

**CORRELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS ARROJADOS EN ESCALAS CONNERS PADRES Y
ESCALAS CONNERS MAESTROS EN NIÑOS MANIZALEÑOS DIAGNOSTICADOS CON TDAH.**

**DIANA MARIA GIRALDO GIRALDO
PSICÓLOGA**



**UNIVERSIDAD DE
MANIZALES**

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN DESARROLLO INFANTIL
MANIZALES
2014.**

CORRELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS ARROJADOS EN ESCALAS CONNERS PADRES Y ESCALAS CONNERS MAESTROS EN NIÑOS MANIZALEÑOS DIAGNOSTICADOS CON TDAH.

**DIANA MARIA GIRALDO GIRALDO
PSICÓLOGA**

Trabajo de grado presentado como opción para optar al título de
Magister en Desarrollo Infantil.

Asesor

**JUAN BERNARDO ZULUAGA
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL**

**VILMA VARELA CIFUENTES
MAGISTER EN NEUROPSICOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN DESARROLLO INFANTIL
MANIZALES
2014.**

DEDICATORIA

A Dios por iluminarme y mostrarme el camino para conseguir lo propuesto, las metas y sueños alcanzados.

Con el amor más profundo a mi familia, madre, padre y hermanos, seres maravillosos a quienes amo, gracias por su apoyo emocional y económico, por creer en mí y ser parte de este proceso.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Liliana Gonzales, coordinadora de la maestría, porque gracias a su exigencia nos indicó que el proceso formativo que emprendíamos estaría cargado de importantes enseñanzas que transformarían nuestras vidas.

Al Doctor Juan Bernardo Zuluaga quien desde su experticia y conocimiento direcciono la construcción y culminación del proceso.

A la Doctora Vilma Varela, por promover procesos reflexivos de crecimiento permanente a través del análisis de las minucias que conducen a la rigurosidad científica.

Al docente de estadística Álvaro Cifuentes por su entrega incondicional, disponibilidad de tiempo, paciencia y apoyo en la comprensión para el análisis e interpretación de los datos.

A mi madre por su insistencia y apoyo con la que motivo la continuidad de mi formación profesional.

A la psicóloga Lina Vanessa Zamora Miranda, amiga incondicional por brindarme su apoyo, sabios consejos, alentarme y motivarme en los momentos de crisis.

A mis colegas y compañeros de maestría, por compartir las alegrías, miedos, inseguridades y tropiezos que nos permitieron crecer y fortalecernos en la vida tanto profesional como personal.

A Dios y mi familia por permitir que la culminación de esta meta se hiciera posible.

1. TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
RESUMEN.	7
PRESENTACIÓN.	9
ÁREA PROBLEMICA.	11
Antecedentes.	11
JUSTIFICACIÓN.	25
MARCO TEÓRICO.	27
Características generales TDAH.	28
Conceptualización de las escalas Conners.	34.
Definición operacional de los factores que componen las escalas Conners.	36
MODELO HIPOTÉTICO.	39
Hipótesis.	39
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	40
Objetivo General.	40
Objetivos Específicos.	40
MARCO METODOLÓGICO.	41
Tipo de Investigación.	41
Diseño.	41
Población.	41
Muestra.	41
Criterios de Selección.	42
Variables control.	42
Variables Intervinientes.	42
Variables Criterio.	43
Variables de análisis.	43
Instrumentos.	47
Procedimiento.	49
Técnicas de análisis.	52

RESULTADOS.....	51
DISCUSIÓN.....	60
CONCLUSIONES.....	65
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DERIVADAS DEL PROYECTO.....	67
REFERENCIAS.....	68

Correlación entre los resultados arrojados en escalas Conners padres y escalas Conners maestros en niños manizaleños diagnosticados con tdah.

Diana Maria Giraldo Giraldo.

Universidad de Manizales.

Resumen.

El objetivo del presente estudio fue correlacionar los resultados arrojados en las Escala Conners padres y maestros de niños Manizaleños diagnosticados con trastornos por déficit de atención e hiperactividad, con la versión colombiana adaptada de las escalas originales en español, (Pineda, 2000) para lo cual se correlacionaron las variables sexo, rango de edad, subtipos de TDAH y estrato socioeconómico de 89 niños de 5 a 15 años con TDAH. Los datos fueron analizados a partir del coeficiente de correlación de Pearson y la T Student, encontrando correlaciones moderadas en las variables: sexo, rangos de edad, subtipo combinado e inatento en el factor de hiperactividad, y correlaciones negativas en el factor de inatención, en las variables: rango de edad, estrato socioeconómico y subtipo combinado, los padres califican mayor la inatención mientras los maestros califican más la hiperactividad. Lo hallado es pertinente para futuras investigaciones donde se considere la objetividad de los instrumentos.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, escalas Conners padres y maestros.

ABSTRAC.

The aim of this study was to correlate the results obtained in the Conners Scale parents and teachers of children diagnosed with disorders Manizales attention deficit hyperactivity disorder, with the Colombian version adapted from the original scales in Spanish, (Pineda, 2000) for which the variables gender, age range, ADHD subtypes and socioeconomic strata of 89 children 5 to 15 years with ADHD were correlated. Data were analyzed using the coefficient of Pearson correlation and Student t test, and found moderate correlations in the variables: sex, age ranges, combined subtype and inattentive in the hyperactivity factor, and negative correlations in the factor of inattention in variables: age range, socioeconomic status, and combined subtype, parents rate greater inattention while more qualified teachers hyperactivity. I found relevant for future research where objectivity instruments considered.

Keywords: attention deficit disorder and hyperactivity, parent and teacher Conners scales.

PRESENTACIÓN

El TDAH constituye una de las categorías diagnósticas de mayor prevalencia e incidencia en la población infantil, por lo cual se han empleado diversos instrumentos para su diagnóstico partiendo de la diferenciación de los criterios contemplados en los manuales; por lo cual es prioritario reconocer que para la evaluación integral se requiere de varias estrategias en las que puede incluirse el concepto de los sujetos que se encuentran dentro del entorno inmediato de quien presenta el trastorno, ya que ello permitirá obtener una visión global del desempeño en diferentes espacios de participación.

De esta forma se hace posible la obtención de información relevante por medio del uso de cuestionarios comportamentales en los que se tiene en cuenta diferentes percepciones y argumentos que permiten la realización de un análisis de la información obtenida para su posterior depuración en la objetivación de los resultados arrojados y en tal sentido la formulación de un diagnóstico certero y con mayor precisión.

Según Montiel y Peña (2001), es importante señalar que regularmente los niños asisten a espacios de consulta bajo el acompañamiento de un padre o remisión de un tercero en cuyo caso correspondería a los maestros encargados de los procesos formativos de los niños, por lo cual aduce la presentación de características comportamentales que son identificadas por agentes externos al propio sujeto, quienes a su vez corresponden la mejor fuente de información para los trastornos externos entre los que se incluye el TDAH, dado a que para los trastornos internos como la ansiedad y la depresión, los niños suelen ser mejores informantes (Verhulst, Van der 1991 citado en Montiel y Peña 2001). De acuerdo a los mencionados autores, existe mayor consistencias entre las observaciones de padres y maestros en las conductas externas tales como: negativismo, agresión, hiperactividad que para aquellas conductas de tipo interno tales como ansiedad depresión y timidez.

De igual modo es preciso hacer acotación al hecho de que según estudios realizados en alusión a los reportes dados por diferentes informantes, Achenbach et al. (1995), citado en Montiel y Peña (2001), hallaron de que existe mayor concordancia entre las evaluaciones realizadas por informantes similares, es decir ambos progenitores o profesores, que en evaluaciones de diferente tipo de informante, no obstante no se puede desconocer y demeritar la participación de diferentes sujetos en la emisión de un concepto dado alrededor de una conducta problema teniendo en cuenta que el sujeto se encuentra inmerso en más de un entorno de participación en el que sus conductas pueden diferir sustancialmente.

Así mismo, según Amador, Idiazábal, Sangorrín y Forns (2002), el grado de acuerdo entre informantes varía según el tipo de TDAH, la edad del sujeto que padece las características diagnósticas, y el tipo de situación que se reporta, lo cual se encuentra en correspondencia con las variables a analizar desde el presente estudio.

Según Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos, (2001), existe gran limitación a la hora de emplear solo la información proveniente de una fuente, dado a que en el caso de que estos corresponda a los ascendentes, podría darse una prevalencia de los síntomas de hiperactividad e impulsividad conduciendo a que se sobre estime dichos comportamientos y en tal sentido se subestimen los síntomas de inatención, de igual modo dicho autores reconocen que existen situaciones bajo las cuales los síntomas de TDAH son fácilmente confundidos con otros trastornos tales como Síndrome asperger, el retardo mental leve, el retardo en el desarrollo de la comunicación, el oposicionismo desafiante, y el trastorno disocial de la conducta, entre otros; lo que requiere el empleo de diversos instrumentos para la diferenciación de dicha categoría diagnóstica como tal.

De acuerdo a una revisión de antecedentes se ha encontrado que existen concordancias y discrepancias entre los resultados arrojados según el informante y de acuerdo a las variables de análisis, por lo que a partir del presente estudio se realizara una correlación entre los resultados obtenidos a partir de la aplicación de escalas abreviadas y adaptadas Conners para padres y Conners maestros, las cuales correspondieron a una versión Colombiana adaptada de las escalas originales de Pineda (1998), bajo la autorización de los autores.

ÁREA PROBLEMICA.

Antecedentes.

En el estudio realizado por Cáceres y Herrero, en el 2011 se planteó como objetivo valorar si existían diferencias en la evaluación realizada por padres, madres y tutores y revisar el grado de relación existente entre la inatención observada por progenitores y tutores para lo cual se evaluó a 127 niños, derivados a un centro de salud mental, a través de la aplicación de entrevistas, observación semiestructurada, cuestionario de Conners complementados por padres y tutores, así como sub-pruebas de la escala de inteligencia de Wechsler para niños.

Dicha información fue analizada mediante el coeficiente de correlación intraclase, tanto para la muestra global como por bloques, los dos extremos del continuo percentil >80 y <20 y el bloque intermedio (percentil 20-80), también se realizó análisis multivariado de la varianza, se calculó el tamaño de efecto “n” interpretándose según el criterio cohen anteriormente explicado, para determinar que grupos diferían, se aplicó la prueba post hoc de Gabriel, y la t de Student, obteniendo como resultados que sólo un 46% cumplió los requisitos para ser diagnosticados de TDAH. Respecto a la concordancia entre progenitores y tutores se evidencio que esta fue sólo moderada, en lo cual padres y madres

evalúan de manera similar a niños y niñas, mientras los tutores consideran a los niños más inatentos y más hiperactivos/impulsivos que las niñas.

Lo anterior deja en evidencia la necesidad de que exista claridad entre los criterios diagnósticos del TDAH y las pautas a seguir para llegar a su análisis y se puedan desarrollar propuestas que potencien el proceso de evaluación y particularizar la intervención según la necesidad. En dicho estudio se evaluó las tres dimensiones de TDAH, hiperactividad, impulsividad, y déficit de atención, utilizando la escala Conners, se encontró que la concordancia entre padres y madres suele ser buena, pero mediocre entre tutores padres y madres y en tal sentido estos informantes consideran igualmente hiperactivos, inatentos, e impulsivos a los niños y a las niñas, sin embargo, los tutores tiende a ver como más hiperactivos e impulsivos a los niños, según los resultados del presente estudio, tanto los padres como las madres consideran igualmente hiperactivos, inatentos e impulsivos a los niños, y a las niñas; sin embargo, los tutores tienden a ver como más hiperactivos e impulsivos los niños, por lo que no existen diferencias entre padres y madres, pero si entre tutores, padres y madres.

