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra						
	KID-padres actividad física y salud	KID-padres estado de ánimo y sentimientos del niño/a	KID-padres amigos/as	KID-padres vida familiar y tiempo libre del niño/a	KID-padres colegio	Puntaje final grado de discapacidad
N	106	106	106	106	106	106
Estadístico de prueba	1,416	0,991	1,321	0,115	1,051	1,005
Sig. asintót. (bilateral)	0,36	0,280	0,061	0,241	0,219	0,265

**Tabla No 22. Dimensiones de Calidad de Vida KidScreen Padres y Puntaje Final Grado de Discapacidad. Prueba de Distribución Normal.**

Se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov – Smirnov de normalidad con un nivel de significancia del 5%, obteniendo que todas las dimensiones del KIDSCREEN tuvieran distribución normal, por lo tanto se calculó con el coeficiente de correlación de Pearson.

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

**b. Dimensiones de calidad de vida KidsCreen niños y puntaje final grado de discapacidad**

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra						
	KID-niños actividad física y salud	KID-niños estado de ánimo y sentimientos del niño/a	KID-niños amigos/as	KID-niños vida familiar y tiempo libre del niño/a	KID-niño Colegio	Puntaje final grado de discapacidad
N	106	106	106	106	106	106
Estadístico de prueba	1,159	1,257	1,146	1,786	1,454	1,005
Sig. asintót. (bilateral)	0,136	0,085	0,144	0,003	0,029	0,265

**Tabla No 23. Dimensiones de Calidad de Vida KidScreen Niños y Puntaje Final Grado de Discapacidad. Prueba de Distribución Normal.**

Se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov – Smirnov de normalidad con un nivel de significancia del 5%, obteniendo que las variables KID-niños vida familiar y tiempo libre, y KID-niños el colegio no presentan una distribución normal, por lo tanto se calculó con el estadístico de correlación de Spearman, por otro lado las variables KID-niños actividad física y salud, KID-niños estado de ánimo y sentimientos del niño/a, KID-niños amigos/as sí obtuvieron una distribución normal, por lo cual se calculó con el coeficiente de correlación de Pearson.



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

**c. Síntomas de TDAH - Check list padres, check list profesores y porcentaje de discapacidad:**

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra							
	Puntaje total inatención padres	Puntaje total hiperactividad impulsividad padres	Puntaje final check list padres	Puntaje total inatención profesores	Puntaje total hiperactividad impulsividad profesores	Puntaje final check list profesores	Grado de Discapacidad final
N	106	106	106	106	106	106	106
Estadístico de prueba	1,472	0,869	0,767	1,008	1,319	0,884	0,960
Sig. asintót. (bilateral)	0,026	0,437	0,598	0,261	0,062	0,415	0,315

**Tabla No 24. Síntomas de TDAH CheckList Padre, Profesor y Puntaje Final Grado de Discapacidad. Prueba de Distribución Normal.**

Se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov – Smirnov de normalidad con un nivel de significancia del 5%, obteniendo que la variable Puntaje Total Inatención Padres no presentó una distribución normal, por lo tanto se calculó con el estadístico de correlación de Spearman, por otro lado las variables Puntaje Total Hiperactividad Impulsividad Padres, Puntaje Final Check List Padres, Puntaje Total Inatención Profesores, Puntaje Total Hiperactividad Impulsividad Profesores, Puntaje Final Check list profesores sí se obtuvo distribución normal y se calculó con el coeficiente de correlación de Pearson.

**8.2.2. Correlación entre Calidad de Vida KidsCreen Padres, Kidscreen niños y Puntaje Final Grado de Discapacidad.**

Correlación	Coefficiente de correlación	(rho) o (r)	P valor
KID Padres Actividad Física y Salud	-0,004	r	0,971
KID Padres Estado De Animo y Sentimientos Del Niño	0,301	r	0,002
KID Padres Vida Familiar y Tiempo Libre	0,284	r	0,003
KID Padres Amigos	0,317	r	0,001
KID Padres Colegio	0,460	r	0,000
KID Niños Actividad Fisica y Salud	0,177	r	0,070
KID Niños Estado De Animo y Sentimientos Del Niño	0,301		0,002
KID Niños Vida Familiar y Tiempo Libre	-0,107	rho	0,275
KID Niños Amigos	0,127	r	0,195
KID Niños Colegio	-0,165	rho	0,091

**Tabla No 25. Correlación entre Calidad de Vida KIDSCREEN Padres, Niños, y Puntaje Final Grado de Discapacidad.**

Al medir las correlaciones entre la calidad de vida dada por el KIDSCREEN 27 con el puntaje del grado de discapacidad, se encontraron correlaciones positivas, es decir, que a mayor discapacidad mejor calidad de vida, lo cual no es coherente en la realidad del comportamiento de dichas variables. Las únicas correlaciones negativas que demostrarían que a mayores limitaciones y restricciones escolares se generaría tendencia a bajos puntajes en calidad de vida sería en las dimensiones vida familiar, tiempo libre y el colegio del kidscreen niños, y en actividad física salud del kidscreen padres, sin embargo no fueron estadísticamente significativas. En conclusión, para la ciudad de Pereira, no se encontró relación entre la calidad de vida y la discapacidad referida en el contexto escolar en niños con TDAH.



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

**8.2.3 Correlación de Síntomas de TDAH Checklist, y Puntaje Final Grado de Discapacidad.**

Correlación	Coeficiente de correlación	Interpretación	(rho) o (r)	P valor
Puntaje total inatención padres	0,182	Muy baja	rho	0,062
Puntaje total hiperactividad impulsividad padres	0,370	Baja	r	0,001
Puntaje final check list padres	0,310	Baja	r	0,001
Puntaje total inatención profesores	0,482	Moderada	r	0,001
Puntaje total hiperactividad impulsividad profesores	0,414	Moderada	r	0,001
Puntaje final check list profesores	0,502	Moderada	r	0,001

**Tabla No 26. Correlación de Calidad de Vida con Síntomas de TDAH Checklist, y puntaje Final Grado de Discapacidad.**

Realizando un análisis de correlación de los síntomas de TDAH con el grado final de discapacidad, se encuentran correlaciones entre bajas y moderadas en especial para los síntomas referidos por los profesores, evidenciando que la más alta se encuentra en el puntaje final donde se suman los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, todas estas correlaciones son estadísticamente significativas. De allí es importante reconocer, que los mismos informantes, los profesores, son quienes refieren los síntomas del TDAH y las actividades evaluadas en relación a las limitaciones y restricciones a nivel escolar.

