

Construcción, validación y confiabilidad de un cuestionario sobre niños y niñas con TDAH*

LUISA MATILDE SALAMANCA**
Universidad Autónoma de Manizales, Colombia.

Primera versión recibida febrero 2 de 2010; versión final aceptada junio 29 de 2010 (Eds.)

• **Resumen:** *Objetivo: Diseñar, validar y determinar la confiabilidad de un instrumento para evaluar limitaciones y restricciones de niños y niñas con TDAH. Procedimiento: Determiné la validez del contenido y apariencia por juicio de expertos y expertas, y la consistencia interna mediante alfa de Cronbach, de una muestra de 42 padres y madres de niños y niñas de 6 a 12 años con TDAH. Resultados: Diseñé el cuestionario CLARP-TDAH Padres con 7 dominios y 39 ítems, buena validez de apariencia y contenido y consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.74. Conclusiones: El uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud en el TDAH trasciende los signos a otras alteraciones y al funcionamiento de los niños y niñas. Es necesario continuar procesos de validación y confiabilidad del cuestionario.*

Palabras clave: CIF, Discapacidad, Padres y Madres, Niños y Niñas, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Construção, validade e confiabilidade de um questionário sobre as crianças com TDAH

• **Resumo:** *Objetivo: Desenhar, validar e determinar a confiabilidade de um instrumento para avaliar imitações e restrições de meninos e meninas com o TDAH (o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade). Procedimento: Determinei a validade do conteúdo e aparência mediante o juízo de peritos e peritas, como também a consistência interna mediante o coeficiente alfa de Cronbach, a partir de uma amostra de 42 pais e mães de meninos e meninas com TDAH e com idades entre 6 e 12 anos.*

Resultados: Desenhei o questionário CLARP-TDAH Pais com 7 domínios e 39 elementos, boa validade de aparência, conteúdo e consistência interna por o alfa de Cronbach de 0.74. Conclusões: O uso da Classificação Internacional do Funcionamento, a Discapacidade e a Saúde no TDAH transcende os sinais a outras alterações e ao funcionamento dos meninos e das meninas. Precisa-se continuar com processos de validação e confiabilidade do questionário.

Palavras-chave: CIF, Discapacidade, Pais e Mães, Meninos e Meninas, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

Construction, validity and reliability of a questionnaire in children with ADHD

• **Abstract:** *Objective: To design, validate and determine the reliability of an instrument to evaluate the limitations and restrictions of children with ADHD. Procedure: Content validity and face validity based on experts' judgments as well as internal consistency analysis by means of Cronbach's alpha were determined. The sample included 42 parents of children with ADHD aged 5 to 10 years. Results: The Parents CLARP-TDAH Questionnaire with 7 domains and 39 items, good content validity, face validity and internal consistency calculated by means of the Cronbach's alpha of 0.74 was designed. Conclusions: The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in ADHD makes the signs go beyond to other impairments*

* Este artículo es producto de la investigación denominada "Diseño, validez y confiabilidad de un instrumento para evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños y niñas con TDAH", presentada por la autora para optar al título de Magíster en Desarrollo Infantil, Universidad de Manizales, realizado entre enero de 2008 y julio de 2009, y articulado a los grupos de investigación Cuerpo-Movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales y de Desarrollo Infantil de la Universidad de Manizales. Proyecto financiado por la Universidad Autónoma de Manizales.

** Fisioterapeuta, Universidad Autónoma de Manizales. Magíster en Desarrollo Infantil, Universidad de Manizales. Especialista en Gerencia en Salud, Universidad Autónoma de Manizales. Correo electrónico: luisasalamanca@autonoma.edu.co.

and to the functioning of children. It is necessary to continue developing validation and reliability processes of this questionnaire.

Keywords: CIF, Disability, Parents, Children, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.

-1. Introducción. -2. Método. -3. Resultado. -4. Discusión y conclusiones. -Lista de referencias.

1. Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se define como un síndrome neurocomportamental frecuente, caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención, las cuales afectan el desarrollo integral del niño o niña (Arriada & Otero, 2000). Es el problema de comportamiento de índole crónico más común en la infancia (Fernández & López, 2004; American Academy of Pediatrics, 2001), especialmente durante el período escolar, y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño o niña desde todas las esferas del desarrollo (García, Expósito, Martínez, Quintanar & Bonet, 2005) y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida (Cornejo, Osío, Sánchez, Carrizosa, Sánchez & Grisales, 2005). No hay duda de que el TDAH es un trastorno que tiene una amplia distribución en todo el mundo; en los países desarrollados la prevalencia del trastorno es del 5% al 10% en niños y niñas en edad escolar. En una investigación en la ciudad de Manizales (Pineda, Henao, Puerta, Mejía, Gómez & Miranda, 1999), usando una lista de chequeo con los 18 ítems del DSM-IV aplicada a padres y madres de niños, niñas y adolescentes de 4 a 17 años, la prevalencia del TDAH fue calculada en un 16,1%. Posteriormente, en una nueva investigación en esta ciudad (Pineda, Lopera, Henao, Palacio & Castellanos, 2001), con una muestra de 57 participantes, se determinó la alta prevalencia del trastorno; además sus resultados reportan que el tipo más frecuente es el combinado (9,4%), con una presentación significativamente mayor en el sexo masculino (21,8%) que en el femenino (10,9%).

El diagnóstico del TDAH ha sido abordado básicamente desde la clínica, con un mayor énfasis en el aspecto biológico y en consecuencias de la enfermedad, desde la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (World Health Organization, 1992), el Manual Diagnóstico y

Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y fenómenos de comorbilidad, los cuales no están enmarcados directamente en la conceptualización actual del modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF, de la Organización Mundial de la Salud - OMS (World Health Organization, 2001), bajo el cual se deben mirar las condiciones de salud.

La CIF describe el funcionamiento humano como un término genérico que incluye actividades y participación social, indicando los aspectos positivos de la interacción de un individuo en una condición de salud específica con los factores contextuales ambientales y personales que lo determinan. Igualmente aborda el término discapacidad, como aquel que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, describiendo los aspectos negativos de dicha interacción. Así, la clasificación pretende reflejar la situación real del funcionamiento humano, en la que definitivamente son sustanciales las consecuencias de la condición de salud misma y los entornos físico y social.

El término “discapacidad”, que antes había sido formulado como parte de las consecuencias de la enfermedad, ha sido reemplazado en esta clasificación por el término neutro “actividad”, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como “limitaciones de la actividad”; el término “minusvalía”, como connotación de desventaja social respecto al fracaso en el desempeño de roles, ha sido reemplazado por un término más positivo, el de “participación”, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como “restricciones en la participación”.

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, de desarrollo, e incluso en la calidad de vida. Los

niños y niñas con TDAH muestran una actividad motora elevada en diferentes ámbitos, tienen dificultades para permanecer sentados cuando lo requieren las situaciones estructuradas, son inquietos, constantemente se mueven en las sillas, hacen ruidos y molestan a otras personas, inician numerosas actividades pero no las finalizan, tienen dificultades a la hora de prestar atención, no se concentran y son incapaces de modular su atención en respuesta a las demandas del medio externo, afectando múltiples actividades de su vida diaria como el autocuidado, la realización de tareas y demandas generales en su hogar y escuela, la interacción social, el juego y uso del tiempo libre, entre otras. El TDAH se constituye entonces en una condición de salud, que debe ser valorada desde diversas perspectivas, biológicas, funcionales y psicoemocionales.

Las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en el TDAH son problemas que los niños y niñas pueden experimentar en sus situaciones diarias y se incluyen en los 9 capítulos de la CIF. Tales dificultades se evidencian por ejemplo en las actividades personales como el autocuidado, en la capacidad para alistarse en la mañana, en la planeación del día a día, en la organización de actividades y tareas, en los quehaceres domésticos, en el manejo del tiempo, en actividades escolares y educacionales, entre otros, y se manifiestan por dificultades en el aprendizaje, en el desempeño en el aula de clase, en el cumplimiento de tareas del hogar y en el rendimiento académico, además en alteraciones en las relaciones interpersonales por comentarios impulsivos, pobre capacidad de escucha, agresividad, entre otros. En este sentido, se podría asumir que el niño o niña con TDAH se encuentra en situación de discapacidad, puesto que existen múltiples deficiencias, limitaciones en la actividad funcional y restricciones en la participación social que le impiden un adecuado funcionamiento.

El uso clínico y social de la CIF —como herramienta aceptada sobre bases internacionales— está iniciándose en Colombia, dando pasos preparatorios a posteriores y futuros alcances en la construcción de instrumentos y normas de codificación que permitan implementar la clasificación en distintos ámbitos. En esta visión a largo plazo es preciso tener presente que su uso dependerá en gran medida de su utilidad práctica.

Por estas razones, se reconoce la importancia de contar con un instrumento válido y confiable apoyado en la conceptualización y criterios de la CIF que evalúe las diversas dimensiones del desarrollo del niño o niña bajo los componentes limitaciones en la actividad y restricciones en la participación para el TDAH. En este sentido, se precisa un esfuerzo para diseñar herramientas fiables que puedan medir el grado de interferencia en el funcionamiento adaptativo del niño o niña en dos o más ambientes, en este caso para niños y niñas con TDAH a nivel familiar (Cardo & Servera, 2008).