En el mismo estudio citado, se halló según la distribución por sexos , a los niños más inatentos y más hiperactivos/ impulsivos que las niñas y por tanto las explicaciones de dicho fenómeno son argumentadas por sus investigadores factiblemente por que el niño presenta un comportamiento diferente en cada contexto, lo que a su vez puede encontrarse determinado por la capacidad de observación de cada uno de los informantes y así mismo por el tiempo y la naturaleza de la interacción que cada uno tiene por lo cual casi siempre es menor en el caso de los padres y mayor en el de las madres, variando igualmente con los profesores. Lo que refleja necesidades diferentes de cada espacio, posiblemente desde el entorno escolar se espera que el niño no incomode y coopere y desde el hogar que cause el mínimo número de dificultades posibles.

En el estudio de Papageorgiou, Kalyva, Dafoulis, Vostanis, (2008), se analiza el nivel de acuerdo, y las posibles diferencias de género, entre progenitores y docentes en informes de los síntomas del TDAH y otros problemas de salud mental de 305 niños griegos de edades comprendidas entre los 6-9 años de 10 escuelas públicas- de estrato alto y bajo a los que se les aplicó el Perfil de Atención Infantil (CAP Barkley, 1990 y el SDQ Goodman, 1997) como una medida de carácter social, funcionamiento emocional y conductual, lo cual fue analizado según correlaciones de Pearson. Los progenitores y maestros de 147 niños y 158 niñas que asisten a los tres primeros grados de 10 escuelas primarias de la zona más amplia del norte de Grecia completaron la Fuerza y Dificultades (SDQ-) y el Perfil de Atención Infantil (CAP-) El nivel de acuerdo entre los ascendientes y docentes fue de menos a moderado los padres identificaron mayor hiperactividad trastornos emocionales y problemas de conducta que los maestros.

En el estudio desarrollado por Ortiz y Tomasina (2006), se tuvo en cuenta como principales objetivos determinar la manera en que padres y maestros atestiguan comportamientos de TDAH en los niños, así como analizar si existen diferencias entre aquellos según el grado escolar y / o género. Para lo cual se empleó en el estudio los cuestionarios de 129 niños contestados por profesores, de las cuales correspondían a 75 niños y 54 niñas, y 139 escalas de las madres, de las cuales 75 eran niños y 64 niñas. Cabe señalar que el número varío con razón de que algunos niños faltaron el día de la evaluación. La edad de los niños fluctuó entre los 7 y 9 años.

En total para la realización del estudio citado participaron 13 profesores distribuidos en 12 mujeres y 1 hombre de edades comprendidas entre los 30 y los 50 años, que brindaban educación en los tres primeros grados de formación primaria. Aunado a ello, en el grupo de madres, fueron incluidas 139 con edades comprendidas entre los 21 y 58 años de edad, de las cuales la mayor proporción habían alcanzado sus estudios de básica primaria (45%), un (31%) bachillerato, un nivel superior (16%), y un grado profesional un (3%), como criterio de inclusión se tuvo en cuenta la facilidad de la comunidad para

la vinculación con el proceso, partiendo de la elección de dos escuelas primarias públicas ubicadas en una zona marginal.

Los datos fueron transferidos a una base para analizarlos con el paquete estadístico SPSS, se utilizaron medidas de tendencia central y se empleó un ANOVA, para observar diferencias entre progenitores y maestros. Cabe señalar que la totalidad de las madres fueron citadas en un espacio determinado para la valoración grupal, mientras los profesionales de la institución se les llevo a cabo la aplicación del instrumento por fases, inicialmente al grupo directivo y posteriormente al personal docente encargado de dichos cursos se les instruyo sobre su diligenciamiento y se les otorgo mayor tiempo para la resolución del cuestionario.

Para la ejecución de dicho estudio se empleó una escala Conners, que constaba de dos reactivos organizada en dos Subescalas, de 10 reactivos, respectivamente; la primera se componía de dos apartados: desatención, con seis reactivos, e hiperactividad con cuatro. La segunda Subescalas evaluó el trastorno de conducta, con 10 reactivos, y en la escala Conners para padres la cual constaba de 19 reactivos organizados en dos Subescalas, la primera se componía de dos apartados desatención e hiperactividad con seis reactivos cada uno: La segunda Subescalas evaluaba el trastorno de conducta, con siete reactivos por lo que se discriminó de acuerdo al grado escolar y el sexo.

En dicho estudio se encontró en relación con el primer indicador la presentación de datos de los profesores diferentes, ya que aquellos de segundo calificaron con puntuaciones superiores a los niños menores de su grupo en comparación con los otros grados escolares. No obstante en los datos de los progenitores no se encontró una diferencia significativa.

Además de ello, se obtuvo como resultados de la investigación que los profesores atestiguan comportamientos TDAH más en niños que en niñas, especialmente en los de segundo grado, también señalaron en una forma significativamente la hiperactividad y falta de atención. No se observaron discrepancias entre las madres y los maestros con respecto a la escuela y el grado de los niños.

En relación con el sexo, en el mismo estudio se halló que tanto padres como profesores asignan puntuaciones más altas a los niños. En cuanto a la hiperactividad se encontró respecto a los profesores en el estudio mencionado, que estos califican más alto a los menores de segundo grado y los progenitores califican más alto a los menores de tercer grado. Respecto a la desatención, los profesores le asignan puntuaciones más altas a los varones al igual que los progenitores, y en el factor de hiperactividad impulsividad los profesores asignaron puntuaciones más altas a los varones lo cual puede indicar que ambas fuentes pese a que son fiables para identificar conductas de TDAH, no puntúan de igual manera, ni por sexo ni por edad.

En el estudio realizado por García y García en 2005, se pretendió responder al objetivo de correlacionar las medias de los datos obtenidos de la aplicación de la Escala Escolar de Conners Revisada (EECR) realizada por ascendientes y maestros de niños con déficit de atención, hiperactividad y trastornos de conducta, para el cual se obtuvo una muestra de 31 estudiantes de tercer grado de preescolar, con edades comprendidas entre los seis a siete años de edad, de siete escuelas, a quienes se aplicó según la información aportada por los docentes, la EECR, en su versión abreviada a docentes y padres, constando ambas de 20 reactivos con las mismas sub-escalas, se halló como resultado a partir de un análisis de correlación bivariada, que: existe correlación significativa al nivel de 0.05 entre los puntajes obtenidos de ambos aplicadores (maestros y progenitores de familia) tanto en los puntajes totales de la prueba (0.399), la dimensión de hiperactividad (0.428) y trastorno de conducta (0.470), difiriendo en el déficit atencional.

Los docentes otorgan puntajes más altos respecto a los padres de familia, indicando que existen porcentajes estadísticos más significativos en maestros que en progenitores en todas las áreas, así mismo se evidencia correlación en los resultados totales, hiperactividad y trastornos de conducta. Como hecho relevante cabe poner en mención que existe una correlación entre los puntajes obtenidos de ambos aplicadores (maestros y padres de familia) según la aplicación de la escalas Conners revisada; con la diferenciación de que corresponde la misma para ambas versiones en los que se incluyen la valoración de aspectos de hiperactividad, déficit de atención más trastorno de la conducta, señalando que los maestros otorgan puntajes más altos respecto a los ascendientes de familia en todas las áreas.

Referente a la explicación del porque los padres muestran la tendencia a conceder puntajes menores a sus hijos respecto a los maestros es dado posiblemente por el manejo conductual de los alumnos que implica la presentación de cargas estresantes para los maestros, por lo que la incidencia de casos en el grupo que atiende contribuye a evidenciar con mayor énfasis ente tipo de situaciones. Por otra parte, los progenitores pueden tender a empequeñecer las acciones de sus hijos para protegerlos. Es preciso tener en cuenta que para dicho estudio, se empleó una muestra poblacional reducida en la que su universo estuvo compuesto por un total de 510 de los que se extractaron tan solo 31 alumnos que fueron discriminados por los maestros de quienes consideraron se caracterizaban por la presentación de los criterios del déficit de atención e hiperactividad, lo cual pudo influir en la obtención de los resultados.

De otro lado, en el estudio de Montiel y Peña, (2001), los autores se plantearon como objetivo determinar la relación entre la evaluación de los padres de la conducta de sus hijos y la evaluación de estos mismos niños por parte de sus maestros. Para lo cual se estudió un grupo de 855 niños distribuidos de la siguiente manera: 325 en el grupo de 9 a 11 años (146 niñas, 179 niños), 243 en el grupo de 12 a 14 años (126 niñas, 117 niños) y 287 en el grupo de 15 a 17 años

(145 niñas, 142 niños). A los que se les aplicó las escalas Conners en la que las figuras paternas y los profesores respondieron a la versión larga para niños adolescentes de entre 3 y 17 años de edad.

Dicha escala se encontraba conformada de 80 ítems divididos en 14 sub escalas, que valoraban la presentación de alteraciones de comportamiento, específicamente TDAH, y síntomas relacionados con el mismo. La escala Conners Española revisada traducida y validada, para profesores, versión larga empleada para dicho estudio constó de 59 ítems. Las Subescalas fueron las mismas de la escala de padres, excluyendo la sub escalas de problemas psicosomáticos, que no se incluyen esta versión. En ambas versiones (padres y profesores) el formato fue de autoadministración y su calificación se desarrolló a través de una escala Likert.

Los datos fueron analizados bajo el programa estadístico SPSS. Como resultados significativos se obtuvo el hecho de que no había un consenso en la evaluación de los problemas académicos y de comportamiento de los niños. Las evaluaciones dependían de la edad del niño. Así mismo, se presentó mayor acuerdo entre los progenitores y maestros para los problemas académicos y la hiperactividad.

Los resultados obtenidos en este estudio presentan varias características, siendo la principal, las relaciones entre las variables las cuales difieren significativamente dependiendo del grupo evolutivo analizado dado a que se distribuyeron según rangos de edad, encontrándose que para el grupo de niños más pequeños (9-11 años) la convergencia entre ascendientes y profesores en el momento de evaluar al niño no es tan evidente como en niños mayores (12-14 y 15-17 años). La generalidad de los niños son inquietos, desatentos, desobedientes e impulsivos, sobre todo en el momento de ser comparados con niños mayores o adolescentes; ello podría ocasionar discrepancias mayores entre padres y profesores a la hora de describir y catalogar la conducta de su niño, como las observadas en este estudio.

A medida que la edad aumenta, también se incrementa la fuerza de la correlación y el nivel de significación de estas relaciones comparativamente, las relaciones significativas fueron escasas, lo cual establece la incógnita de si los padres y profesores tienen formas diferentes de conceptualizar conductas. Por lo que dichas diferencias no se deben interpretar como fallos de las observaciones o de los instrumentos utilizados, sino más bien como una función de las diferencias de interrelaciones entre el informante y el niño.

En el estudio efectuado por Zulic (2012) se plantó como objetivo: observar la concordancia entre padres y profesores en el test de Conners abreviado (TCA) en el TDAH, teniendo en cuenta que se evaluó con TCA para profesores y para progenitores a niños atendidos por becados de primer año, con diagnóstico clínico de TDAH. Hallando como resultado que de 57 pacientes, 21% mujeres y 78,9% hombres, el promedio de los TCA de profesores fue de 16,85 puntos y el de padres de 16,98, existiendo mayor diferencia al separarlos por género. De igual modo, se halló que no existe correlación entre Conners de progenitores y profesores, por género. Para la ejecución del presente estudio se empleó una muestra similar en cuanto a la correspondencia en la edad, siendo esta niños entre 6 y 16 años con sospecha diagnóstica de TDA-H, en lo que no existe correlación entre los puntajes arrojados por padres y profesores, según el sexo, al comparar los promedios por género, y los puntajes de la casa y el colegio en las Subescalas de impulsividad, inatención e hiperactividad tampoco se encontraron diferencias.