### 8.2.4 Acuerdo entre KIDSCREEN padres y KIDSCREEN niños.

Concordancia	Coefficiente de correlación intraclase	Interpretación	95% de intervalo de confianza (L.inf – L.sup)	P valor
Actividad física y salud	0,338	Baja	0,027 – 0,549	0,018
Estado de ánimo y sentimientos del niño	0,459	Moderada	0,206 – 0,632	0,001
Vida familiar y tiempo libre del niño	0,348	Baja	0,042 – 0,556	0,015
Amigos/as	0,475	Moderada	0,229 – 0,643	0,001
El colegio	0,504	Moderada	0,272 – 0,663	0,000

**Tabla No 27. Acuerdo entre KIDSCREEN Padres y KIDSCREEN Niños.**

Las percepciones que tienen los padres de familia y los niños sobre la calidad de vida son similares, puesto que se encontraron coeficientes en su mayoría moderados y estadísticamente significativos, especialmente en las dimensiones colegio y amigos, donde además según el intervalo de confianza pueden llegar a tener un mayor coeficiente de correlación (mayor al 60%).



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015


### 9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El TDAH es en realidad uno de los trastornos más frecuentes en la actualidad ya que la prevalencia según los estudios aumentan, y desde el hogar y la escuela ya empiezan a evidenciarse síntomas que conllevan a pensar que sus hijos y/o estudiantes posiblemente podrían estar padeciéndolo, de allí que su diagnóstico a temprana edad cobra gran relevancia en pro de una intervención y prevención a nivel familiar, escolar y social inmediata, lo que significa que el TDAH no es solo en una situación clínica sino también social donde se involucra un proceso diagnóstico y de evaluación detallado, fundamentada en la observación y posteriormente corroborado a nivel clínico, donde los padres en primera instancia juegan un papel muy importante, y los profesores, quienes mantienen una relación directa con el niño (a), son los conocedores de los procesos, del desarrollo comportamental y cognitivo de los niños (as).

De allí citar a la Academia Americana de Pediatría (44), la cual reconoce el trastorno como prevalente condición crónica de salud de la infancia y como un desorden neuro-comportamental de interés público. Este documento 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.

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 y de su calidad de vida, por ello, como conclusión en el documento, los autores recomiendan pensar en futuras investigaciones que aborden el diagnóstico del TDAH de una manera integral, por ello en este estudio se consideró la necesidad de investigar alrededor de:

- a. Caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra.
- b. Relación entre calidad de vida y limitaciones en la actividad y restricciones en la participación a nivel escolar.

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

c. Relación entre calidad de vida con la salud y síntomas del TDAH.

Al revisar la literatura se encuentra en diferentes estudios publicados que los investigadores han utilizado criterios DSM para diagnosticar el TDAH, obteniendo una prevalencia que oscila entre el 1,9% y el 14,4% (34). 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 (36). 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% (37). Estos mismos resultados fueron encontrados en la ciudad de Pereira, donde en relación al género, un 69,8% fueron hombres y un 30,2% mujeres, y por último en relación al tipo de TDAH, se identificó en la muestra en estudio, que el 64,2% presentaba un TDAH combinado, el déficit de atención representa el segundo lugar, y una menor proporción de personas fue diagnosticada como hiperactivo impulsivo representando tan solo el 3,8% de la muestra.

En este trabajo los resultados evidencian de igual forma la mayor proporción de varones con TDAH y la mayor frecuencia de casos atendidos entre los 9 años de edad, sin lugar a dudas esta etapa de la vida es la más idónea para la detección y tratamiento oportuno del TDAH, ya que son más evidentes las características de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo, muchos niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno escolar y en las relaciones con sus iguales tal como se encontró en el estudio. A menudo rinden por debajo de sus capacidades y pueden presentar trastornos emocionales y del comportamiento (69).

Es importante considerar que el TDAH puede tener consecuencias en la calidad de vida, tal como se ha encontrado en algunos estudios en otros países, por tal motivo se hizo necesario caracterizar la calidad de vida y las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación a nivel escolar con los niños y niñas objeto de estudio, a partir de la aplicación del cuestionario Kidscreen niños 27, kidscreen padres 27 y CLARP. Los instrumentos de CVRS infantil evalúan fundamentalmente dimensiones asociadas a aspectos psicológicos, físicos y de relaciones sociales (70), plantean que



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

las dimensiones relacionadas con el aspecto social recogen la forma en que el sujeto interactúa con el medio, como el colegio, los amigos (relaciones con los pares, rechazo por los pares) y la familia (comunicación familiar). Por otro lado, analizan cómo repercute el estado de salud-enfermedad en el contexto en que se desarrolla el individuo: apoyo social, impacto en el tiempo de los padres, cohesión familiar y las actividades familiares; los cuestionarios recogen información sobre los sentimientos y las emociones positivas/negativas; la depresión, el sufrimiento, la ansiedad y el estado de ánimo; la percepción de sí mismo, la autoestima y la apariencia física; las adquisiciones cognitivas, la habilidad para concentrarse, aprender y utilizar la memoria; y por último, las conductas en general o de riesgos en especial. Con respecto al aspecto físico, se evalúa la capacidad para realizar las actividades físicas diarias; desplazamiento, destreza, deambulación y el cuidado personal; los síntomas, como el dolor y el malestar; los sentimientos relacionados con la percepción subjetiva de la salud física y las sensaciones físicas; la energía y la vitalidad; así como la percepción general de la salud.

En el cuestionario aplicado para los niños/as y padres, se evidenció que tanto para los padres como para los niños y las niñas con TDAH en la ciudad de Pereira la percepción de calidad de vida en general es adecuada, pero debe tenerse en cuenta que según los padres resultó ser más baja en primer lugar en la dimensión el colegio y según los niños y niñas en primer lugar la dimensión vida familiar y tiempo libre y en segundo lugar el colegio, lo que hace evidenciar muchas de las dificultades en actividades escolares, que por múltiples razones son exigentes y rigurosas, y así mismo las actividades dentro de la vida familiar como lo son el respeto a la autoridad, la disciplina y el uso adecuado del tiempo libre, pueden determinar la tendencia a evaluarla con valores más bajos, interpretando que perciben dicha dimensión como desagrado por el colegio, sentimientos negativos hacia el mismo y bajo rendimiento en actividades escolares. La dimensión actividad física y salud y estado de ánimo y sentimientos del niño/a son las mejores valoradas tanto por los niños como por los padres, lo que permite evidenciar que la actividad corporal y actitud personal de los niños con sus síntomas de TDAH es valorada positivamente, de alguna manera puede manifestar su vigorosidad, su fortaleza corporal, su buena actitud frente a la vida y en general una buena salud mental y física. Frente a estos resultados también cabe reconocer como las dimensiones se pueden ver fortalecidas por la familia, Mabel Conde Marin (2004) (71) menciona las investigaciones de Jain y Zimmerman sobre distintas familias de niños con TDAH, que han logrado funcionar como un verdadero apoyo, disminuyendo la posibilidad de problemas emocionales, algunas son familias estables y consistentes,



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

con límites claros, lo que ha posibilitado establecer las reglas, los límites, deberes para con el niño (a) dentro y fuera de cada casa; por otro lado, y no menos importante se encontró la familia que aceptan las dificultades que presenta el niño (a) es decir que no lo niegan, no la minimizan pero tampoco la magnifican, tratan de saber, conocer y aceptar sus dificultades intentando no exigir por encima de las posibilidades del niño (a); también se encontró familias que son un verdadero apoyo emocional para los niños (as) que presentan TDAH, estos niños (as) presentan frecuentemente frustraciones sobre todo en la escuela, muchas familias son apoyo constante para ellos y son quienes los ayudan a manejar y superar sus crisis. También se encontró familias que siempre están buscando las maneras de ayudarles a potenciar sus destrezas, lo cual de alguna manera les ayuda a compensar sus dificultades, lo anterior considerado dentro del estudio como factores que probablemente influyeron para que la calidad de vida en los niños (as) se valorara positivamente.