Para este estudio diseñé un instrumento para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños y niñas con TDAH tipo combinado, abordando la valoración de desempeño desde los dominios: Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y Demandas Generales, Autocuidado, Comunicación, Vida Doméstica, Interacciones y relaciones interpersonales y Áreas principales de la vida.

2. Método

Población y muestra: La población la conformaron los padres y madres de niños y niñas con diagnóstico clínico de TDAH tipo combinado confirmado por profesionales médicos, los cuales en la ciudad de Manizales se encuentran ubicados en instituciones para tratamiento de apoyo terapéutico como Espiral, Ceder, Secretaría de Educación – Unidad de Atención Integral (UAI), y Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios. Dichas instituciones facilitaron el listado de padres y madres de niños y niñas diagnosticados que asisten a tratamiento, quienes fueron contactados por teléfono. De una población total de 70 padres y madres adecuados para la entrevista, obtuve una muestra no probabilística y por conveniencia de 42 padres y madres, quienes voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

Técnica e instrumento: Como técnica usé la entrevista estructurada y el instrumento fue el cuestionario, en el que se debe dar una calificación de 0 a 4 tal como lo propone la CIF: 0 Ninguna dificultad, 1 Dificultad ligera, 2 Dificultad moderada, 3 Dificultad grave, 4 Dificultad completa, y la opción NA (No Aplica).

Según la declaración de Helsinki y la resolución 008430 del Ministerio de Salud Nacional, esta investigación se clasificó sin riesgo y fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Manizales mediante acta número 012 del 2008.

El desarrollo del estudio comprendió varias fases:

Fase I - Diseño del cuestionario:

A partir de la revisión de la literatura y la experiencia clínica del investigador investigadora, determiné las variables para la construcción del cuestionario evaluativo con los ítems necesarios acordes a la población, con base en la lista completa de la CIF. Los capítulos y dominios incluidos finalmente para la elaboración preliminar fueron:

- Capítulo 1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento
- Capítulo 2 Tareas y demandas generales
- Capítulo 3 Comunicación
- Capítulo 4 Autocuidado
- Capítulo 6 Vida Doméstica
- Capítulo 7 Interacciones y relaciones interpersonales
- Capítulo 8 Áreas principales de la vida

Respecto a la elaboración de las preguntas del cuestionario, tuve como base el modelo del instrumento WHO DAS II (Vásquez, Herrera, Vásquez & Gaite, 2006), la lista de chequeo colombiana para el diagnóstico de TDAH (Pineda, Henao, Puerta, Mejía, Gómez & Miranda, 1999), y el BASC versión colombiana (Pineda, Kamphaus, Mora, Puerta, Palacio & Jiménez, 1999).

Fase II – Validez de contenido y apariencia del cuestionario: para esta segunda fase se realizó el proceso para establecer que las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación estaban adecuadamente representadas en el instrumento, y para determinar la aceptabilidad que tiene el instrumento en el escenario de aplicación. Para esto se recurrió al juicio de expertos y expertas, para lo cual se seleccionó un grupo de 5 profesionales de diferentes disciplinas, con estudios de maestría y doctorado en diferentes áreas: Psicología, Educación especial, Fonoaudiología y Lingüística; éste fue convocado con el interés de dar validez a la redacción y forma gramatical de las preguntas. Los jueces calificaron la pertinencia de cada reactivo valorando en una escala entre 1 y 3, en donde 1 significaba desacuerdo, 2 acuerdo

parcial y 3 acuerdo total. En caso de calificar 2, el juez especificaba la razón para ajustar o descartar dicho reactivo en el instrumento.

Respecto a la valoración de los jueces, la validez de apariencia la realicé por distribución de frecuencias; revisé y reevalué valores inferiores al 100% de aceptabilidad en el ítem. En conclusión, encontré una valoración positiva; ninguna pregunta obtuvo más de 2 calificaciones de 1 (en desacuerdo); la mayoría de preguntas obtuvo calificación de 3 (de acuerdo).

Fase III – Prueba piloto y recolección de información: realicé previamente la prueba piloto a 10 padres y madres; en esta prueba analicé aspectos como: comprensión y ambigüedad de las preguntas, tiempo de diligenciamiento del instrumento, características del formato, necesidad de entrenamiento, y facilidad de calificación. Para la aplicación se diseñó un instructivo que contempló el referente teórico necesario para un adecuado diligenciamiento.