En el estudio desarrollado por Pineda y cols (2001), tuvo como objetivo confirmar la existencia de la alta prevalencia de TDA en una comunidad colombiana, para lo cual se realizó un estudio aleatorio y estratificado por sexo, edad y nivel socioeconómico, en niños y adolescentes de 4 a 17 años de edad, asistentes a procesos de educación formal, en escuelas públicas, y diferentes colegios privados, de los cuales se descartaron niños con discapacidades cognitivas, y otras alteraciones, eligiéndose como muestra poblacional 420 sujetos de Manizales, Colombia para lo cual se empleó la escala Conners para

padres y maestros versión Colombiana desarrollada por Pineda y Roselli (2000) según lo referido por Pineda et al. (2001). Dicha muestra poblacional estuvo distribuida en 30 participantes de ambos sexos, en tres subgrupos de edades; (4 a 5, 6 a 11, y 12 a 17 años) pertenecientes a dos estratos socioeconómicos distribuidos en bajo (1,2 y 3) y alto (4,5 y 6),

Se obtuvo como principales resultados el hecho de que 72 sujetos hayan sido detectados como sospechosos por las escalas estandarizadas, tanto para padres como para maestros, no obstante la verdadera muestra de casos con TDH se redujo a 57 participantes encontrándose que la prevalencia fue significativamente mayor en el sexo masculino (21.8%) que en el femenino (10,9%). En los niños el tipo combinado (13,6%) fue superior que el tipo inatento (7,1%), mientras que en el género femenino el inatento fue el más prominente (6.4%), lo que permite concluir que el sexo masculino presenta mayor factor de riesgo. de igual modo existe mayor prevalencia en estratos socioeconómicos bajos (20.2 %), que en el alto (11,3%),

Partiendo de la extracción de los principales aportes otorgados para el presente estudio, es posible compendiar un apartado de la discusión en la cual se argumenta que los progenitores sobre estiman los síntomas de hiperactividad- impulsividad subestimándolos síntomas de inatención, dejando así en claro la fuerte necesidad de que los informante correspondan además de sujetos del grupo familiar, la inclusión de fuentes externas que permitan contrastar los resultados arrojados según la aplicación de una prueba.

En los niños y adolescentes, se empleen más cuestionarios a través de padres y maestros, porque se estima que poseen la comprensión lectora necesaria para completar las encuestas de una manera más objetiva partiendo de la comprensión y argumento de las características comportamentales

más prevalentes de los niños en cada uno de los espacios en los que estos se encuentran inmersos (Amador, 2002).

Amador y cols (2002) plantearon un estudio que tuvo como objetivo ofrecer las correlaciones entre las valoraciones de ascendientes y profesores a partir del análisis de las escalas abreviadas para ambos; se empleó una muestra compuesta por 113 sujetos (90 niños y 23 niñas), diagnosticados con TDH, con diferentes subtipos empleando como criterio de inclusión la tenencia de un CI superior de 85 según valoración con WISC-R, y con criterio de exclusión la presentación de complicaciones neurológicas o sensoriales. Dicho grupo poblacional presento edades comprendidas entre 7 y 10 años estando escolarizados en grado segundo tercero o cuarto de primaria.

Los sujetos de dicho estudio pertenecían a 60 escuelas públicas de la ciudad de Barcelona, se les aplico las escalas Conners para padres (48), profesores (28), en los que se obtuvo como resultado prevalente el hecho de que los progenitores permiten clasificar mejor a los sujetos que la información propiciada por los docentes

La correlación entre padres y maestros a nivel general es media, los niños y niñas con DA, presentan resultados más prevalente que el grupo con Hiperactividad en la Subescalas de problemas de aprendizaje de la escala para ascendientes, los diagnósticos de TDAH, tipo combinado son los que obtiene las puntuaciones más elevadas, tanto en las escalas de profesores como en las de padres. De acuerdo a ello es como resulta imprescindible la información proveniente de progenitores y profesores para el establecimiento del diagnóstico, por lo que el emplear la información suministrada por progenitores y maestros de manera conjunta, aumenta el porcentaje de casos que son categorizados acertadamente; en tal sentido resulta pertinente la obtención de información de ambas fuentes ya que ello permite apreciar la clasificación.

En el estudio realizado por Cornejo et al. (2005) se planteó como objetivo determinar la prevalencia del TDAH y su distribución por subtipos en escolares de Sabaneta, Antioquia, Colombia, en 2001, para lo cual se desarrolló una investigación descriptiva transversal en una muestra aleatoria representativa de varias etapas de los escolares entre 4 y 17 años de edad. La medición se realizó en dos etapas, primero por la aplicación de un formulario de evaluación de acuerdo con los criterios del DSM IV, y más tarde una entrevista estructurada, y las escalas de calificación Conners para padres y maestros revisada (Conners K. Conners' rating scale –revised technical manual. New Cork: Calificación Conners K. Conners 'manual técnico escala revisada. Nueva Cork Sistema de Salud Multi, 1997. Multi-Health System; 1997 1997).

En su estudio encontraron como principales resultados una prevalencia del 20,4% para dicha población. El subtipo combinado fue el más frecuente, con un 9,6%. En las escuelas públicas y de 16,2%, en las privadas, Lo que permite concluir que la prevalencia del TDAH de la población escolar en un municipio del Área Metropolitana de Medellín, Colombia, es alta. El subtipo más frecuente fue el tipo de combinado, que fue predominante en los hombres, tuvo repercusiones en el rendimiento académico y bajas proporciones de intervenciones farmacológicas para el trastorno (15%).

En tal sentido se encontró que no existe concordancia entre la información aportada por padres y maestros en las escalas comportamentales aplicadas, con una puntuación inter-observadores insuficiente en la alteraciones de conducta, no obstante se encontró una excelente concordancia intra-observadores (progenitores entre sí, maestros entre sí). Lo cual se asemeja a lo hallado en otros estudios dado a las características, expectativas y dinámicas desarrolladas con cada uno de los informantes que varían en proporción con las demandas y aspectos propios de dinámica relacional y el tipo de vínculo existente.

En el estudio llevado a cabo por Steinhausen, Weilenmann, Brandeis, Muller, Vako, Drechsler (2012), el cual desarrollo como objetivo entre otros, la realización del análisis de las diferencias del comportamiento de los niños según las calificaciones de los padres de acuerdo a aplicación de los cuestionarios Conners, se empleó un total de 172 niños para lo cual se contó con el consentimiento informado de los progenitores. Dichos niños presentaban edades comprendidas entre los 8 a 16 años, en lo que se realizó análisis multivariados de covarianza y para controlar por edad y sexo (Mancova así como co-variables (Manova), este último fue seguidos por T2 pruebas de Tamhane post hoc de desigualdad y varianzas, diferencias en el nivel de significación entre el no paramétrico y el para-enfoque métrica, encontrándose respecto a las escalas de medición de la hiperactividad y la puntuación total, en la cual hubo diferencias significativas entre los niños de índice y sus hermanos con TDAH. Estos dos grupos marcados sig-significativamente más alto que sus hermanos sin TDAH y los controles en todas las escalas, excepto en el comportamiento prosocial. Los dos últimos grupos no difirieron significativamente en una escala del SDQ versión padres.

En el estudio desarrollado por Pineda et al. (1999) se tuvo como objetivo evaluar la utilidad de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional mediante la lista de síntomas para déficit de atención construida siguiendo el modelo semi-continuo de la lista de síntomas de Achenbach (1978), el cual califica los síntomas del criterio A de TDAH del DSM III, y del DSM III-R. Esta lista contiene la opción de calificación para cada uno de los 18 síntomas de las dos dimensiones del criterio A del DSM-IV. Para dicho estudio se partió de un modelo aleatorio y estratificado por sexo, edad y nivel socioeconómico, de niños y adolescentes de 4 a 17 años de edad, en una muestra de 540 sujetos obteniéndose como principales resultados el hecho de que existe fiabilidad de las diferentes dimensiones del cuestionario (18 ítems en total, 9 artículos de falta de atención, nueve de hiperactividad-impulsividad y la hiperactividad 6) eran fuertes en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

En la publicación citada, se discute acerca de si los padres tienen o no la claridad suficiente acerca de cuan disruptiva y frecuente es la conducta del niño y adolescente por lo que se supone que para los ascendientes probablemente son más llamativos los síntomas de inatención en los varones, así como para las niñas pueden ser más evidentes los síntomas de hiperactividad- impulsividad lo que demuestra una vez más la variabilidad en la percepción del informante.

En la aplicación de la escala diseñada para la medición de DDA, los ítems de inatención así como de hiperactividad son semejantes a la escala Conners empleada para el presente estudio, no obstante dicha escala fue administrada exclusivamente a los padres por lo que en el estudio a desarrollar se busca ampliar la conceptualización de dichas categorías a partir de apreciación aportada igualmente por docentes.

Para concluir, citando lo planteado por Gómez-Maquet (2004) en su estudio, se entiende que la evaluación infantil es de tipo multiformante y multimodal por lo que hace especial énfasis en la necesidad de trabajar no solo con el niño sino además incluir en el proceso evaluativo la información proporcionada por personas significativas en el proceso de interacción con este, por lo que la evaluación puede proporcionar resultados disimiles fácilmente por las características de los ambientes, factores como la edad, y el tipo de problemas que inciden sobre la información aportada.

Gómez-Maquet (2004) plantea la necesidad de emplear una evaluación "multi" por lo que es necesario tener en cuenta varias fuentes de información para la implementación de herramientas que permitan la obtención de información valiosa, por lo que se argumenta en justificación a las discrepancias que los progenitores factiblemente remiten situaciones por ignorancia, intolerancia, concepciones erróneas o estados emocionales propios, por lo que son vistas como situaciones problemas Campbell (1993), citado en Gómez (2004).

El grado de correlación entre la información suministrada por las diversas fuentes, tanto padres como maestros es baja factiblemente porque diferentes personas observan al niño en diversas situaciones. De acuerdo a ello, Achenbach (1987), citada en Gómez (2004) plantea que existen correlaciones más bajas entre informantes que observan a los niños en ambientes diferentes que aquellos que proceden de ambientes similares.

Existen factores como la edad de los niños, el estado emocional de los ascendientes, y los conflictos existentes al interior de los grupos familiares que inciden sobre la presentación de dichos reportes, de igual modo, se encuentran correlaciones más altas cuando los problemas son de origen externalizante, los docentes son más acertados en el reporte en situaciones de inatención e hiperactividad y los padres aportan mejor información en asuntos asociados a problemas de agresión y conducta disocial, mientras los niños informan mejor problemas internalizantes.

De acuerdo con la revisión de antecedentes realizada, se encuentra variabilidad en el reporte presentado por diferentes informantes del entorno tanto familiar como escolar, dada la presencia de correlaciones moderadas en ciertos grupos poblacionales y características identificables sobresalientes reportadas por estos. Existe la tendencia a la diferenciación de síntomas puntuales según el sexo, la edad, grado escolar, estrato socioeconómico y subtipo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que resulta atractivo profundizar a través de la ejecución y desarrollo del presente estudio.

La revisión de antecedentes muestra igualmente pocas relaciones entre progenitores y maestros, lo cual amplía la concepción unidireccional en torno a las concordancias propiamente entre

informantes, provocando así una mirada investigativa hacia el hallazgo de discrepancias que igualmente conduzcan al aporte de información relevante de una muestra poblacional de la ciudad de Manizales.

JUSTIFICACIÓN

Atendiendo a las características diagnósticas y a la alta prevalencia del TDA-H en el territorio nacional, es relevante la caracterización específicamente de la población Manizaleña, para el reconocimiento de la frecuencia de dicho diagnóstico en niños y niñas escolarizados: en primaria y bachillerato, de estratos socioeconómicos dispares que permitan establecer la significancia de dicho diagnóstico según las características puestas en mención ya que corresponde uno de los problemas de mayor impacto en la vida quien lo presenta, además de su grupo familiar y el entorno que lo circunscribe.