Es importante resaltar que para los niños/as el apoyo social y los amigos juegan un papel importante en su calidad de vida, compartir tiempo con ellos, jugar, hablar, propician nuevas formas de pensar y sentir, enfatizando en la unidad de los procesos cognitivos y afectivos, donde el juego es el eje central de esta concepción debido a que aumenta la capacidad imaginativa, fomentando su autonomía, autovaloración, sentido personal y concepción del mundo, esta dimensión probablemente puede ser un factor importante que influye en como el contacto con los amigos incrementan sus habilidades de razonamiento, estimulando el pensamiento y el sentir basados en la cooperación, solidaridad, confianza y respeto mutuo, facilitándoles la construcción de aprendizajes significativos a través de la aportación de experiencias de cada niño/a; de allí que las dimensiones amigos y estado de ánimo hayan sido valoradas positivamente.

Por otro lado, en el cuestionario CLARP profesores frente al comportamiento de las variables de la dimensión de aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales se encontró que casi el 60% de los niños presentan dificultad entre grave y completa, especial para la tarea de centrar la atención, seguido de un 59% que tienen este mismo grado de dificultad para manejar responsabilidades y un 55% para leer. De manera representativa se observa que en la principal la tarea en la cual los niños no tienen dificultad o ésta es muy ligera es la tarea para resolver problemas y llevar a cabo una única tarea independientemente. Sin embargo, en términos de dificultad moderada, también se observa que casi un 38% de los niños tienen este grado de dificultad para



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

resolver problemas. Las funciones ejecutivas según Barkley (2006) (72) son aquellas funciones que regulan los actos más complejos: planificación, organización, secuenciación, relaciones causales, el razonamiento lógico, el pensamiento deductivo, es decir, aquellas funciones instrumentales que permiten llevar a cabo acciones para alcanzar metas y completar acciones secuenciadas, cuando se habla de niños y adolescentes con Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH), estos fallos en el sistema ejecutivo tienen un impacto negativo y directo sobre el académico y el rendimiento escolar, así lo confirma Sastre-Riba (73), quien afirma que las funciones ejecutivas son decisivas para el rendimiento académico y social. Esta falta de habilidades resolutivas da como resultado fracaso en las materias académicas, especialmente aquellas que requieren de reflexión, organización, planificación, comprensión y autogestión.

Con relación a las variables de la dimensión de movilidad, se encontró en términos generales que por encima del 45% de los niños no tienen dificultad en las tareas relacionadas con la dimensión, a excepción de la tarea de permanecer sentado en la cual un 71% tiene un nivel de dificultad entre moderada y completa. Se observa además que, en la tarea de manipular, un 40% de los niños tienen dificultad entre moderada y grave. Estas dos situaciones igualmente pueden estar relacionadas con la dificultad en las funciones ejecutivas, las cuales según Muñoz y Tirapu (74) se relacionan con la capacidad de formular una meta, planificar procesos, ejecutar planes y ser flexibles durante la ejecución..

En cuanto a la variable dimensión Interacciones y relaciones interpersonales se pudo establecer para cada una de las variables una mayor proporción de los participantes del estudio que no presentaban ninguna dificultad, la gran mayoría de los participantes restantes se observa que presentan dificultades ligeras. Respecto a las variables de la dimensión áreas principales de la vida y vida comunitaria y cívica se puede establecer que más del 42% los participantes del estudio no presenta ninguna dificultad en esta dimensión; de manera similar se observa que en las tres tareas de esta dimensión, por debajo del 19% de los niños tienen dificultad grave o completa. Esto también se puede relacionar con lo descrito anteriormente respecto a la valoración adecuada de la dimensión amigos, estado de ánimo y sentimientos del niño, dado tanto por los padres como por los niños/as.

En cuanto al grado de discapacidad final según el CLARP se pudo establecer que el 55,7% de los participantes del estudio se ubican en un grado de discapacidad moderada, seguido de grado de



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

discapacidad grave con un 24,5%, lo que evidencia que definitivamente se hacen relevantes las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación a nivel escolar, las cuales igualmente pueden derivarse de las disfunciones ejecutivas, las cuales afectan las habilidades perceptivas, psicomotoras, lingüísticas y cognitivas.

En el estudio también se estableció la relación entre Calidad de Vida relacionada con la Salud con las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación a nivel escolar, y para la ciudad de Pereira no se encuentra relación entre estas variables, si bien la calidad de vida en algunos casos fue percibida con valores menores, no tiene relación con el grado de discapacidad que sí fue moderado a grave en la mayoría de los casos. Según el modelo conceptual de Quiceno (2007) (66), las diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud infantil, están mediatizadas por otras variables, como el contexto cultural, el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales; es decir, la percepción de bienestar objetivo o subjetivo del niño o adolescente sobre su salud mental y física está influida por el contexto cultural al cual pertenece y se haya desarrollado, de allí que puedan existir muchos factores que pueden generar una valoración positiva de la calidad de vida en esta población tal como se mencionó en párrafos anteriores, y que además no ejerzan influencia en generar limitaciones y restricciones en el contexto escolar.

El niño se comporta y actúa conforme a patrones propios de su medio, donde la familia (o quien haga sus veces) desempeña un papel significativo como primer agente socializador, pero la forma como interpreta su mundo dependerá no sólo de su contexto cultural sino también de la etapa de desarrollo en que se encuentre. El padre de familia tiene un lugar importante en la construcción del aprendizaje del niño (a), las actividades de la vida diaria que realicen ayudarán o no en la mejora de su calidad de vida y a su vez a una estructuración psíquica y cognitiva que le permita funcionar de acuerdo a las exigencias de su medio, de allí que sea posible que dentro de los determinantes de la calidad de vida (salud, actividad física, estado de ánimo, sentimientos, vida familiar, tiempo libre, apoyo social, amigos y colegio) se den actividades que favorezcan el desarrollo de determinadas funciones que conlleven a compensar, reparar o modificar las conductas y aprendizajes del niño y por lo tanto no influyan para sus limitaciones y restricciones a nivel escolar.

Si bien no se encontró relación entre la calidad de vida y la discapacidad en el contexto escolar, sí se encontró relación entre los síntomas de TDAH con la calidad de vida, a mayor presencia de síntomas



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

de déficit de atención, de hiperactividad/impulsividad y ambos combinados, se evidencian mayores limitaciones en la actividad y restricciones en la participación evidenciados por altos grados de discapacidad en el contexto escolar. Esto mismo se ha encontrado en otros estudios, como el de Loe y Feldman (2007) (49), donde se describen las implicaciones académicas y educacionales de niños con TDAH, como las fallas en la atención, en la resolución de problemas, en la lectura, en llevar tareas y demandas generales, entre otras.