En general los resultados de la prueba piloto fueron positivos, hubo adecuada comprensión, encontré un instrumento de fácil aplicación y con mínima ambigüedad de las preguntas. Finalmente realicé los ajustes necesarios reclutados de la prueba piloto y consolidé la versión final del instrumento con un total de 7 dominios, de allí realicé la recolección de la información para lo cual realicé la visita personal a los padres quienes previamente firmaron consentimiento informado. La aplicación del instrumento tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

Fase IV – Análisis de información: El análisis de la información lo realicé con el paquete estadístico SPSS. La caracterización sociodemográfica la realicé a través de análisis estadístico descriptivo, y la determinación de consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach. El alfa de Cronbach permite evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados (Cortina, 1993), o el promedio de las correlaciones entre estos ítems (Streiner, 2003); además es la opción adecuada para valorar la confiabilidad de un nuevo instrumento que no posea un patrón de referencia. Ante la rigurosidad de la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach, además de calcular el valor para el cuestionario completo calculé el valor para el grupo de ítems que componen cada dominio, tal como lo afirma Streiner (2003). Para el estudio

consideré una aceptable consistencia interna cuando el valor de alfa fuera superior a 0,6, y una buena consistencia interna cuando fuera superior a 0.7.

3. Resultados

Caracterización sociodemográfica: El total de niños y niñas evaluados fue de 42, distribuidos en 38 del género masculino (90.5%) y 4 del género femenino (9.5%), en una relación aproximada de 9:1. El rango de edad fue de 6 a 12 años, con una media de 8.36 y una desviación estándar de 1.76. Todos los niños y niñas se encontraban escolarizados; el 56.8% en instituciones de educación privadas y el 43.2% en instituciones públicas. La mayoría de los niños y niñas cursaban tercero de primaria (24.3%), en segundo lugar primero de primaria (18.9%) y en tercer lugar segundo y cuarto de primaria, ambos en un 16.2%. Todos los niños y niñas fueron dados a conocer por las instituciones donde asisten a tratamiento: 4 del Ceder, 14 de Espiral, 2 de la Secretaría de Educación – UAI, 14 de la Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios, y en el momento del estudio 8 habían suspendido su tratamiento de apoyo terapéutico.

La mayoría de los niños y niñas se encontraban en algún tipo de tratamiento (farmacológico o apoyo terapéutico); recibían tratamiento farmacológico 3 de las 4 niñas y un 57.9% de los niños; el apoyo terapéutico lo recibía el total de las niñas y un 57.9% de los niños. El apoyo terapéutico depende de la institución general donde asisten a tratamiento, y se distribuye así: un 44%

de los niños y niñas recibe terapia ocupacional, 32% psicología, 10% apoyo pedagógico y 6.7% fisioterapia al igual que fonoaudiología. El grupo de niños y niñas evaluados en su mayoría llevan, en alguno de los tratamientos, más de dos años. En el estudio, el promedio de edad en que más se recibe tratamiento farmacológico es 9.2, y apoyo terapéutico es 8.44.

Determiné también el nivel económico de los niños y niñas, encontrando que en su mayoría —más del 60%— se ubicaron en ingresos bajos menores a 3 salarios mínimos mensuales.

Validez de contenido y apariencia del cuestionario: A partir de la evaluación por juicio de expertos, debí revisar y replantear 18 preguntas del instrumento, de acuerdo con las sugerencias, realizando cambios en el contenido de estos ítems pero conservando su claridad semántica y su correspondencia con el constructo teórico. La validez de contenido y apariencia fue buena y permitió la construcción de la versión final del cuestionario.

Versión final del cuestionario: Diseñé El CLARP-TDAH Padres (Cuestionario para Limitaciones en la Actividad y Restricciones en la Participación en TDAH Versión Padres), con 7 dominios y 39 ítems (Tabla N° 1 y Tabla N° 2), los cuales consisten en preguntas cerradas donde se califica de 0 a 4 el grado de dificultad de los niños y las niñas con TDAH para el desempeño en diferentes situaciones desde la actividad y la participación. Codifiqué cada dominio como “a” o “p”, según lo considerara como actividad (a) o participación (p).

Tabla N° 1.