Si bien es cierto de que en la mayoría de los estudios se reconoce al género masculino como el más prevalente en presencia del TDA-H, y según los subtipos igualmente se da una diferenciación por género siendo de mayor prevalencia el TDA-H predominantemente hiperactivo o mixto en hombres por la visibilidad de sus síntomas así como TDA-H predominantemente inatento en mujeres; es interesante la idea de conocer la manifestación de sus síntomas de acuerdo a la percepción de los informantes, de los comportamientos de estos sujetos en los diferentes contextos en los que interactúan tales como la escuela y el hogar, ya que corresponden espacios de socialización en los que se da rienda suelta a conductas espontáneas y genuinas de la cotidianidad en la que las dificultades conductuales pueden ser las protagonistas, lo que a su vez se encuentra mediado por situaciones de injerencia personal de acuerdo al informante que emite el concepto y a su capacidad de dar un juicio objetivo de los comportamientos reales aportados por el objeto de estudio, por lo que el **interés** del presente estudio es aportar teóricamente en la ampliación del conocimiento y la evaluación de TDA-H

Atendiendo a las diferencias que eventualmente pueden emerger al aportar conceptos frente a las características diagnósticas del trastorno, el estudio será de **utilidad** en la medida que permite conocer la forma como reportan los síntomas diferentes informantes y en tal sentido desarrollar evaluaciones más cuidadosas por profesionales tanto para padres como para maestros de los diferentes escenarios y actores en los que se encuentra inmerso quien lo padece, lo cual dan cuenta de características diversas que sirven de indicios para el abordaje de dichos diagnósticos que pueden ser

igualmente identificados a partir de la aplicación de instrumentos, escalas y pruebas de valoración dirigidas a los grupos focales tanto del entorno inmediato (progenitores), como de los espacios de formación académica (maestros), puesto que dichos informantes constituyen los principales sujetos de interacción permanente de la población objeto.

Aunado a ello, la información aportada por maestros y padres constituye una excelente herramienta, que conduce al conocimiento de la conducta bajo la interacción de diferentes variables y elementos contextuales que pueden predisponer la exacerbación de los síntomas o de lo contrario regularlos de acuerdo a las funciones que se ejerzan en atención a la conducta operante. La **novedad** está determinada por los hallazgos que permiten dilucidar las tendencias de reporte de información por ascendientes y maestros manizaleños, puesto que en dicho territorio no se han desarrollado estudios similares.

Es por ello que el objetivo del presente estudio es Correlacionar los resultados arrojados en la aplicación de la Escala adaptada Connors para padres y maestros de niños Manizaleños diagnosticados con trastornos por déficit de atención hiperactividad según el sexo, rango de edad, subtipos, grado escolar y estrato socioeconómico.

MARCO TEÓRICO.

Todos los sujetos se encuentran inmersos en un entorno en el que es preciso la proyección de conductas que determinan el proceder al interior de una comunidad dada, es por ello que se da la manifestación de comportamientos entendidos estos según Skinner (1938) todo aquello que hacen los organismos y a su vez su probabilidad de ocurrencia, está determinada por las condiciones ambientales, por los eventos que preceden o acompañan la conducta, por los eventos ambientales que cambian como consecuencia de la conducta y por la experiencia previa del organismo, implicando ello la posibilidad de registro de información a través de métodos observables medibles y cuantificables. Es por ello que a partir de dicha premisa, es posible el establecimiento de una diferenciación de los comportamientos según su presentación.

Cuando se habla de manifestaciones conductuales es preciso la comprensión de los factores y escenarios dados para la expresión de ciertas características, por lo cual se integran factores y patrones de funcionamiento y en tal sentido, las conductas pueden variar notablemente según la cronicidad, por lo que resulta pertinente la evaluación del comportamiento a fin de identificar la gravedad o severidad de este.

Según Félix, (2006), la evaluación del TDAH es un aspecto complejo en el que ocasionalmente se pueden identificar síntomas prevalentes que con la observación directa pueden representar la presentación de una categoría diagnóstica, no obstante algunos requieren de mayor profundización en sus síntomas y del concepto emitido por diferentes informantes, por lo que en correspondencia con lo dicho, resulta pertinente la evaluación de las características comportamentales manifiestas por los niños en espacios diversos, lo que a su vez permite la identificación de la prevalencia y cronicidad de las mismas.

Características generales TDAH.

El trastorno por déficit de atención/ hiperactividad según Cáceres y Herrero (2011) como el trastorno infantil que se diagnostica con más asiduidad en la actualidad, por lo que diferencia la existencia de categorías que incluyen la inatención, impulsividad, e hiperactividad, su inicio es anterior a los siete años y casi siempre se manifiesta antes de los cinco , (DSM-IV1994), la presentación de sus síntomas varía según el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, la escolaridad y los factores contextuales que acompañan a cada sujeto.

De acuerdo a los modelos explicativos para la comprensión del TDAH, Barkley (1994) introduce un modelo teórico en el que el TDAH se asocia a una dificultad en la inhibición de respuesta (o del comportamiento), lo cual a su vez viene dado por alteraciones a nivel de la corteza pre frontal y las funciones ejecutivas a través de las cuales se es capaz de orientar la conducta hacia un objetivo a partir de la existencia de un lenguaje interno, memoria de trabajo no verbal, capacidad de reestructuración y organización, el control de las emociones y la motivación.

Según el Manual diagnóstico (DSM-IV-TR 1994), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual en el que se da un trastorno comportamental caracterizado por la presencia de características de distracción moderada a grave, períodos de atención reducidos, comportamiento de hiperquinesia, alteraciones de tipo emocional y conductas impulsivas, por lo que generalmente los síntomas se intensifican ante situaciones que exigen atención y carecen de atractivo o novedad intrínsecos, normalmente dicho trastorno persiste y se manifiesta hasta después de la adolescencia por lo que la intervención familiar y terapéutica juega un papel clave para el mejoramiento de sus síntomas; diversos estudios han demostrado que entre el 60 % y el 75 % de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta su adultez.

Respecto a los datos epidemiológicos, se ha hallado en un estudio realizado por Montiel et al. (2010), en niños Marabinos, que la prevalencia del TDAH es mayor para el sexo masculino, (7,10%) que para el femenino (3,05%); igualmente, según los datos encontrados en cuanto al nivel socioeconómico, se halla mayor prevalencia en el estrato socioeconómico medio (4,82%) que para el bajo o el alto (2,79 y 2,54%, respectivamente). En cuanto a los subtipos, el estudio revela que existe un predominio del subtipo combinado (7,61%), seguido por el hiperactivo-impulsivo (2,03%) y en última instancia, el desatento (0,51%).

Según el mismo estudio anteriormente citado, en el grupo de niños menores de 5 años y el de mayores de 12 años, la frecuencia del diagnóstico del TDAH fue menor (0,76 y 0,25%, respectivamente). Contrario a lo que ocurre con el grupo de 6-8 años quien obtuvo la mayor frecuencia de la muestra (6,85%). En cuanto al análisis por grupos de edad de acuerdo al sexo femenino y masculino, se evidencia en los niños de 3-5 años, predominancia del subtipo hiperactivo-impulsivo y para el grupo de 6-8 y de 9-11 el subtipo combinado es el más destacable (3,55 y 1,52%, respectivamente).

Montiel et al. (2010) plantea que en las niñas se observaron las mismas relaciones entre subtipos y edades: subtipo hiperactivo-impulsivo más prevalente para el grupo de 3-5 años (0,25%); para los 6-8 y de 9-11 el subtipo combinado es el más prevalente (2,03 y 0,51%, respectivamente). El subtipo desatento no se presentó en el género femenino. Los casos comunicados sólo por los padres constituyeron el 44% de todos los casos identificados, seguidos por la evaluación de los maestros (38%), los casos en los que coinciden ambos informantes correspondió al (18%).

Pineda et al. (2001), en su estudio de confirmación de la alta prevalencia en una comunidad Colombiana, encontraron que existe una incidencia superior en el sexo masculino (21,8%) mientras el femenino correspondió a un (10,9%) siendo de mayor el subtipo combinado, (13,6%) que el inatento

(7,1 %). De otro lado, en el caso de las niñas, la mayor proporción correspondió al tipo inatento (6,4 %). A sí mismo la mayor prevalencia del TDA, es superior en estratos socioeconómicos bajo (20,2 %) que en el alto (11,3%), y en alusión a la edad se encontró que previo a los 5 años el diagnóstico de TDA, es menos frecuente (6,2 %), entre los 6-11 años (22,6 %) y de 12-17 años (21,6 %).

De igual modo, es preciso citar el estudio llevado a cabo por Cornejo. (2005), en el que se halló que el subtipo de trastorno más frecuente es el combinado (43,8%) seguido por el inatento (30,1%) y el hiperactivo (26%), de igual modo existió mayor prevalencia en colegios públicos entre niños de edades comprendidas entre los 7-11 años de sexo masculino.

En alusión al factor etiológico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en el (DSM-IV 1994), se han citado factores de origen hereditario con un porcentaje superior correspondiente a un 80 %, mientras que diversos estudios señalan que dicha explicación no es valedera, no obstante, cabe reconocer que solo un 20 %, hace alusión a la presencia de factores no hereditarios en los que se encuentran inmersos multi-causalidad de situaciones entre ellas, causas congénitas factores genéticos, ambientales que podrían actuar durante la gestación.

El TDAH integra la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Asociación (APA). Se inscribe en el grupo de los denominados trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y en particular, en la clase de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Las características más destacadas del TDAH son: dificultad para sostener la concentración lo cual es identificado como déficit de atención y falta de inhibición cognitiva sobre los impulsos, que a su

vez se encuentra presente con características de inquietud motora (hiperactividad-impulsividad). Dichos comportamientos pueden aparecer como categoría diagnóstica independiente o combinados (DSM-IV 1994).

Se reconocen tres subtipos de TDAH: Con predominio de déficit de atención. (Código CIE-10: F98.8) Con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad. (Código CIE-10: F90.0). Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez. (Código CIE-10: F90.0). Según el DSM, el subtipo de mayor prevalencia es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60 %). Los subtipos inatento e impulsivo como categorías independientes son menos frecuentes (déficits atencionales, 30 %; hiperactividad e impulsividad, 10 %).

Respecto al trastorno por déficit de atención predominantemente hiperactivo impulsivo, se encuentra que dentro de las características más prevalentes, según el DSM IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994), se halla que: juegan con las manos o los pies, no permanecen en reposo en su silla, se levantan de esta cuando la situación exige que se queden sentados, se mueven exorbitantemente o permanecen inquietos, presentan dificultad para realizar actividades de recreación sin hacer mucho ruido, están siempre en movimiento o actúan como si tuvieran un motor, hablan excesivamente, responden impetuosamente antes que se termine de formular la pregunta, tienen problema para dar tiempo para su turno, interrumpen o molestan a los demás.

Según el DM IV (1994) los ítems de hiperactividad-impulsividad incluyen: inquietud, se mueve en la silla, se levanta cuando debería estar sentado, corre y salta en situaciones inapropiadas, dificultad para jugar tranquilamente, excitado, verborrea, responde antes de que finalice la pregunta, dificultad para guardar el turno en actividades de grupo, interrumpe a otros en los juegos, conversaciones, etc.

En referencia al trastorno por déficit de atención tipo predominantemente inatento el DSM-IV plantea que tienen aprieto para enfocar la atención a los detalles o realizan errores en la obligaciones del entorno escolar, trabajo y otras actividades tienen dificultad para fijar su atención en las labores o las actividades de recreación, parecen no escuchar cuando se les habla directamente, no siguen instrucciones, tienen dificultad para organizar tareas y actividades, les desagrada participar en tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido, se les pierden cosas que son necesarias para realizar actividades, se distraen fácilmente con estímulos externos son olvidadizos en sus actividades diarias.

De acuerdo a la prevalencia de ciertos síntomas, se puede establecer una categoría diagnóstica en la que existe la presencia de factores que indican características de hiperactividad e inatención, indicando la presencia de un trastorno por déficit de atención tipo combinado el cual en correspondencia con lo hallado en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- IV TR, indica que deben haber existido por lo menos durante seis meses, seis (o más) síntomas de desatención, y seis (o más) síntomas de hiperactividad, comenzando algunos antes de los siete años. Aunado a ello, se da una clara disfunción en por lo menos dos situaciones en las que se incluye casa y escuela.