La problemática del TDAH compete a diferentes disciplinas, es por ello que es interés para la maestría en discapacidad puesto que se aborda a estos niños desde una perspectiva biopsicosocial que trasciende más allá de los síntomas, de allí que los resultados de este estudio permitan evidenciar características del funcionamiento de esta población, en especial en la dimensión calidad de vida. Es así como diferentes profesionales de la salud y la educación pueden beneficiarse de este estudio, reconociendo su responsabilidad de orientar a profesores y padres de familia en la forma que pueden apoyar y participar de los procesos, niños y niñas con TDAH son una población vulnerable, y por múltiples circunstancias su calidad de vida puede comprometerse, de allí que un reto sea el ayudarles a acrecentar la confianza en sí mismos, a creer en sus capacidades. Se debe reconocer que las personas aprenden de diferentes maneras, y por ello es importante resaltar que Colombia es un país en América Latina en donde se ha ordenado por mandato de ley identificar los estilos de aprendizaje del estudiante para valorar sus avances (MEN, Decreto 1290/09) (75) señalando que la “metodología didáctica de la Educación se adaptará a las características de cada alumno...” y que “Con el fin de alcanzar los objetivos de esta etapa, la organización de la docencia atenderá a la pluralidad de necesidades, aptitudes e intereses del alumnado” es por ello que la identificación del estilo de aprendizaje de los niños puede ser encaminada a que encuentren nuevas herramientas para su aprendizaje y no buscando maneras para ocultar o evitando mostrar sus dificultades. En cierto sentido el niño (a) aprende de la imagen de sí que recibe del otro, que recibe de sus pares, de ahí que cuanto más integradora sea las estrategias proporcionada por sus padres y posteriormente sus maestros, mejor posibilidades tiene para reconocer sus potencialidades y mejorar sus dificultades.

## 10. CONCLUSIONES

- Los niños con TDAH de la muestra tuvieron una edad promedio de 9,7 años, y predominó el género masculino sobre el femenino con un 69,8%. El tipo de TDAH en primer lugar fue el tipo combinado con un 64,2%, en segundo lugar, el tipo déficit de atención con un 32,1% y en tercer lugar el tipo hiperactivo/impulsivo con un 3,7%. Para ambos géneros predominó el tipo combinado.
- Se evidenció que tanto para los padres como para los niños y las niñas con TDAH en la ciudad de Pereira la percepción de calidad de vida en general es adecuada, sin embargo, para los padres resultó ser más baja en primer lugar en la dimensión el colegio y según los niños y niñas en primer lugar la dimensión vida familiar y tiempo libre y en segundo lugar el colegio, lo que hace evidenciar muchas de las dificultades en actividades escolares y bajo rendimiento académico. Al mismo tiempo se obtuvo que la dimensión actividad física y salud, y estado de ánimo y sentimientos del niño/a son las que presentan valores más altos tanto por los niños como por los padres.
- Las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en los niños con TDAH en el contexto escolar se evidencian en todas las dimensiones del CLARP profesores, generando grados de discapacidad de predominio moderado y grave. Estas limitaciones y restricciones se presentan principalmente en actividades como: centrar la atención, manejar responsabilidades, calcular, leer, permanecer sentado. Por el contrario en las dimensiones movilidad, áreas principales de la vida, vida comunitaria, social y cívica los niños/as no presentaron ninguna dificultad.
- La percepción de calidad de vida de los padres y los niños con TDAH tienen niveles de acuerdo predominantemente moderados y estadísticamente significativos.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

- Se evidenció que para la ciudad de Pereira, no hubo correlación entre la calidad de vida y la discapacidad referida por los profesores en el contexto escolar en niños con TDAH.
- Se presentó correlación entre los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad con las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en el contexto escolar en los niños con TDAH.



## **11.RECOMENDACIONES**

- Explorar nuevos cuestionarios que evalúen calidad de vida en niños con TDAH, que permitan evidenciar esta dimensión desde otros enfoques y abordando otras dimensiones. Nuevos cuestionarios en esta población podrían reflejar otros niveles de correlación con variables relacionadas con la problemática del TDAH.
- Las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación a nivel escolar y la calidad de vida en los niños con TDAH deben enmarcarse dentro de un proyecto de trabajo desde la familia y las instituciones educativas, ambos contextos están íntimamente ligados, desde lo que pueden hacer en cuanto al aprendizaje de su hijo/a hasta coordinar objetivos ayudando a la inclusión en su contexto educativo y social.
- Adelantar investigaciones que correlacionen calidad de vida en niños con TDAH, con otras variables determinantes como: características socioculturales, pautas de crianza, estilos parentales, estilos de aprendizaje, y características personales desde lo biológico, personal y social. Así mismo desde características en funciones ejecutivas, las cuales son determinantes en el funcionamiento de los niños con esta problemática.
- Si bien es cierto que se dio un informe general a los colegios que proporcionaron la posibilidad de evaluar a los niños/as con TDAH, es importante brindarles desde la maestría en Discapacidad herramientas y estrategias para que puedan implementar en el aula.



**GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE  
INFORMES FINALES UAM**

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

**12.EVIDENCIA DE RESULTADOS EN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO,  
FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD CIENTÍFICA Y APROPIACIÓN  
SOCIAL DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN**

<b>Categoría</b>	<b>Resultado/producto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiarios</b>
Generación de nuevo conocimiento	Determinar la relación entre Calidad de Vida en niños con TDAH y sus limitaciones en la actividad y restricciones en la participación a nivel escolar, al igual que con las variables sociodemográfica que caracterizan sus manifestaciones, funcionalidad y funcionamiento.	Resultados del estudio en medio físico y Electrónico	UAM, Instituciones de educación públicas y privadas con niños en edad escolar, Instituciones de Salud, Centros de apoyo terapéutico para niños con TDAH
Fortalecimiento de la capacidad científica	Artículo publicado en una revista indexada de orden nacional	Artículo en revista indexada de orden nacional	Comunidad científica
	Artículo publicado en una revista indexada de orden internacional	Artículo en revista indexada de orden internacional	
	Fortalecimiento de la práctica comunitaria de infancia y de discapacidad y práctica clínica de discapacidad en el programa de fisioterapia UAM	Uso académico de los artículos publicados	Estudiantes del programa de fisioterapia UAM
	Fortalecimiento de la asignatura de evaluación	Utilización de los instrumentos aplicados	Estudiantes de la maestría en