Distribucion por dominios e ítems del CLARP-TDAH Padres (Cuestionario para Limitaciones en la Actividad y Restricciones en la participación en TDAH versión Padres)

CUESTIONARIO / DOMINIO	NUMERO DE ÍTEMS
CUESTIONARIO COMPLETO	39
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	6
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	3
COMUNICACIÓN	3
AUTOCUIDADO	12
VIDA DOMÉSTICA	7
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES	5
ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA SOCIAL Y CÍVICA	3

Tabla N° 2.
Dominios e ítems del CLARP-TDAH Padres

DOMINIOS / ÍTEMS	PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	
A110 MIRAR	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para ver y detallar cosas, por ejemplo, descubrir los detalles de un objeto al mirarlo ?
A115 ESCUCHAR	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para escuchar y distinguir sonidos, por ejemplo, responder cuando lo llaman?
A120I EXPERIENCIA DEL GUSTO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para distinguir sabores, por ejemplo, salado y dulce?
A120II EXPERIENCIA DEL TACTO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para reaccionar ante un estímulo táctil, por ejemplo, su comportamiento cambia ante un roce en su piel?
A120III EXPERIENCIA DEL OLFATO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para reaccionar ante los olores, por ejemplo, su comportamiento se altera ante un olor desagradable?
A1550 ADQUISICIÓN DE HABILIDADES BÁSICAS	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para aprender acciones elementales, por ejemplo, el uso de los cubiertos?
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	
A2302 COMPLETAR LA RUTINA DIARIA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para completar la rutina diaria, por ejemplo, levantarse, vestirse, desayunar y salir al colegio?
A2303 DIRIGIR EL PROPIO NIVEL DE ACTIVIDAD	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para organizar el tiempo necesario para sus obligaciones diarias, por ejemplo, distribuir tiempo en las tareas escolares y el juego?
A2401 MANEJO DEL ESTRÉS	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para sobrellevar la presión o estrés asociado a la realización de tareas, por ejemplo, un examen en el colegio?
COMUNICACIÓN	
P3151 COMUNICACIÓN RECEPCIÓN DE SEÑALES Y SÍMBOLOS	Su alumno/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para comprender el significado de señales y símbolos, por ejemplo, una alarma, una sirena o un semáforo?
P330 HABLAR	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para expresar frases (hablar) y ser entendido por las otras personas?
P3350 PRODUCCIÓN DE LENGUAJE CORPORAL	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para expresarse a través de movimientos corporales y gestos faciales, por ejemplo, movimientos de las manos para acompañar lo que dice?

AUTOCUIDADO	
A5100 LAVAR PARTES INDIVIDUALES DEL CUERPO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para lavarse con agua y jabón una parte del cuerpo, por ejemplo, manos, cara, pies?
A5101 LAVAR TODO EL CUERPO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para lavarse con agua y jabón todo el cuerpo, por ejemplo, darse una ducha completa?
A5102 SECARSE	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para secarse el cuerpo?
A5201 CUIDADO DE LOS DIENTES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para cuidar los dientes, por ejemplo cepillarlos?
A5202 CUIDADO DEL PELO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para peinarse?
A5300 REGULACIÓN DE LA MICCIÓN	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las actividades relacionadas con el orinar, por ejemplo, indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, acudir al lugar adecuado, manipular la ropa o limpiarse?
A5301 REGULACIÓN DE LA DEFECACIÓN	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las actividades relacionadas con el defecar, por ejemplo, indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, acudir al lugar adecuado, manipular la ropa o limpiarse?
A5400 PONERSE LA ROPA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para vestirse adecuadamente?
A5401 QUITARSE LA ROPA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para desvestirse?
A5402 PONERSE CALZADO	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para amarrarse los zapatos?
A550 COMER	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las acciones relacionadas con el comer los alimentos servidos, por ejemplo, abrir frascos, cortar, usar cubiertos, llevar a la boca?
A560 BEBER	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar las acciones relacionadas con el beber, por ejemplo, abrir botellas y latas, sujetar el vaso o pitillo, llevarlos a la boca?
VIDA DOMÉSTICA	
P6300 PREPARAR COMIDAS SENCILLAS	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para preparar comidas sencillas, por ejemplo, un sándwich?
P6400 LAVAR Y SECAR ROPA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para lavar ropa a mano y tenderla para que se seque al aire?