Para el TDAH, requiere un proceso de evaluación que facilite de manera oportuna el reconocimiento de las características y sintomatología para su intervención posterior, para lo cual es necesaria la aplicación de diferentes instrumentos, por lo que a través de la evaluación se busca determinar cuáles de todos los aspectos descritos están presentes para confirmar y/o descartar la condición y perfilar el subtipo de manera idónea.

Según Félix (2006), la evaluación del TDAH es un aspecto de gran complejidad por lo que no siempre es llevado a cabo de igual manera, debido a que existen niños que presentan una frecuencia y

severidad tan visible que la observación directa y la aplicación de escalas comportamentales o cuestionarios breves garantizan un diagnóstico certero.

El diagnóstico del THDA se apoya en la evaluación del comportamiento, mediante la aplicación del Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, el cual exige la presencia de un cierto número de síntomas en más de un entorno de participación, que se hayan desde una edad específica. En tal sentido se debe obtener conocimiento de la apreciación de los referentes paternos y maestros y a su vez esperar que dicha información sea coincidente.

La psicología hace uso de diversos métodos que permiten obtener información relevante acerca de los comportamientos para el establecimiento de un diagnóstico en la delimitación de un plan a seguir en intervenciones posteriores. Es por ello que desde dicha área se han diseñado multiplicidad de herramientas, escalas, y pruebas que permiten la medición de este.

Para la evaluación de TDAH es necesario la aplicación de cuestionarios desarrollados tanto por los padres como por los profesores, dado a la presentación de un criterio para su diagnóstico que implica la identificación del trastorno en más de un contexto, por lo que resulta indispensable el concepto emitido por diferentes informantes que pueden aportar datos relevantes del desempeño de los evaluados en entornos variados de participación.

Conceptualización de las escalas Conners.

Dentro de las escalas empleadas para la medición del comportamiento se encuentran las escalas Conners, las cuales son posiblemente los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH, (Amador et al., 2002) dado a la practicidad de las mismas, su fácil administración por indicadores como el tiempo breve en su aplicación y los escasos costos implicados en la misma.

De acuerdo a lo planteado por Resnick y McEvoy (1994), citados en Amador (2002), las escalas de Conners fueron diseñadas inicialmente para valorar las modificaciones en la conducta de niños hiperactivos que se encontraban recibiendo intervención a partir de fármacos, no obstante, el empleo se ha diseminado al uso en situaciones en las que no se ha iniciado un tratamiento propiamente. De esta manera es como dicha herramienta de evaluación permite la recolección de información aportada por progenitores y profesores ante la presencia de características comportamentales que implican la presencia de una alteración que cumple con preceptos descritos a lo largo de la caracterización de dicho trastorno.

Amador et al. (2002) refiere que existen básicamente cuatro modelos de escalas Conners, dos largas escalas padres (CPRS-93) con 93 indicadores y la escala para profesores (CTRS-39) con 39 indicadores y dos cortas, escala para padres CPRS-48, con 48 indicadores y la escala para maestros CTRS-28, con 28 indicadores.

Según Amador, et al. (2002), las escalas son posiblemente los instrumentos más utilizados en la evaluación de TDAH en tal sentido es claro diferenciar que en la Escala o Test de Conners para Padres (CPRS-93) contiene 93 preguntas reagrupadas en ocho factores: Alteraciones de conducta, miedo, ansiedad, inquietud-Impulsividad, inmadurez- problemas de aprendizaje, problemas

Psicosomáticos, obsesión, conductas antisociales e hiperactividad. En su forma abreviada (CPRS-48) las 48 preguntas se reparten en cinco factores: Problemas de conducta, problemas de aprendizaje, quejas psicósomáticas, impulsividad-Hiperactividad, ansiedad.

De otro lado en la versión breve según los mencionados autores, la Escala o Test de Conners para Profesores (CTRS-39) está compuesta de 39 preguntas repartidas en 6 factores: Hiperactividad, problemas de conducta, labilidad emocional, ansiedad-Pasividad, conducta antisocial, dificultades en el sueño. En la versión abreviada para profesores (CTRS-28) las 28 preguntas se dividen en tres factores: Problemas de conducta, hiperactividad y desatención-Pasividad.

La manera en la cual se procede para el diligenciamiento de la escala Conners está dado según corresponde a cada pregunta, en la que se otorga un valor dado por los padres o los profesores de acuerdo a cuatro opciones: Nada-Poco-Bastante-Mucho, que se puntúan de 0 a 3 (Nada=0, Poco=1, Bastante=2, Mucho=3).

La calificación de las escalas se realiza a través de la sumatoria de las puntuaciones obtenidas. En la escala de las figuras paternas los niños que obtienen una puntuación de 15 o superior requieren un estudio en profundidad ya que factiblemente sean hiperactivos. Para las niñas, la puntuación es de 13 o superior. En la escala de profesores, una puntuación de 17 para los niños y de 13 para las niñas hace sospechar la existencia de una posible hiperactividad.

Según Félix (2006), los instrumentos de evaluación suele ser contruidos desde una cultura específica, no obstante, frecuentemente, son modificados y ajustados a otras culturas por lo que las

características poblacionales varían y las necesidades de cada estudio determinan un perfil diferente, por lo que de acuerdo a lo requerido para el presente estudio, se realizó una adaptación Colombiana de la versión corta adaptada por Pineda (1998) en la cual se incluyeron las siguientes categorías según la escala.

Definición operacional de los factores que componen las escalas Conners

Escalas Conners adaptadas para padres: En el apartado de inatención con ítems en los que se incluye: Sueña despierto, se le dificulta aprender, deja las cosas inconclusas, se distrae o no puede concentrarse, y se frustra con facilidad si fracasa. En el área de hiperactividad impulsividad reconoce indicadores tales como: Es impertinente y grosero con personas mayores, es excitable e impulsivo, es inquieto, le gusta retorcerse, es destructivo, dice mentiras o historias falsas, se mete en más problemas que otros niños de su edad, no acepta sus errores o responsabiliza a otros, es peleonero, desobedece u obedece de mala gana, es déspota e intimida a los demás, abusa de los demás, pelea con frecuencia, molesta a otros niños. En el apartado de somatización tiene en cuenta si el sujeto: tiene dolores de cabeza, sufre dolores de estómago, experimenta otros dolores y malestares, vomita y siente náuseas, sufre problemas intestinales.

Todo lo anterior como síntomas que no indica una categoría diagnóstica como unidad independiente, no obstante para generar una aproximación con la comprensión de características generales que refieren la presentación de síntomas de somatización, cabe hacer alusión a lo propuesto por la American Psychiatric Association. (1994) en el trastorno de somatización el cual corresponde a un diagnóstico psiquiátrico aplicado a pacientes quienes se quejan crónica e incesantemente de diversos síntomas físicos que no tienen un principio físico reconocible. En tal sentido se argumenta que existen factiblemente razones internas de origen psicológico que son manifestados a través dolencias físicas.

En alusión al concepto planteado anteriormente, en el DSM-IV se diferencia como trastorno somatomorfe y establece los siguientes cinco criterios: una historia de síntomas somáticos antes de los 30 años, quejas en al menos cuatro partes del cuerpo diferentes, dos problemas gastrointestinales, que no sean dolor, como por ejemplo vómito o diarrea, un síntoma de tipo sexual, tal como falta de apetito sexual, disfunción eréctil, un síntoma psico-neurológico análogo a aquellos vistos en el trastorno de conversión, tales como desmayo o ceguera, no obstante dichas características no corresponden propiamente a las contempladas como indicadores o síntomas que hacen alusión a una categoría diagnóstica mayor, pese a ser tenido en cuenta a categoría de somatización como un factor a identificar.

De otro lado, las escalas Conners adaptada para maestros incluyen en la categoría de hiperactividad indicadores tales como: Inquieto(a), retuerce el cuerpo, hace ruidos inapropiados cuando no debe, molesta a otros niños.

En cuanto a la desregulación temperamental se conceptúa: sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente, actúa de manera grosera y hostil, explosiones de ira y conducta impredecible, demasiado sensible a la crítica, vive con el ceño fruncido y de mal humor, cambios bruscos en el estado de ánimo.

Según Pynoos, Steinberg, y Piacentini, (1999), la desregulación emocional que en la presente investigación podría entenderse como sinónimo o categoría conceptual similar a desregulación temperamental, hace alusión a una respuesta de carácter emocional pobremente modulada que no está incluida en los estándares convencionalmente admitidos para las respuestas de tipo emocional. A partir de lo puesto en mención, y según lo referido por el autor, un ejemplo de dicha condición hace alusión a la ira o la histeria inapropiada, lo cual generalmente se encuentra asociado a trastornos de orden mental

y a su vez con alteraciones psicológicas sufridos en épocas tempranas de la vida la recepción de tratos inadecuados, condiciones de exposición a abuso, y maltrato por negligencia proporcionado por el sistema familiar o por entidades de quien se espera devengar cuidados.

Otro de los indicadores contenidos en la escala Connors para maestros hace alusión a las dificultades de las relaciones interpersonales, con indicadores tales como: parece ser poco aceptado(a) por el grupo, dificultad para jugar limpio y sin hacer trampas, dificultad para llevarse bien con los demás, dificultad para colaborar con sus compañeros.

Las dificultades de las relaciones interpersonales podrían entenderse como indicadores de conflictos en las habilidades sociales las cuales según Vicente Caballo (1986), se deben considerar dentro de un espacio cultural determinado en el que se generan pautas de interacción y determinaciones de una comunicación en el que se hallan inmersos factores culturales, la edad, el sexo, la clase social y la educación de los sujetos. En tal sentido el mencionado autor plantea la habilidad social como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal en el que se pone de ostensible los sentimientos actitudes, deseos opiniones o derechos de un individuo de un modo apropiado a la situaciones, promoviendo prácticas de respeto las conductas de otros y a su vez incidiendo en la resolución eficaz de problemas, presentes y futuros.

Según el mismo autor, existen 13 dimensiones para un adecuado desempeño en las relaciones interpersonales para lo que se presume que su incumplimiento da cuenta de la dificultades en dicha área, por lo que tales campos corresponden a: la forma de iniciar o sostener conversaciones, dialogar en público, manifestaciones de amor, bienestar y afecto, defensa de los propios derechos, pedir ayuda, impugnar peticiones, hacer cumplidos y aceptarlos, expresión de opiniones personales, incluido el

desacuerdo, expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, disculparse o admitir ignorancia, petición de cambios en la conducta del otro y afrontamiento de las críticas.

Por lo que partiendo del conocimiento y la aplicación de dichos preceptos se dará cuenta de la puesta en práctica de adecuadas pautas de socialización que facilitaran el desarrollo de relaciones interpersonales de tipo armónico y en tal sentido su incumplimiento justificara la incongruencia con lo planteado.

MODELO HIPOTÉTICO

H1: Existen correlaciones positivas en los resultados arrojados en las Escalas adaptadas de Conners para padres y maestros en niños con TDA/H en los factores de inatención e hiperactividad/impulsividad según el sexo, rango de edad, subtipos clínicos y estrato socioeconómico.

Ho Existen correlaciones negativas en los resultados arrojados en las Escalas adaptadas de Conners para padres y maestros en niños con TDA-H en los factores de inatención e hiperactividad/impulsividad según el sexo, rango de edad, subtipos clínicos, y estrato socioeconómico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Qué correlación existe en los resultados arrojados en la aplicación de la Escala adaptada Connors para padres y maestros de niños Manizaleños diagnosticados con trastornos por déficit de atención hiperactividad?

OBJETIVOS

Objetivo general.