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**

	<p>en infancia en la especialización/ maestría en neurorehabilitación y discapacidad, y del seminario de calidad de vida de la maestría en discapacidad, en la UAM.</p>	<p>en la investigación. Uso académico de los artículos publicados en algunas asignaturas de la especialización/ maestría en neurorehabilitación y de la maestría en discapacidad</p>	<p>neurorehabilitación y discapacidad</p>
	<p>Formación en investigación de 4 estudiantes de maestría en discapacidad</p>	<p>Informe final de investigación</p>	<p>Estudiantes de maestría en discapacidad</p>
<p>Apropiación social del conocimiento</p>	<p>Socialización de los resultados en eventos académicos</p>	<p>Presentación en el foro interno de investigación del 2015-2017</p>	<p>Estudiantes UAM</p>
		<p>Dos ponencias en congreso o simposio en el área de la discapacidad y rehabilitación en pediátrica</p>	<p>Comunidad científica</p>



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 13. IMPACTOS ESPERADOS

Impacto Esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4 ), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos <sup>1</sup>
Reconocimiento por parte de los docentes y equipo de rehabilitación sobre las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en los niños con TDAH en el contexto escolar.	A mediano plazo se espera que en los procesos de rehabilitación se incluyan intervenciones situadas en las limitaciones y restricciones que principalmente se presentan en los niños con TDAH. Al tiempo que el trabajo de aula se reoriente sobre dichas dificultades escolares	Protocolos de intervención	Siempre y cuando los profesores y equipo de rehabilitación conozcan los resultados de la presente investigación
Intervención familiar de los niños con TDAH situada en perspectiva de calidad de vida	A mediano plazo se espera que la intervención familiar se situé en el reconocimiento de que los niños a pesar de que experimentan limitaciones y restricciones, tienen adecuados niveles de calidad de vida	Protocolos de intervención familiar	Siempre y cuando los profesores y equipo de rehabilitación conozcan los resultados de la presente investigación
Maestranteras en discapacidad investigando en el tema de los trastornos del desarrollo infantil y en calidad de vida	A largo plazo se espera que los maestranteras en discapacidad vinculados a la investigación hayan socializado sus resultados en eventos académicos y en estén investigando en el área.	Presentaciones en eventos, publicaciones	Siempre y cuando los maestranteras formados continúen investigando.

<sup>1</sup> Los supuestos indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones, necesarios para que se logre el impacto esperado.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015





## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 14. BIBLIOGRAFÍA

- (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) Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder*. The Guilford Press. New York. 1998.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) Klein RG, Mannuzza S. Long-term outcome of hyperactive children: a review". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:383-387.
- (8) 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
- (9) 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.
- (10) Bullinger, M., Schmidt, S. & Petersen, C. (2002). Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: A European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 197-206.
- (11) Eiser, C. & Morse, R. (2001). The measurement of quality of life in children: Past and future perspectives. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22 (4), 248-256.
- (12) Hunt S. The problem of quality of life. *Qual Life Res.* 1997;6(3):205–12.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

- (13) Pane, S., Solans, M., Gaité, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M.D. y Rajmil, L. (2006). *Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización*. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas.
- (14) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF). Génova: OMS. 2001.
- (15) Henao, CP; Gil, LM. Calidad de vida y situación de discapacidad. Hacia la promoción de la salud. 2009;14(2):112-125
- (16) Schalock RL. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Intellect Disabil Res* 2004; 48: 203-216.
- (17) Organización Mundial de la Salud . Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: versión para la infancia y adolescencia. CIF-IA. 2011
- (18) Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Coghill, D. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 2010,19(2), 83-105.
- (19) Miranda, A., Presentación, M.J., Colomer, C. y Roselló, B. Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 2001, 52, 119-126.
- (20) Topolski, T. D., Edwards, T. C., Patrick, D. L., Varley, P., Way, M. E., Buesching, D. P. Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of attention disorders*, 2004, 7(3), 163-173.
- (21) Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004, 114:e541–e547
- (22) Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., Tebé, C., Izaguirre, J., Starfield, B. Concordancia entre padres e hijos en la calidad de vida relacionada con la salud en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: estudio longitudinal. *Anales de Pediatría* 2009, 70 (6):553-561.
- (23) Córdoba-Andrade, L., Gómez-Benito, J., Verdugo-Alonso, M. A. Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 2008, 7(2), 369-383.
- (24) Wehmeier, P. M., Schacht, A., Barkley, R. A. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 2010, 46(3), 209-217.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

- (25) Moreno-Jiménez, B; Kern de Castro, E. Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura. *Revista colombiana de psicología* 2005; 14:46-52.
- (26) Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V. y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15, 34-43.
- (27) Quintero, C., Lugo, L., Garcia, H. Validación del cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia *Rev. Colombiana de. Psiquiatría.*, vol. 40 / No. 3 / 2011
- (28) Vélez, C., Lugo, L., Garcia, H. Validez y confiabilidad del 'Cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-27' versión padres, en Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 41 / No. 3 / 2012
- (29) Salamanca-Duque LM, Naranjo-Aristizábal MMC, Méndez-Narváez M, Sánchez DP. Consistencia interna y validez concurrente del cuestionario para evaluación de limitaciones y restricciones en niños con TDAH. *Rev Cienc Salud*. 2014;12(3): 371-84 . doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud12.03.2014.06
- (30) Salamanca Duque, luisa M, Naranjo Aristizabal, Maria M; confiabilidad intraevaluador del cuestionario para evaluación de limitaciones y restricciones en niños con TDAH. *REV COLOMB PSIQUIAT*. 2014;**43(1)**:25-31
- (31) Vélez-Álvarez Consuelo; Vidarte Claros José A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH, una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista Salud pública*. 14 sup. 2011
- (32) Estrategia de atención integral a la primera infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá D.C., Colombia 2013. ISBN 152152
- (33) Ministerio de salud de la República de Colombia. Resolución N. 008430 de 1993. 4 de octubre de 1993.
- (34) Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9:541-555.
- (35) Ramos V, González J.C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *Bol Pediatr* 2007;47:116-124.
- (36) Rodríguez J. Psicopatología infantil básica. Pirámide. Madrid. 2000.
- (37) 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.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

- (38)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.
- (39)Fernández Pérez M., López Benito M. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: ¡al abordaje!. Rev Pediatr Aten Primaria 2004;6:421-432.
- (40)Espinosa Eugenia, Dunoyer Catalina. Neuropediatría. Segunda Edición. Asociación Colombiana de Neurología. Bogotá. 2001.
- (41) Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona. 2002
- (42)Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-depend decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact or remission definition and symptom type. Am. J. Psychiatry 2000;157:816-818.
- (43) 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.
- (44)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.
- (45)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.
- (46)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.
- (47)Lollar D. Function, impairment, and Long-term outcomes in children with ADHD and how to measure them. Pediatric Annals 2008;37(1):28-36.
- (48)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.
- (49)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.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