P6401 LIMPIAR LA ZONA DE COCINA Y LOS UTENSILIOS	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para limpiar la cocina y sus utensilios, por ejemplo, limpiar las mesas y lavar los platos ?
P6402 LIMPIEZA DE LA VIVIENDA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para limpiar su cuarto, por ejemplo, ordenar y quitar el polvo?
P6405 ELIMINACIÓN DE LA BASURA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para eliminar la basura de la casa, por ejemplo, recogerla y usar los basureros?
P6505 CUIDADO DE LAS PLANTAS INTERIORES Y EXTERIORES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para cuidar las plantas dentro y fuera de la casa, por ejemplo, regarlas?
P6506 CUIDADO DE LOS ANIMALES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para cuidar los animales domésticos y las mascotas, por ejemplo, alimentarlos, limpiarlos, cepillarlos?
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES	
P7100 RESPETO Y AFECTO EN LAS RELACIONES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para ser respetuoso con las personas?
P7102I TOLERANCIA EN LAS RELACIONES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para llevarse bien con otras personas?
P7601 RELACIONES HIJO PADRE	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para mantener una relación adecuada con los padres, por ejemplo, respetar y obedecer?
P7602 RELACIONES FRATERNALES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para mantener una relación adecuada con sus hermanos?
P7603 RELACIONES CON OTROS FAMILIARES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para mantener una relación adecuada con otros miembros de la familia, por ejemplo abuelos, tíos, primos?
ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA	
P810 EDUCACIÓN NO REGLADA	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para aprender enseñanzas dadas por los padres y otros familiares, por ejemplo, consejos de buen comportamiento?
P9204 AFICIONES	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en pasatiempos, por ejemplo, coleccionar objetos, jugar video juegos, usar INTERNET?
P9205 SOCIALIZACIÓN	Su hijo/a, en el último mes, ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en reuniones informales o casuales con otras personas, por ejemplo, visitar amigos o familiares?

Consistencia interna del cuestionario: Mediante coeficiente alfa de Cronbach obtuve la consistencia del cuestionario completo CLARP-TDAH Padres con un valor de 0.74, considerado adecuado.

Respecto a los dominios, resalto la consistencia interna de Tareas y Demandas Generales, Autocuidado y Vida Doméstica, con valores alfa superiores a 0.6 (Tabla N° 3).

Tabla N° 3.

Valores del coeficiente Alfa de Cronbach para el CLARP-TDAH Padres y cada uno de sus dominios

CUESTIONARIO / DOMINIO	NÚMERO DE ÍTEMS	COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH
CUESTIONARIO COMPLETO	39	0.74
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	6	0.49
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	3	0.7
COMUNICACIÓN	3	0.48
AUTOCAUIDADO	12	0.81
VIDA DOMÉSTICA	7	0.6
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES	5	0.47
ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA SOCIAL Y CÍVICA	3	0.45

4. Discusión y Conclusiones

En términos generales, encuentro que los padres y las madres brindan información adecuada a través de la técnica de entrevista, la cual es fiable para identificar consecuencias en el funcionamiento de niños y niñas con TDAH (Ortiz & Acle, 2006); por lo tanto, es clara la importancia de llevar a cabo procesos de valoración funcional que permitan evidenciar el impacto en los diferentes contextos como el familiar, especialmente respecto a resultados a largo plazo y no solamente a los síntomas a corto plazo (Loe & Feldman, 2007; Brown & Perrin, 2007). De acuerdo con Lollar (2008), dicha situación permite dirigir la discusión alrededor de la función, la deficiencia y los resultados a largo plazo, y su medición en niños y niñas con TDAH, reconociendo que la medición del funcionamiento del niño o niña es más útil que describir síntomas, especialmente para la planeación de intervenciones. Con el estudio se logra dar un paso respecto a la evaluación de la funcionalidad y el funcionamiento de los niños y las niñas con

TDAH, utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS, permitiendo trascender a las consecuencias personales, familiares, de amistades y vida social (Üstün, 2007).

Si bien no enfoqué el estudio hacia la caracterización de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los niños y niñas diagnosticados, es interesante reconocer y analizar la tendencia en cuanto a las principales consecuencias del TDAH en la muestra poblacional estudiada, en la cual se evidencian mayores dificultades en los dominios de Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y demandas generales, Autocuidado e Interacciones, y Relaciones interpersonales; dominios igualmente referidos por Üstün (2007) y Hoza (2007). El dominio donde encontré predominio de la calificación "No aplica", fue el de Vida doméstica, lo cual coincide con otros estudios donde se ha aplicado la CIF en la población infantil (Battaglia, Russo, Bolla, Chiusso, Bertelli & Pellegri, 2004). En los resultados del estudio llama la atención

que en algunos niños y niñas no se evidenciaron importantes limitaciones ni restricciones, lo que comprueba aun más que las características personales y el contexto mismo moldean y determinan su desempeño. Para estos pocos casos, la presencia de los tres síntomas (inatención, hiperactividad e impulsividad) al parecer no genera un impacto negativo importante en su funcionamiento. Esta situación también suscita una reflexión relacionada con el nuevo concepto de TDAH a abordar para el DSM-V (Loe & Feldman, 2007; Barkley, 2009), donde se cuestiona su caracterización y donde probablemente habrá cambios sustanciales desde su formato categorial y teórico (Sergeant, 2005).