Correlacionar los resultados arrojados en la aplicación de la Escala adaptada Connors para padres y maestros de niños Manizaleños diagnosticados con trastornos por déficit de atención hiperactividad

Objetivos específicos.

Identificar las correlaciones positivas existentes en los resultados arrojados en la Escala adaptada Connors para padres y maestros de niños Manizaleños con TDA-H según el sexo, rango de edad, subtipos, y estrato socioeconómico.

Identificar las correlaciones negativas existentes en los resultados arrojados en la Escala adaptada Connors para padres y maestros de niños Manizaleños con TDA-H según el sexo, rango de edad, subtipos, y estrato socioeconómico.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

Estudio empírico analítico, descriptivo, comparativo, transversal no experimental.

Diseño

Se realizó un estudio de diseño no experimental y transversal, de tipo descriptivo-comparativo (y correlacional) entre dos grupos: (TDAH hiperactivo, TDAH inatento) para analizar las concordancias y discrepancias existente entre los resultados arrojados en la Escala adaptada Connors para padres y maestros de niños manizaleños con TDA-H según el sexo, rango de edad, subtipos y estrato socioeconómico.

Población

300 niños niñas y adolescentes entre 5 -15 años de edad escolarizados en 18 instituciones educativas de colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales de estratos socioeconómicos alto, medio y bajo con un CI de <85, con diagnóstico de TDAH.

Muestra

A partir de una base de datos general de 300 sujetos participantes en el macro-proyecto, fueron elegidos 89 niños, niñas adolescentes que cumplieron a su vez, los criterios para esta investigación tales como: Tener un estatus de caso (TDAH/Combinado y TDAH Inatento), una edad entre 5 y 15 años y estar cursando los grados comprendidos entre primaria y bachillerato de estratos socioeconómicos bajo, medio y alto, con diagnóstico de TDAH.

Criterios de selección

Tener estatus de caso (sujeto con TDAH) según criterios clínicos del DSM IV, referidos a presencia del trastorno y de ausencia de trastornos médicos de tipo sistémico, neurológico o sensorial a partir de una entrevista psiquiátrica semiestructurada (MINIKID) y de un protocolo médico, con el respectivo consentimiento informado firmado por padres o acudiente legal. Estar matriculado en institución educativa, y tener la aplicación de los cuestionarios Comportamentales adaptados Conners padres y Conners maestros.

Variables de Control

Género. (Masculino Femenino)

Edad (5 a 15 años)

Estrato socioeconómico (alto, medio y bajo)

Diagnóstico de TDAH (Combinado e inatento)

Variables Intervinientes

El concepto emitido por los maestros en las escalas Conners, puede verse sesgado por el efecto de halo entendido este según lo propuesto por Thorndike (1920), como un sesgo cognitivo por el cual la percepción de un rasgo puntual es afectado por la concepción de rasgos previos en una sucesión de interpretaciones, en el que las evaluaciones iniciales conducen fácilmente a la formación de un concepto posterior, lo que puede influir en apreciaciones aportadas por el personal docente que evalúa comportamientos infantiles a través de las escalas Conners. De igual modo, la respuesta arrojada por los padres en los cuestionarios, puede verse sesgada en razón del vínculo afectivo emocional que tienen hacia sus hijos, lo cual puede incidir en que estos no aporten información objetiva requerida para el establecimiento de una correlación acertada.

Variables Criterio

1. Criterios del DSM IV para diagnóstico del TDAH de acuerdo a subtipo predominantemente inatento, predominantemente impulsivo y combinado para el grupo de casos tomado como muestra y ausencia de criterios para TDAH en el grupo control.
2. Presencia de diagnóstico de TDAH

Variables de Análisis

Cuestionarios Conners versión abreviada padres y maestros.

Los resultados de las medidas de correlación estarán constituidos por las puntuaciones totales obtenidas en las escalas Conners adaptadas para padres y para maestros en los factores de inatención e hiperactividad e Impulsividad.

En la tabla se realiza la operacionalización de las variables criterio, control y de análisis usadas en esta investigación.

Tabla 1. Operacionalización de las variables de estudio

NOMBRE DE LA VARIABLE	DESCRIPCIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES
VARIABLES DE CONTROL				
Edad	Edad en años cumplidos.	Cuantitativa	Razón	5 a 15
Sexo	Femenino y masculino	Cualitativa	Nominal	1 femenino 2 Masculino
Estrato Socioeconómico	Estrato socioeconómico estipulado por factura de agua	Cualitativa	Ordinal	1: Bajo 1 y 2 2: Medio 3 y 4 3: Alto 5 y 6
Escolaridad	Estar cursando primaria o secundaria.	Cuantitativa	De razón	Primaria. Secundaria
VARIABLES CRITERIO				
Valoración del criterio A para TDAH según el DSM IV para definir los subtipos	Subtipo Combinado: Reunir 6 o más síntomas de inatención y 6 o más síntomas de Hiperactividad/Impulsividad persistentes por más de 6 meses Subtipo Inatento: Reunir 6 o más síntomas de inatención persistentes por más de 6 meses En ambos casos los síntomas debían estar presentes antes de los siete años y en dos o más ambientes, con intensidad desadaptativas y no ser explicados por la presencia de otro trastorno.	Cualitativa	Nominal	1: TDAH Combinado 2: TDAH Inatento

En la tabla 1 se presenta la operacionalización de las variables criterio, control, y de análisis a usar en esta investigación.

Variables de análisis
**Cuestionario de síntomas
padres**
Factor inatención

Sueña despierto

Se le dificulta aprender

Deja las cosas
Inconclusas

Se distrae o no puede
concentrarse

Se frustra con facilidad
si fracasa

Resultado
de la
división de
la
sumatoria
entre 5

**Factor
Hiperactividad/impulsividad**

Es impertinente y
grosero con personas
mayores.

Es excitable, impulsivo

Es inquieto, le gusta
retorcerse.

Es destructivo.

Dice mentiras o
historias falsas.

Se mete en más
problemas que otros
niños de su edad.

No acepta sus errores o
responsabiliza a otros.

Es peleonero.

Desobedece u obedece
de mala gana.

Es déspota e intimida a
los demás; abusa de los
demás.

Pelea con frecuencia.

Resultado
de la
división de
la
sumatoria
entre 12

Molesta a otros niños.

**Cuestionario de síntomas
maestros**

Problemas de atención.

Distractibilidad, poca capacidad de atención.

Se “eleva con facilidad”, sueña despierto.

Parece faltarle capacidades.

Dificultad para terminar sus tareas.

Infantil e inmaduro.

Se frustra o se rinde fácilmente ante los esfuerzos.

Dificultades para conseguir los objetivos académicos.

Resultado de la división de la sumatoria entre siete

Factores de hiperactividad

Inquieto, retuerce el cuerpo.

Hace ruidos inapropiados cuando no debe.

Molesta a otros niños.

Resultado de la división de la sumatoria entre tres

Instrumentos.

LINEA: Evaluación Neuropsicopedagógica
GRUPO: Desarrollo Infantil
FACULTAD Psicología- Universidad de Manizales

CUESTIONARIO PARA EL MAESTRO
VERSIÓN COLOMBIANA (Adaptada de Conners)
ESTANDARIZADA Y VALIDADA
PINEDA & COLS, 1998

NOMBRE: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

A continuación aparecen términos descriptivos de conducta. Marque con una equis (X) la columna que mejor defina al niño.
CONTESTE TODOS LOS REACTIVOS. NO DILIGENCIE LAS COLUMNAS DE FACTORES.

SINTOMAS	NIVEL DE ACTIVIDAD				FACTORES *				
	NUNCA	UN POCO	BASTANTE	DEMASIADO	P At	HIP	DRT	DRP	
1. Inquieto (a), retuerce el cuerpo									
2. Hace ruidos inapropiados cuando no debe									
3. Sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente									
4. Actúa de manera grosera y hostil									
5. Explosiones de ira y conducta impredecible									
6. Demasiado sensible a la crítica									
7. Distractibilidad, poca capacidad de atención									
8. Molesta a otros niños (as)									
9. Se "eleva" con facilidad, sueña despierto									
10. Vive con el ceño fruncido y de mal humor									
11. Cambios bruscos en el estado de ánimo									
12. Parece ser poco (a) aceptado por el grupo									
13. Dificultad para jugar limpio y sin hacer trampas									
14. Parece faltarle capacidades									
15. Dificultad para terminar sus tareas									
16. Infantil e inmaduro (a)									
17. Dificultad para llevarse bien con los demás									
18. Dificultad para colaborar con sus compañeros									
19. Se frustra o se rinde fácilmente ante los esfuerzos									
20. Dificultades para conseguir los objetivos académicos									
CONVENCIONES P At = Problemas de atención HIP = Hiperactividad DRT = Disregulación Temperamental DRP = Deficiencia Relaciones Personales	CALIFICACIÓN E.S.E.: 1__2__3__4__5__6__				Dividir entre	/7	/3	/6	/4
					Total				
					Puntuación T				
					PERCENTIL				

LINEA: Evaluación Neuropsicopedagógica
GRUPO: Desarrollo Infantil
FACULTAD Psicología- Universidad de Manizales

CUESTIONARIO PARA PADRES
VERSIÓN COLOMBIANA (Adaptada de Conners)
ESTANDARIZADA Y VALIDADA
PINEDA & COLS, 1998

NOMBRE: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

Cuestionario diligenciado por: _____ Parentesco: _____

Barrio: _____ Celular y/o Tel. fijo: _____ ESE: 1 2 3 4 5 6

A continuación aparecen términos descriptivos de conducta. Marque con una equis (X) la columna que mejor defina al niño.
CONTESTE TODOS LOS REACTIVOS. NO DILIGENCIE LA COLUMNA DE FACTORES

CONDUCTAS O SINTOMAS	NIVEL DE ACTIVIDAD				FACTORES *		
	NUNCA	UN POCO	BASTANTE	DEMASIADO	HIP/IMP	SOMATIZ	INATENC
1. Es impertinente y grosero con personas mayores							
2. Es excitable, impulsivo							
3. Sueña despierto							
4. Se le dificulta aprender							
5. Es inquieto, le gusta retorcerse							
6. Es destructivo							
7. Dice mentiras o historias falsas							
8. Se mete en más problemas que otros niños de su edad							
9. No acepta sus errores o responsabiliza a otros							
10. Es peleonero							
11. Desobedece u obedece de mala gana							
12. Deja las cosas inconclusas							
13. Es déspota e intimidada a los demás; abusa de los demás							
14. Se distrae o no puede concentrarse							
15. Tiene dolores de cabeza							
16. Pelea con frecuencia							
17. Se frustra con facilidad si fracasa							
18. Molesta a otros niños							
19. Sufre dolores de estómago							
20. Experimenta otros dolores y malestares							
21. Vomita o siente náusea							
22. Sufre problemas intestinales, diarreas frecuentes, estreñimiento							
CONVENCIONES - HIP/IMP = Hiperactividad-Impulsividad - SOMATIZ = Somatización - INATENC = Inatención	CALIFICACIÓN			Dividir entre	/12	/5	/5
				Total			
				Puntuac. T			
				PERCENTIL			

Procedimiento.

Los participantes fueron evaluados a partir de un algoritmo de investigación (Varela et al, 2011) que permitió clasificarlos en casos y controles (según criterios como: edad, género y estrato socio-económico), todos ellos con un coeficiente intelectual igual o superior a 85 y seleccionados a partir de la entrevista psiquiátrica estructurada MINIKID (Sheehan, 2010), administrada por un médico psiquiatra, la cual permitió comprobar el cumplimiento de los criterios clínicos para el TDAH según el DSM IV-TR en los casos, así como la condición de control en los respectivos sujetos. Adicionalmente, el grupo de los casos fue clasificado de acuerdo al tipo de TDAH (predominio inatento, predominio hiperactivo-impulsivo y combinado). A todo el grupo se le practicó una evaluación médico-neurológica para descartar condiciones que pudieran afectar la consistencia del estatus asignado. A todos los sujetos previamente se les había administrado en 2 sesiones de 50 minutos cada una, un protocolo para la evaluación cognoscitiva y académica, que se implementó a partir de la batería ENI (sigla de Evaluación Neuropsicológica Infantil, 2007). Los análisis se realizaron sobre las ejecuciones en los cuestionarios de Conners.