- (50)Sheehan D, Janavs J, Baker R, Harnett-Sheehan K, Knapp E, Sheehan M, et al. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. Versión en Español 5.0.0 DSM IV. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-7297>  
DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatricaInternacional.pdf.
- (51)Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., ... & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID). *The Journal of clinical psychiatry*, 71(3), 313-326.
- (52)Trujillo Orrego N, Pineda DA, Uribe LH. Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I). *Rev Neurol* 2012; 54: 289-302.
- (53)Mejía Zuluaga, C. A., & Varela Cifuentes, V. Análisis de las comorbilidades de los trastornos de lectura y escritura en un grupo de niños y niñas diagnosticados con TDAH de la ciudad de Manizales. *Psicología desde el Caribe*, 2014;32(1):121-144.
- (54)Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF). Génova: OMS. 2001.
- (55)Vanegas, J., Gil L. La teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 51 –61.
- (56)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.
- (57)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.
- (58)World Health Organization. Quality of life Assessment. An annotated bibliography. Geneva: WHO (MNH/PSF/94.1), 1.994
- (59)Verdugo MA, Schalock RL. El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En: Verdugo MA, Jordán de Urrés FB, coordinadores. *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca: Amarú Ediciones; 2001.
- (60)Parrellada R. Capacidades y Derechos Humanos. *Filosofía y Derechos Humanos*. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura 2010;CLXXXVI(745):799-807.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

- (61)Gómez L, Arias B, Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Intervención Psicosocial* 2008;17(2):189-199.
- (62)Schalock RL. Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. En: Schalock RL, editor. *Quality of life. Vol. I: Conceptualization and measurement*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation; 1996.
- (63)Ruiz A, Gómez FJ, Hermosa H. Valoración de la calidad de vida mediante EuroQol-5D durante la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa con HBPM. *Anales de patología vascular* 2009;3(4):233-238.
- (64)Moreno-Jiménez B, Kern de Castro E. Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura. *Revista Colombiana de psicología*, 2005, 14:46-52.
- (65)Eiser, C. (1996). Helping the child with chronic disease: Themes and directions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1 (4), 551-561.
- (66)Quiceno, JM; Vinaccia, S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y salud*. 2008;18(1):37-44.
- (67)<http://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/cuestionario-kidscreen/> Consultado en noviembre de 2014
- (68)The KIDSCREEN Group, 2004; EC Grant Number: QL6-CT-2000-00751 Grupo investigador 2008, (U. de Alicante, U. de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA, Beca Alban, U. Nacional de Colombia, U. del Norte de Barranquilla) Página 5 de 5.
- (69)American Psychiatric Association. *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado*. Barcelona: Masson; 2001.
- (70)Pane, S., Solans, M., Gaité, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M.D. & Rajmil, L. (2006). Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica.
- (71)Condemarin, M., Gorostegui, M.E., Milicia, N., (2004). Déficit atencional. Estrategias para el diagnóstico y la psicoeducativa, Santiago, Ariel Educación.
- (72)Barkley, Russell A. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, (3era edición) Nueva York: The Guilford Press, 2006.
- (73)Sastre-Riba S. Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol* 2006; 42 (Supl 2): S143-59.



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

(74) Muñoz-Céspedes JM, Tirapu-Ustárrroz J. Rehabilitación de las funciones ejecutivas. Rev Neurol 2004; 38: 656-63.

(75) MEN. Colombia. Decreto 1290 de 1999.





## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### 14. ANEXOS

#### ANEXO 1.

#### CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE / MADRE \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN EDUCATIVA \_\_\_\_\_  
 FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_

EDAD	_____ AÑOS	
<b>EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PONER X EN LA OPCIÓN QUE APLIQUE</b>		
Genero	Femenino	<input type="checkbox"/>
	Masculino	<input type="checkbox"/>
Estrato socioeconómico de la vivienda	Estrato 1	<input type="checkbox"/>
	Estrato 2	<input type="checkbox"/>
	Estrato 3	<input type="checkbox"/>
	Estrato 4	<input type="checkbox"/>
	Estrato 5	<input type="checkbox"/>
	Estrato 6	<input type="checkbox"/>
Persona a cargo del niño/a	Uno de los padres	<input type="checkbox"/>
	Otro familiar	<input type="checkbox"/> Cuál _____
	Otra persona fuera de la familia	<input type="checkbox"/>
Grado escolar actual	Jardín	<input type="checkbox"/>
	Transición	<input type="checkbox"/>
	Primero de primaria	<input type="checkbox"/>
	Segundo de primaria	<input type="checkbox"/>
	Tercero de primaria	<input type="checkbox"/>
	Cuarto de primaria	<input type="checkbox"/>
	Quinto de primaria	<input type="checkbox"/>
	Sexto de bachillerato	<input type="checkbox"/>
	Séptimo de bachillerato	<input type="checkbox"/>
	Octavo de bachillerato	<input type="checkbox"/>
Noveno de bachillerato	<input type="checkbox"/>	



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

**CÓDIGO: GIN—GUI-001**

**VERSIÓN: 01**

**FECHA : 23/ENE/2015**

	Decimo de bachillerato _____	
	Undécimo de bachillerato _____	
<b>Tipo de institución escolar</b>	Pública _____	
	Privada _____	
<b>Tratamiento Farmacológico</b>	Si _____	No _____
<b>Tratamiento de apoyo terapéutico</b>	Fisioterapia _____	
	Fonoaudiología _____	
	Terapia Ocupacional _____	
	Terapias alternativas _____	
	Psicología _____	
	Apoyo pedagógico _____	
<b>Tiempo de tratamiento</b>	Menos de 1 año _____	
	Entre 1 y 2 años _____	
	Más de 2 años _____	
<b>Presenta otras enfermedades o patologías como</b>	Trastorno del desarrollo de la coordinación _____	
	Trastorno de ansiedad _____	
	Trastorno depresivo _____	
	Trastorno de la conducta _____	
	Trastorno oposicionista desafiante _____	
	Trastorno bipolar _____	
	Trastorno del aprendizaje de la lectura _____	
	Trastorno del aprendizaje de la escritura _____	
Trastorno del aprendizaje del cálculo matemático _____		

**FIRMA DEL EVALUADOR** \_\_\_\_\_



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### ANEXO 2. MINI KID

#### O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

(\*) SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

##### PREGUNTAS FILTRO PARA 3 TRASTORNOS (ADHD, CD, ODD)

O1 Ha habido alguien (maestro, nana, amigo o padre) que se haya quejado de tu comportamiento? ➔ NO SÍ

SI NO A ESTA PREGUNTA, TAMBIEN MARCAR NO TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y AL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.