Llama la atención que dentro de los criterios diagnósticos DSM-IV, el criterio C se refiere a que las manifestaciones deben producirse en múltiples contextos como el hogar, la escuela y situaciones sociales en general, pero en el estudio encuentro que no es del todo frecuente que los niños y las niñas desplieguen el mismo nivel de limitaciones y restricciones en el hogar, tal como se refiere en otros estudios (Biederman, Gao, Rogers & Spencer, 2006).

Para el interés particular del estudio, cabe reconocer que el valor aceptable de consistencia interna del cuestionario podría estar influido directamente por los padres y madres como informantes (Ortiz & Acle, 2006), donde se analiza si la cuestión es si ellos y ellas tienen formas distintas de conceptualizar las conductas, posiblemente debido a los estilos parentales o pautas de crianza, siendo más o menos rigurosos en la descripción de dificultades o fortalezas en el funcionamiento y desempeño de sus hijos e hijas. Esta información provista por los padres y madres puede interpretarse de manera diferente como reflejo de las diferencias conductuales ocasionadas por el ambiente y las interacciones diferenciales entre el niño o niña y quien informa (Ortiz & Acle, 2006; Steele, Forehand & Devine, 1996; Stanger & Lewis, 1993; Bird, Gould & Staghezza, 1991; Mitsis, McKay, Schulz, Newcorn & Halperin, 2000; Jensen, Rubio, Canino, Bird, Dulcan & Schwab-Stones, 1999; Montiel & Peña, 2001).

Los resultados acertados de consistencia interna para la evaluación de los dominios de la CIF pueden relacionarse, entre otros aspectos, con que fue construida con base en dominios específicos y códigos de esta clasificación, resultados similares

a los encontrados en otros estudios donde se ha evaluado a niños y niñas con diversas situaciones cognitivas, motoras y comportamentales (Kronk, Ogonowsk, Rice & Feldman, 2005; Battaglia, Russo, Bolla, Chiusso, Bertelli & Pellegrini, 2004). Sin embargo, respecto a los valores bajos del coeficiente de Cronbach en algunos de los dominios, es importante continuar el fortalecimiento del cuestionario para padres y madres, y realizar otros procesos investigativos de validación y confiabilidad; además será importante continuar proyectos a futuro con el uso de la CIF en niños, niñas y jóvenes (World Health Organization, 2007) como herramienta para abordar el desarrollo infantil. Las aplicaciones de la CIF son diversas; entre ellas se reconocen sus utilidades como herramienta estadística para la recolección y registro de información y datos, como herramienta investigativa para medir resultados en el ámbito de la salud y los factores contextuales, como herramienta clínica en la valoración de necesidades para establecer tratamientos a condiciones específicas de salud y procesos de rehabilitación, como herramienta educativa para aumentar la toma de conciencia de la sociedad en la puesta en marcha de actividades sociales y como herramienta de política social para la planificación de sistemas de seguridad social, y el diseño e implementación de políticas públicas desde diferentes ámbitos.

Abordar el TDAH bajo el modelo de la CIF, permite aportar un nuevo sistema de clasificación y de codificación a los elementos esenciales que lo caracterizan, definiendo las repercusiones de la salud y de los estados de salud que se pueden generar.

El diseño, validación y consistencia interna de un nuevo instrumento de evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños y niñas con TDAH, evidencia claramente a la CIF como un sistema relevante para su valoración integral, y prueba su aplicabilidad y confiabilidad en procesos de intervención en el Desarrollo Infantil. Se constituye en un adelanto y en un aporte investigativo en el campo de la salud y la rehabilitación, específicamente en coherencia con el interés de la OMS de caracterizar las condiciones de salud de las personas desde un modelo biopsicosocial y una estructura que permitan abordar los factores biológicos, personales y sociales desde el funcionamiento

humano, así como lo refieren Jette (2006) y Rauscher y Greenfield (2009) en sus publicaciones sobre la relación e importancia de la CIF, para los procesos investigativos y de intervención desde diferentes disciplinas como la fisioterapia. También el instrumento permite identificar problemas y dificultades específicas y relevantes, facilitando diseñar el plan más apropiado de intervención desde las diversas disciplinas que intervienen a los niños y las niñas con TDAH (Steiner, Ryser, Huber & Uebelhart, 2002); esto, al mismo tiempo logra apoyar la utilidad de la CIF, en cuanto a aportar a un lenguaje común, estandarizado, fiable y aplicable transdisciplinar y transculturalmente, que permita describir los elementos importantes de la salud y el desarrollo integral en esta población.