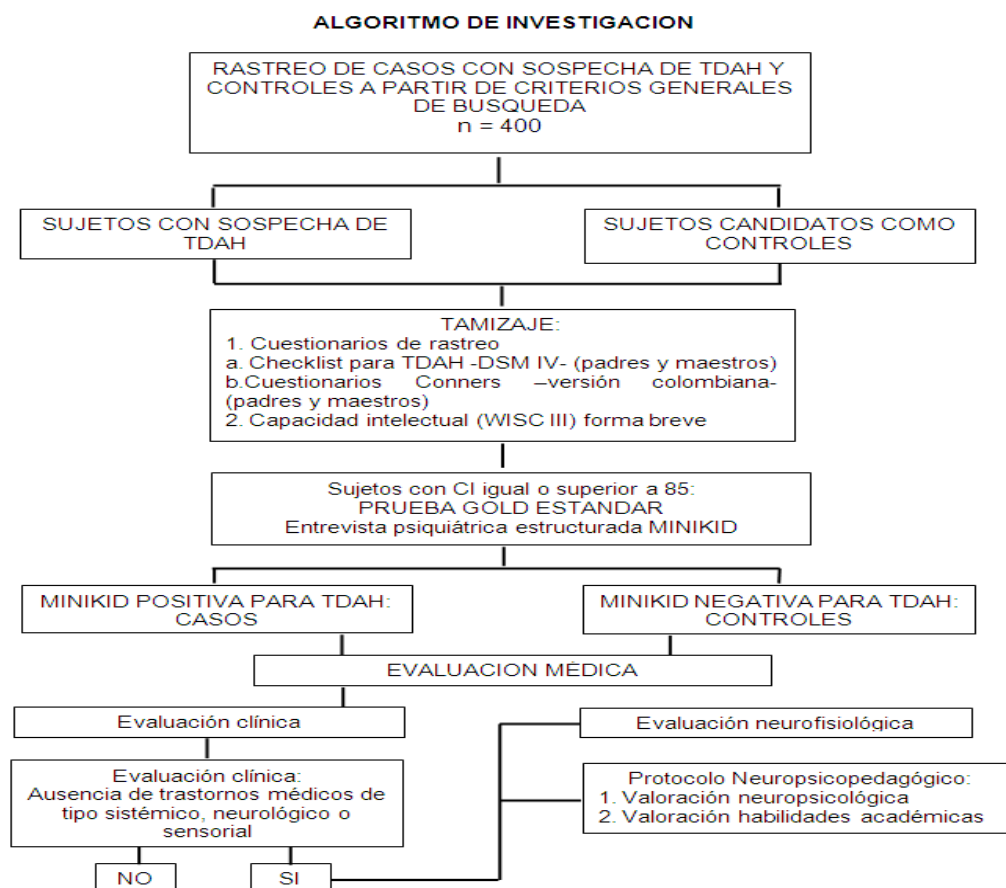
Todos los progenitores de los participantes firmaron previamente un consentimiento informado. El macroproyecto se acogió a los lineamientos del Acuerdo No 01 de mayo 29 de 2003 del Consejo Superior por medio del cual se crea y reglamenta el comité de Ética en Investigación en la Universidad de Manizales.

Para la evaluación de los criterios del estudio específicamente se consideró el análisis de la escalas Conners para progenitores y docentes, abreviadas, las cuales correspondieron a una versión Colombiana adaptada de las escalas originales de Pineda (1998), bajo la autorización de los autores, considerándose la diferenciación de indicadores de Hiperactividad, Somatización, e inatención para el

cuestionario Conners para padres con 22 ítems, y el cuestionario Conners para maestros con 20 reactivos, con la inclusión de indicadores de Hiperactividad, Inatención, y desregulación Temperamental.

La figura 1 describe el procedimiento por el cual se seleccionó la muestra general del macro proyecto. A su vez y con base en los criterios de inclusión definidos para este estudio se seleccionaron los niños y niñas que conformaron la muestra, teniendo en cuenta criterios de selección como la edad, género, grado escolar y estrato socioeconómico.

Figura. 1 .Procedimiento para la selección de la muestra



Técnicas de análisis estadístico de la información.

Para dar cuenta de los objetivos planteados, de hallar las correlaciones tanto positivas como negativas, en los resultados arrojados en las escalas Conners adaptada para progenitores y para maestros de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH en cada una de las variables, sexo, edad, subtipo, y estrato socioeconómico se ingresaron los datos a una hoja de Excel, se empleó el coeficiente de correlación de Person y T Student para determinar la significancia estadística.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.¹

La tabla 1 contiene la información socio demográfica y clínica de la muestra existiendo mayor representatividad en la muestra por el género masculino, con un porcentaje de 76 % en relación al sexo femenino quien se encontró representado por un porcentaje del 24 % así mismo se eligieron rangos de edad de 5- 7 años en un 27 % así como de 8- 10 representado por un 35% y un último rango que comprendía las edades de 11-15 con un porcentaje de 38, de igual modo el estrato socioeconómico correspondió una variable de correlación siendo el medio el de mayor representatividad 67%, mientras el estrato socioeconómico bajo y alto presentaron una menor proporción con 19 % y 14% respectivamente, así mismo se tomó como variable el subtipo de TDAH, combinado y predominantemente inatento con valores de 63 % y 37 % correspondientemente.

Tabla 2. Información socio demográfica y clínica por casos

¹ Trabajo derivado del macroproyecto de investigación *Caracterización neuropsicopedagógica de niños y niñas con TDAH que asisten a programas de atención de la ciudad de Manizales*, adscrito al Grupo de Investigación en Psicología del Desarrollo de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Manizales. El macroproyecto hace parte del convenio de cooperación interinstitucional con el grupo de investigación *Neuroaprendizaje* de la Universidad Autónoma de Manizales, desde el proyecto *Caracterización de los potenciales relacionados a eventos cognitivos en la diferenciación de los subtipos clínicos del trastorno por déficit de atención* y del contrato de prestación de servicios con el grupo de investigación *Control y procesamiento de señales digitales* de la Universidad Nacional –Sede Manizales- a partir del proyecto apoyado por Colciencias *Identificación automática del trastorno por déficit de atención/hiperactividad sobre registros de potenciales evocados cognitivos*.

Características demográficas de la muestra de 89 niños de acuerdo con el sexo, rango de edad, estrato y subtipo de tdah

<i>Casos</i>			
<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo	Femenino	21	24
	Masculino	68	76
Rango de edad	5-7	24	27
	8-10	31	35
	11-15	34	38
Estrato socio económico	Bajo	17	19
	Medio	60	67
	Alto	12	14
Subtipo	1 combinado	56	63
	2 inatento	33	37

Análisis estadístico

Para el análisis de correlaciones de los resultados arrojados en las escalas Conners para padres y Conners para maestros de los 89 niños empleados como muestra para el presente estudio se ingresaron los datos en una hoja Excel y se establecieron los coeficientes de correlación a partir de Pearson, para las variables de Sexo, edad, subtipo y estrato socioeconómico. De igual manera para determinar si los resultados arrojados en relación al sexo eran estadísticamente significativos, se aplicó la t de Student.

Se tomaron valores de 0,1-0,3 correlaciones bajas, 0,31-0,5 correlaciones moderadas, 0,51-0,7 correlaciones altas, 0,71-1 correlaciones muy altas.

En tal sentido se halló frente a los resultados en las escalas Conners ascendientes y escalas Conners maestros, referente al sexo una correlación moderada en la hiperactividad para el sexo masculino (0,47), seguido de una correlación de (0,36) igualmente moderada pero inferior para el sexo femenino en hiperactividad; de otro lado las correlaciones para inatención tanto para niños como para niñas fue baja.

Tabla 2. Correlación de las escalas Conners en los factores de inatención e hiperactividad según el sexo

<i>Coefficiente de correlación</i>		
<i>Sexo</i>	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>
Femenino	0,0071	0,3630
Masculino	0,2520	0,4710

En relación a los promedios de los totales puntuados en las escalas tanto por padres como por maestros frente al sexo se halló que los progenitores tienden a puntuar tanto a las niñas como a los niños más inatentos que los maestros, lo que ocurre de la misma manera en la hiperactividad calificada por los ascendientes como superior en las niñas, mientras los maestros tienden a calificar como más hiperactivos a los varones.

Tabla 3. Promedios de resultados de las escalas Conners según el sexo

<i>Padres</i>		<i>Promedio</i>	
<i>Sexo</i>	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>	
Femenino	1,63 (0,55)	1,06 (0,70)	
Masculino	1,51 (0,53)	1,03 (0,65)	
<i>Maestros</i>		<i>Promedio</i>	
<i>Sexo</i>	<i>Inatención</i>	<i>hiperactividad</i>	
Femenino	1,20 (0,73)	0,82 (0,81)	
Masculino	1,40 (0,79)	1,31 (0,94)	

Para determinar la significancia estadística se aplicó la t de Student, encontrando que existen diferencias estadísticamente significativas (**0,0377**) en la inatención en el género femenino según la calificación dada tanto por progenitores como por maestros en las escalas Conners, mientras en el mismo género en relación a la hiperactividad no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4. Significancia estadística según el sexo.

<i>Inatención niñas</i>	<i>Promedio</i>		<i>Est- t</i>	<i>Valor- p</i>
	<i>Padres</i>	<i>Maestros</i>		
	1,63 (0,55)	1,20 (0,73)	2,16	0,0377*
<i>Hiperactividad niñas</i>	<i>Promedio</i>		<i>Est- t</i>	<i>Valor- p</i>
	<i>Padres</i>	<i>Maestros</i>		
	1,06 (0,7)	0,82 (0,81)	1,03	0,3106

Contrario a lo reportado anteriormente frente a la valoración dada tanto por padres como por maestros en relación al género femenino para la inatención y para la hiperactividad, se halló frente a las correlaciones según el género masculino diferencias estadísticamente significativas en la hiperactividad (0,0425*) en las valoraciones dadas tanto por progenitores como por maestros contrario a que lo que ocurre en la inatención donde dichas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 5. Significancia estadística según el sexo.

<i>Inatención niños</i>	<i>Promedio</i>		<i>Est- t</i>	<i>Valor- p</i>
	<i>Padres</i>	<i>Maestros</i>		
	1,51	1,40	0,97	0,3353
	(0,53)	(0,79)		
<i>Hiperactividad niños</i>	<i>Promedio</i>		<i>Est- t</i>	<i>Valor- p</i>
	<i>Padres</i>	<i>Maestros</i>		
	1,03	1,31	-2,05	0,0425*
	(0,65)	(0,94)		

Referente a las correlaciones halladas en relación al rango de edad se evidencia mayor grado de correlación entre los rangos de edad de 8-10 años en relación a la hiperactividad con una correlación moderada, seguida del rango de edad de 11- 15 años; con relación al rango de edad de 5-7 las correlaciones fueron bajas frente a la hiperactividad. De otro lado en correspondencia a la inatención según los rangos de edad se hallaron correlaciones moderadas para el rango de edad de 11-15 años, mientras que en los rangos de edad de 5-7, y 8-10 se hallaron correlaciones negativas, bastante cercanas a cero, lo que muestra que no hay evidencia de alguna asociación lineal entre las calificaciones dadas en inatención por progenitores y profesores

Tabla 6. Coeficiente de Correlación de las escalas Conners en los factores de inatención e hiperactividad según el rango de edad.