En los últimos 6 meses:

O2 a	¿A menudo no le prestas suficiente atención a los detalles? ¿Cometes errores por descuido en las tareas escolares?	NO	SÍ
b	¿Tienes dificultad prestando atención cuando juegas o haces las tareas?	NO	SÍ
c	¿A menudo te han dicho que no escuchas a las personas incluso cuando te hablan directamente?	NO	SÍ
d	¿A menudo tienes dificultad para hacer lo que te mandan a hacer (Como no hacer tus tareas escolares o tus obligaciones)? ¿Esto te pasa a pesar de que entiendes las instrucciones? ¿Esto te pasa aún cuando no pretendes ser desafiante?	NO	SÍ
MARCAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA			
e	¿A menudo tienes dificultades para organizarte?	NO	SÍ
f	¿A menudo evitas las cosas que requieren que te concentres o que pienses mucho (como las tareas)? ¿Te desagradan o no te gustan las cosas en las que necesitas concentrarte o pensar mucho?	NO	SÍ
MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
g	¿A menudo pierdes o se te olvidan cosas que necesitas? ¿Como la tarea escolar, lápices, o juguetes?	NO	SÍ
h	¿A menudo te distraes fácilmente con estímulos irrelevantes (Como sonidos o cosas fuera de tu cuarto)?	NO	SÍ
i	¿A menudo se te olvida hacer cosas que tienes que hacer todos los días (Como olvidarte de peinarte el pelo o cepillarte los dientes)?	NO	SÍ
O2 RESUMEN: ¿MARCÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE O2a-i?		NO	SÍ

En los últimos 6 meses:

O3 a	¿A menudo estas inquieto, mueves en exceso tus manos o pies? ¿No puedes permanecer quieto en tu asiento?	NO	SÍ
MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
b	¿A menudo abandonas tu asiento en clase cuando no se supone que lo hagas?	NO	SÍ
c	¿A menudo corres y trepas en cosas cuando no se supone que lo hagas? ¿Corres o trepas en cosas incluso cuando no quieres?	NO	SÍ



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- |   |   |    |    |
|---|---|----|----|
| d | ¿A menudo tienes dificultad jugando sin hacer ruido?  | NO | SÍ |
| e | ¿Siempre estas en movimiento?   | NO | SÍ |
| f | ¿A menudo hablas demasiado?   | NO | SÍ |
| g | ¿A menudo das la respuesta antes de que la persona o el maestro termine la pregunta?  | NO | SÍ |
| h | ¿A menudo tienes dificultad esperando tu turno?   | NO | SÍ |
| i | ¿A menudo interrumpes a las demás personas? ¿Te entrometes cuando los demás están hablando o están ocupados o están usando el teléfono? | NO | SÍ |

**O3 RESUMEN:** ¿MARCÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE O3a-i?      NO      SÍ

- |    |   |   |    |    |
|----|---|---|----|----|
| O4 | ¿Tuviste problemas prestando atención, siendo hiperactivo, o impulsivo antes de cumplir los 7 años? | ➡ | NO | SÍ |
| O5 | ¿Esto te causó problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos?              | ➡ | NO | SÍ |

MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN DOS O MAS RESPUESTAS

¿MARCÓ SÍ EN O2 RESUMEN & O3 RESUMEN?

NO	SÍ
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad COMBINADO</i>	

¿MARCÓ SÍ EN O2 RESUMEN Y MARCÓ NO EN O3 RESUMEN?

NO	SÍ
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad CON DÉFICIT DE ATENCIÓN</i>	

¿MARCÓ NO EN O2 RESUMEN Y MARCÓ SÍ EN O3 RESUMEN?

NO	SÍ
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad HIPERACTIVO /IMPULSIVO</i>	

ANEXO 3. KIDSCREEN 27 NIÑOS

KIDSCREEN-27, Child and Adolescent Version  
KIDSCREEN-27, Niños/as-Adolescentes. Versión Colombiana



Colombia  
KIDSCREEN-27

Cuestionario de salud y bienestar niños/as  
y adolescentes de 8 a 18 años

**KIDSCREEN-27, Child and Adolescent Version**  
**KIDSCREEN-27, Niños/as-Adolescentes. Versión Colombiana**

**¡Hola**

¿Cómo estás? Esto es lo que nos gustaría que nos contaras.

Por favor, lee cada pregunta, ¿Cuál es la respuesta que primero se te viene a la mente?  
 Escoge la mejor opción para ti marca una X sobre ella.

Recuerda: Este no es un examen, así que no hay respuestas incorrectas. Es importante que contestes todas las preguntas, y que se puedan ver las X con claridad. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días.

No vas a tener que mostrar tus respuestas a nadie. Ni nadie más, aparte de nosotros, podrá ver tus respuestas.

Por favor, anota la fecha de hoy:

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 Día Mes Año

¿Eres hombre o mujer?

- Hombre
- Mujer

¿Cuál es la fecha de tu nacimiento y edad?

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_      \_\_\_\_  
 Día Mes Año      Edad

¿Tienes o sufres alguna limitación (caminar, ver, oír etc.) enfermedad o problema de salud permanente?

- No
- Sí      ¿Cuál? descríbelo brevemente \_\_\_\_\_

KIDSCREEN-27, Child and Adolescent Version  
KIDSCREEN-27, Niños/as-Adolescentes Versión Colombiana

## 1. Actividad física y salud

¿Cómo consideras que es en general tu salud?

- Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te has sentido bien de salud y en forma?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Has estado físicamente activo/a (por ejemplo, has corrido, jugado fútbol, básquetbol, trotado, montado en bicicleta)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿Has podido correr sin dificultad?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿Te has sentido con energía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 2. Estado de ánimo y sentimientos

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has disfrutado de la vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

**KIDSCREEN-27, Child and Adolescent Version  
KIDSCREEN-27, Niños/as-Adolescentes. Versión Colombiana**

Plensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2. ¿Has estado de buen humor?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has divertido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Plensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Te has sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido tan mal como para no hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido solo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 3. Tu vida familiar y tu tiempo libre

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has dedicado tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Tus padres te han dedicado tiempo?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

KIDSCREEN-27, Child and Adolescent Version  
KIDSCREEN-27, Niños/as-Adolescentes. Versión Colombiana

## 4. Tus amigos/as

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado unos a otros?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 5. El colegio

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Modera- damente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Modera- damente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Has podido poner (prestar) atención en clase?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

¡Muchas gracias por tu colaboración!



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### ANEXO 4. KIDSCREEN 27 PADRES



#### **KIDSCREEN-27**

#### **Cuestionario de salud de chicos y chicas**

Versión para padres  
Español (COL)

## **Cuestionario No 4 PADRES**



© The KIDSCREEN Group, 2004 - EC Grant Number: QL6-CT-2000-00751

[www.kidscreen.org](http://www.kidscreen.org)



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

**Apreciado padre, madre o acudiente:**

Lo que queremos saber sobre su niño/a es: ¿Cómo está?, ¿Cómo se ha sentido?

Por favor, conteste las preguntas como mejor pueda, intentando que las respuestas que dé, reflejen lo que usted cree que siente el niño o la niña. Cuando piense en la respuesta, por favor intente recordar la última semana, es decir, los últimos siete días.

Por favor, anote la fecha de hoy

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Día Mes Año

NOMBRE DEL NIÑO:

Código:

¿Quién responde este cuestionario?

- Madre
- Padre
- Madrastra / Pareja del padre
- Padrastro / Pareja de la madre
- Otro

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha nació el niño/a?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Día Mes Año

¿Es una niña o un niño?

- Niña
- Niño

¿Cuánto mide el niño/a (sin zapatos)?