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

Lista de referencias

- American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2001). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105, pp. 1158-1170.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Arriada-Mendicoa, N. & Otero-Siliceo, E. (2000). Síndrome de atención deficitaria. Aspectos básicos del diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 31, pp. 845-851.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), pp. 101-106.
- Battaglia, M., Russo, E., Bolla, A., Chiusso, A., Bertelli, S., Pellegri A., et al. (2004). International Classification of Functioning, Disability and Health in a cohort of children with cognitive, motor, and complex disabilities. *Development Medicine and Child Neurology*, 46, pp. 98-106.
- Biederman, J., Gao, H. T., Rogers, A. K. & Spencer, T. J. (2006). Comparison of parent and teacher reports of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms from two placebo-controlled studies of atomoxetine in children. *Biological Psychiatry*, 60, pp. 1106-1110.
- Bird, H. R., Gould, M. S. & Staghezza, B. (1991). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, pp. 78-85.
- Brown, R. T. & Perrin J. M. (2007). Measuring Outcomes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ambulatory Pediatrics*, 7, pp. 57-59.
- Cardo, E. & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46, pp. 365-372.
- Cornejo, J. W., Osó, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H. et al. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40, pp. 716-722.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78, pp. 98-104.
- Fernández, M. & López, M. (2004). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: ¡al abordaje! *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 6, pp. 421-432.
- García-Pérez, A., Expósito-Torrejón, J., Martínez-Granero, M. A., Quintanar-Rioja, A. & Bonet-Serra, B. (2005). Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades. *Revista de Neurología*, 41, pp. 517-24.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, (Supl. 1), pp. 101-106.
- Jensen, P. S., Rubio Stipek, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stones, M. E.,

- et al. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, pp. 1569-1579.
- Jette, A. M. (2006). Toward a common language for function, disability, and health. *Physical Therapy*, 86, pp. 726-734.
- Kronk, R., Ogonowski, J., Rice, C. & Feldman, H. (2005). Reliability in assigning ICF codes to children with special health care needs using a developmentally structured interview. *Disability and Rehabilitation*, 27, pp. 977-983.
- Loe, I. M. & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD: literature review and proposal for future research. *Ambulatory Pediatrics*, 7, (Supl. 1), pp. 82-90.
- Lollar, D. (2008). Function, impairment, and Long-term outcomes in children with ADHD and how to measure them. *Pediatric Annals*, 37, pp. 28-36.
- Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. P. & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM IV attention deficit/hyperactivity disorder in a clinic referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, pp. 308-313.
- Montiel-Nava, C. & Peña, J. A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 32, pp. 506-511.
- Ortiz, J. & Acle, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología*, 42, pp. 17-21.
- Pineda, D. A., Henao, G. C., Puerta, I. C., Mejía, S. E., Gómez, L. F., Miranda, M. L., et al. (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de Neurología*, 28, pp. 361-365.
- Pineda, D. A., Kamphaus, R. W., Mora, O., Puerta, I. C., Palacio, L. G., Jiménez, I., et al. (1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 28, pp. 952-959.
- Pineda, D. A., Lopera, F., Henao, G. C., Palacio, J. D., Castellanos, F. X., Grupo de investigación Fundema (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, pp. 1-6.
- Rauscher, L. & Greenfield, B. H. (2009). Advancements in contemporary physical therapy research: use of mixed methods designs. *Physical Therapy*, 89, pp. 91-100.
- Sergeant, J. (2005). Are we ready for endophenotypes in attention deficit hyperactivity disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, pp. 262-263.
- Stanger, C. & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, pp. 107-115.
- Steele, R., Forehand, R. & Devine, D. (1996). Adolescent social and cognitive competence: crossinformant and intraindividual consistency across three years. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, pp. 60-65.
- Steiner, W., Ryser, L., Huber, E. & Uebelhart, D. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*, 11, pp. 1098-1107.
- Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80, pp. 217-222.
- Ustün, T. B. (2007). Using the international classification of functioning, disease and health in attention-deficit/hyperactivity disorder: separating the disease from its epiphenomena. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1 Suppl.), pp. 132-139.
- Vásquez-Barquero, J. L., Herrera, S., Vásquez, E. & Gaité, L. (2006). Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud – WHO DAS II Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II. Madrid: Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales. Imsero.
- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (2001). Geneva: WHO.
- World Health Organization (1992). The tenth revision of the International Classification of Diseases and related Health Problems. Geneva: WHO.

World Health Organization (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth. Geneva: WHO.

Referencia:

Luisa Matilde Salamanca, "Construcción, validación y confiabilidad de un cuestionario sobre niños y niñas con TDAH", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde*, vol. 8, núm. 2, (julio-diciembre), 2010, pp. 1117 - 1129.

Se autoriza la reproducción del artículo, para fines no comerciales, citando la fuente y los créditos de los autores.