\_\_\_ centímetros

¿Cuánto pesa el niño/a (sin ropa)?

\_\_\_ kilogramos

¿Grado escolar del niño/a?

\_\_\_ grado

## 1. Actividad física y salud del niño/a

En general, ¿cómo diría el niño/a que es su salud?

- 1.
- Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala

Piense en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
2. ¿El niño/a se ha sentido bien y con buen estado físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿El niño/a se ha sentido físicamente activo (por ejemplo, ha corrido, trepado, andado en bicicleta)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿El niño/a ha podido correr bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿El niño/a se ha sentido lleno/a de energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. Estado de ánimo y sentimientos del niño/a

Piense en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
6. ¿El niño/a ha disfrutado de la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7. ¿El niño/a ha estado de buen humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿El niño/a lo ha pasado bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
9.	¿El niño/a se ha sentido triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	¿El niño/a se ha sentido tan mal que no quería hacer nada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	¿El niño/a se ha sentido solo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	¿El niño/a ha estado contento/a con su forma de ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. La vida familiar y el tiempo libre del niño/a

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
13.	¿El niño/a ha tenido suficiente tiempo para él/ella?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	¿El niño/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	¿Los padres del niño/a han tenido suficiente tiempo para él/ella?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	¿Los padres del niño/a lo han tratado de forma justa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	¿El niño/a ha podido hablar con sus padres cuando ha querido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	¿El/la niño/a ha tenido suficiente plata para hacer lo mismo que sus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	¿El/la niño/a cree que ha tenido suficiente plata para sus gastos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 4. Amigos/as

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
20.	¿El niño/a ha pasado tiempo con sus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	¿El niño/a se ha divertido con sus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

amigos/as?						
22.	¿El niño/a y sus amigos/as se han ayudado unos a otros?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
23.	¿El niño/a ha podido confiar en sus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 5. El colegio

Piense en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
24.	¿El niño/a se ha sentido feliz en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
25.	¿Al niño/a le ha ido bien en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26.	¿El niño/a ha podido prestar atención?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
27.	¿El niño/a se ha llevado bien con sus profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

**NOMBRE DEL EVALUADOR:**



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

### ANEXO 5. CLARP TDAH PROFESORES



#### CUESTIONARIO N. 7 - CUESTIONARIO CLARP-TDAH PROFESORES

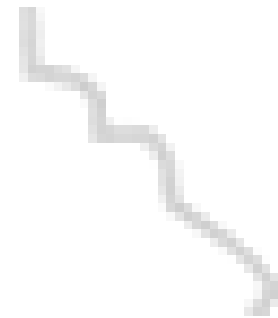
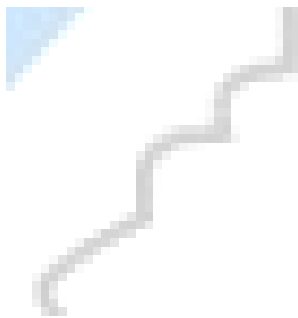
NOMBRE DEL NIÑO/A \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_  
 INSTITUCION EDUCATIVA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PROFESOR \_\_\_\_\_

**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 (mucha, extrema, 50-95%)
- 4 Dificultad completa (total, 96-100%)

CODIFICACIÓN	ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN					
		NINGUNA	LIGERA	MODERADA	GRAVE	COMPLETA
	<b>1. APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO, TAREAS Y DEMANDAS GENERALES</b>					
a160	CENTRAR LA ATENCIÓN Su alumno/s, 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
a166	LEER Su alumno/s, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para leer y comprender textos?	0	1	2	3	4
a170	ESCRIBIR Su alumno/s, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para escribir correctamente?	0	1	2	3	4
a172	CALCULAR Su alumno/s, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar operaciones matemáticas, por ejemplo, sumar o restar?	0	1	2	3	4





## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015

a173 RESOLVER PROBLEMAS	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para solucionar problemas, por ejemplo, resolver una pelea con un amigo?	0	1	2	3	4
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
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
<b>2. MOVILIDAD</b>						
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
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
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
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
<b>3. INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES</b>						
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 alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para tolerar a otras personas?	0	1	2	3	4
<b>4. AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA</b>						
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
p9203 MANUALIDADES	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar manualidades?	0	1	2	3	4

PUNTAJE FINAL: \_\_\_\_\_ (Σ (sumatoria) de los 20 ítems)

DISCAPACIDAD FINAL \_\_\_\_\_ (Escala de 0 – 100 puntos)

GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL: Señale con una "X"

NINGUNA	LIGERA	MODERADA	GRAVE	COMPLETA
---------	--------	----------	-------	----------

Para calcular la discapacidad final utilice la siguiente fórmula:


$$\text{Discapacidad final} = \frac{\Sigma \text{ ítems}}{80} \times 100$$

Donde, discapacidad final es igual a la sumatoria de los 20 ítems, dividido ochenta, por cien.

Para determinar el grado de discapacidad final utilice la siguiente escala:

Interpretación	Valor
Ninguna discapacidad	0-4%
Discapacidad ligera	5-24%
Discapacidad moderada	25-49%
Discapacidad grave	50-95%
Discapacidad completa:	96-100%

FIRMA DEL EVALUADOR \_\_\_\_\_

	<b>GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM</b>	CÓDIGO: GIN—GUI-001
		VERSIÓN: 01
		FECHA : 23/ENE/2015

## ANEXO 6. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PADRES Y PROFESORES



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

### **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES**

**INVESTIGACIÓN:**

“DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD, EN CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA. 2015”

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación sobre mi hijo/a \_\_\_\_\_, y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a \_\_\_\_\_, candidato a magister de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de las siguientes procedimientos:

1. Entrevista a los padres para: Características sociodemográficas, aplicación de MINIKID, aplicación de Checklist versión padres, aplicación de KIDSCREEN.
2. Entrevista a profesores para realizar evaluación de grado de limitaciones y restricciones a nivel escolar.

**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 y diagnóstico de personas con condiciones similares a las del niño / 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 de padre o madre \_\_\_\_\_  
 Documento de identidad No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

HUELLA DEL  
 PADRE/MADRE

HUELLA DEL NIÑO  
 (asentimiento del menor)

Aprobado por comité de Bioética UAM, Acta 044 de 2015

*Huella Índice derecho*



## GUÍA PARA PRESENTACIÓN DE INFORMES FINALES UAM

CÓDIGO: GIN—GUI-001

VERSIÓN: 01

FECHA : 23/ENE/2015



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

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESORES PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

#### INVESTIGACIÓN:

"DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, EN CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA. 2015"

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación sobre y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a \_\_\_\_\_, candidato a magister de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización del siguiente procedimiento:

Entrevista a profesores para realizar evaluación de grado de limitaciones y restricciones a nivel escolar.

#### 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 y diagnóstico de personas con condiciones similares a las del niño / 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.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del profesor/a

Documento de identidad \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

HUELLA DEL  
PROFESOR/A

*Huella Índice derecho*