<i>Rango de edad</i>	<i>Coeficiente de correlación</i>	
	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>
5-7	-0,0493	0,3560
8-10	-0,0290	0,4794
11-15	0,3226	0,4278

En cuanto a los resultados arrojados según el rango de edad para la hiperactividad y la inatención calificadas tanto por padre como por maestros, se encontró que en los tres rangos de edad (5-7), (8-10), (11-15) los padres califican más la inatención en relación a los maestros, mientras en la hiperactividad los resultados arrojados en los tres rangos se comportan de manera diferente por lo que en el rango de 5-7 los maestros tiende a considerar a los niños más hiperactivos, caso contrario a lo ocurrido en el rango de 8-10 en el cual los progenitores tienden a calificar a los niños como más hiperactivos, mientras que en el rango de 11- 15 años, ambos concordaron en la puntuación promedio dada en la hiperactividad con un total de 0.88 para ambos cuestionarios.

Tabla 7. Promedios de resultados de las escalas Conners según el Rango de edad.

<i>Padres</i>	<i>Promedio</i>	
	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>
<i>Rango de edad</i>		
5-7	1,42 (0,54)	1,12 (0,62)
8-10	1,65 (0,47)	1,12 (0,70)
11-15	1,52 (0,57)	0,88 (0,63)

<i>Maestros</i>	<i>Promedio</i>	
	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>
<i>Rango de edad</i>		
5-7	1,31 (0,77)	1,75 (0,90)
8-10	1,48 (0,65)	1,05 (0,83)
11-15	1,25 (0,90)	0,88 (0,88)

Por lo que al estrato socio económico se refiere, la mayor correlación hallada se encontró en el estrato socioeconómico alto (0,6781) para la hiperactividad siendo esta una correlación alta, mientras que en el mismo factor en el estrato socioeconómico medio y bajo las correlaciones fueron moderadas con un coeficiente de correlación de 0,3869 y 0,3457 respectivamente. En relación al factor de inatención, se halló en el estrato socioeconómico medio una correlación baja, mientras en el estrato socioeconómico bajo y alto la correlación fue baja negativa, es decir que mientras los ascendientes tienden a reconocer como más inatentos o menos inatentos a evaluados pertenecientes a dicho estrato socioeconómico, los maestros los evalúan de manera contraria.

Tabla 8. *Coeficiente de Correlación de las escalas Conners en los factores de inatención e hiperactividad según estrato socioeconómico.*

<i>Estrato socioeconómico</i>	<i>Coeficiente de correlación</i>	
	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>
BAJO	-0,2934	0,3457
MEDIO	0,1418	0,3869

ALTO	-0,2400	0,6781
------	---------	--------

En cuanto a los promedios hallados en las calificaciones de las escalas Conners según el estrato socioeconómico, se halló que los padres califican como menos inatentos a los niños del estrato socioeconómico bajo caso contrario a lo ocurrido en el estrato socioeconómico medio en el que los progenitores califican como más inatento a los niños. En el estrato socioeconómico bajo se halló gran similitud en los totales de los promedios de los resultados arrojados. En el factor de hiperactividad se encontró que en el estrato socioeconómico bajo, medio y alto, los maestros tienden a calificar, en promedio, a los niños como más hiperactivos

Tabla 9. Promedios de resultados de las escalas Conners según el estrato socioeconómico.

<i>Padres</i>		<i>Promedio</i>	
<i>Estrato socio económico</i>	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>	
Bajo	1,61 (0,54)	1,25 (0,71)	
Medio	1,58 (0,50)	1,00 (0,67)	
Alto	1,16 (0,56)	0,85 (0,46)	
<i>Maestros</i>		<i>Promedio</i>	
<i>Estrato socio económico</i>	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>	
Bajo	1,82 (0,64)	1,82 (1,04)	
Medio	1,26 (0,79)	1,03 (0,86)	
Alto	1,13 (0,69)	1,11 (0,82)	

Las correlaciones halladas en relación al Subtipo de TDAH: Combinado y predominantemente inatento, en el factor de hiperactividad fueron moderadas en ambos subtipos (combinado, inatento); en el factor de inatención se dio igualmente una correlación moderada, mientras en el mismo factor en el subtipo combinado las correlaciones fueron negativas.

Tabla 10. *Coefficiente de Correlación de las escalas Conners en los factores de inatención e hiperactividad según Subtipo de TDAH*

<i>Subtipo de tdah</i>	<i>Coefficiente de correlación</i>	
	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>
1- Combinado	-0,0938	0,3549
2- Inatento	0,3462	0,3174

En relación a los valores obtenidos de los promedios en la calificación dada por padres y por maestros en las escalas, se encontró que los ascendientes califican como más inatentos a los niños de subtipo combinado e inatento en relación a los maestros, mientras que en el subtipo combinado, los maestros tienden a calificarlos como más hiperactivos en relación a los padres, y en el subtipo inatento, los progenitores los reconocen como más hiperactivos.

Tabla 11. *Promedios de resultados de las escalas Conners según el subtipo de TDA-H*

<i>Padres</i>		<i>Promedio</i>	
<i>Subtipo</i>	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>	
1- Combinado	1,65 (0,48)	1,21 (0,63)	
2- Inatento	1,38 (0,56)	0,76 (0,61)	
<i>Maestros</i>		<i>Promedio</i>	
<i>Subtipo</i>	<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad</i>	

1- Combinado	1,44	1,48
	(0,76)	(0,94)
2- Inatento	1,25	0,72
	(0,79)	(0,75)

DISCUSIÓN.

A partir del objetivo planteado de Correlacionar los resultados arrojados en la aplicación de la Escala adaptada Conners para padres y maestros de niños Manizaleños diagnosticados con trastornos por déficit de atención hiperactividad según las variables de sexo, rango de edad, estrato socioeconómico y subtipo de Tdah los hallazgos fueron contrastados a la luz de otros estudios.

Con relación al sexo, se encontró una correlación moderada en la hiperactividad para el sexo masculino (0,47), seguido de una correlación de (0,36) igualmente moderada pero inferior para el sexo femenino en hiperactividad; de otro lado las correlaciones para inatención tanto para niños como para niñas fue baja. En el presente estudio se encontró que los progenitores califican mayor la hiperactividad en las niñas en relación a los maestros, ya que estos últimos reconocen como más hiperactivos a los niños, hecho que lo confirman el estudio realizado por (Cáceres, Herrero 2011), en el que se correlacionaron dichas escalas en relación al sexo, hallando que los tutores tienden a puntuar a los niños con un mayor índice de hiperactividad, pero igualmente difiere en sentido de la inatención en la que en el citado estudio resulta inferior para las niñas en la calificación arrojada por maestros mientras que en la población manizaleña los resultados indican que existe mayor tendencia de los ascendientes a calificar como más inatentas a las niñas.

Dichos hallazgos dejan en evidencia el hecho de que existen discrepancias frente a la calificación del comportamiento inatento e hiperactivo realizado tanto por padres como por maestros. Lo que puede deberse a múltiples razones como las citadas en Cáceres, Herrero 2011, en las que se presume la existencia de un comportamiento disímil de los niños en los contextos tanto familiar como escolar, que igualmente se comparte en sentido de que los estilos de autoridad puede variar de manera significativa y en tanto incidir en que la proyección de patrones de conducta sean igualmente diferentes, oscilando desde estilos permisivos provenientes presumiblemente desde el entorno escolar para las niñas y una tendencia radicalista en la calificación aportada por los padres en relación al género femenino desde el entorno familiar.

Otro hecho que puede ser predictor de las diferencias en las calificaciones de padres y maestros es planteado por Orjales (2001), el cual propone que la causal de lo descrito es plausiblemente debida a las expectativas y pretenciones tanto de los docentes, así como de las figuras paternas en relación a las conductas manifiestas de los niños, además del nivel de tolerancia de los informantes, por lo que dichas diferencias pueden estar determinadas por el nivel de aceptación de la conducta por parte de un adulto, lo que puede incidir en la forma en que la reporta.

De igual manera se podría hipotetizar que los tiempos y las expectativas de los observadores varían de manera sustancial en sentido que los progenitores se forjan expectativas de comportamientos socialmente reconocidos para niños y niñas diferenciados según los sexos, lo que se halla en los padres quienes respondieron a los cuestionarios tendencias más fuertes en la calificación de sus hijas, en relación a los profesores; es posible también que las actividades ocupacionales varíen según el contexto en el que se presenten y en tanto sea más difícil para los maestros discriminar una conducta inatenta e hiperactiva en una niña y por tanto la reporte con menor intensidad, mientras la conducta hiperactiva

caracterizada por patrones externalizantes terminen por ser de mayor observancia en un entorno escolar en el que la exigencia tradicional es atender a un referente que instruye los saberes

Frente a la significancia estadística se reportó diferencias estadísticamente significativas (0,0377) en la inatención en el género femenino y en la hiperactividad en el género masculino según la calificación dada tanto por padres como por maestros en las escalas (0,0425*) en lo que se encuentra discrepancia entre lo hallado en otros estudios en los que no se presentó dicha significancia para ninguna de las correlaciones según el sexo (Cáceres, Herrero 2011)

En la presente investigación se eligieron rangos de edades de 5-7, 8-10, y 11, 15 años por lo que en el primer y segundo rango de edad se refiere las correlaciones fueron bajas frente a la hiperactividad y no se hallaron correlaciones positivas para el segundo rango respectivamente, lo que concuerda con lo encontrado por Nava y Peña 2001 quienes realizaron un estudio en el que consideraron los rangos de edad de 9-11 años, 12-14 años y 15-17 años para identificar las discrepancias entre progenitores y profesores los cuales hallaron que en el rango de edad de 9-11 años las concordancias fueron de muy baja magnitud.

Para objeto de este estudio se encontró en el rango de edad de 11-15 en el factor de inatención correlaciones moderadas al igual que en el estudio de los mencionados autores en el que en el rango de edad de los niños mayores (12-14 y 15,17) años evidencian mayor evidencia de la convergencia entre ascendientes y maestros, por lo que de acuerdo a los hallazgos se presume que a medida que se aumenta la edad incrementa el grado de correlación entre los resultados arrojados tanto por padres como por profesores.

Se evidencia una tendencia ascendente en las correlaciones de padres y tutores a medida que aumenta la edad, por lo que se demostraron mayores correlaciones prevalentemente en el factor hiperactividad en niños mientras en los adolescentes se halló en ambos factores hiperactividad e

inatención , lo que es explicado por Martínez Segura (2010) quien aduce que los niños presentan una evolución hacia la edad de los doce y trece años debido a que la maduración de su sistema nervioso conduce a la disminución de síntomas de hiperactividad e impulsividad.

Según las calificaciones dadas frente a la hiperactividad y la inatención de acuerdo al rango de edad, (5-7), (8-10), (11-15) se encontró que las figuras paternas califican más la inatención en relación a los maestros, lo cual puede explicarse en razón de que los padres tienen mayor oportunidad para compartir particularmente los tiempos con sus hijos y en tanto reconocer alteraciones de estos para atender ante un estímulo determinado contrario a lo que ocurre en el caso de los maestros quienes deben atender simultáneamente a varios frentes y estímulos y por tanto realizar seguimiento al comportamiento inatento de uno de sus estudiantes en los diferentes rangos de edad resulta de mayor complejidad para su identificación.

Así mismo es de considerar el hecho que generalmente los docentes de los establecimientos educativos varían de acuerdo al curso que orientan lo cual impide el pleno conocimiento de los niños para determinar características de la inatención. Los resultados arrojados en la hiperactividad en los tres rangos se comportan de manera diferente por lo que en el rango de 5-7 los maestros tienden a considerar a los niños más hiperactivos, caso contrario a lo ocurrido en el rango de 8-10 en el cual los padres tienden a calificar a los niños como más hiperactivos, mientras que en el rango de 11- 15 años, ambos concordaron en la puntuación promedio dada en la hiperactividad con un total de 0.88 para ambos cuestionarios.

Con relación a la explicación del mejor reconocimiento familiar de la sintomatología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad a medida que aumenta la edad, se podría pensar que las características de las prácticas de crianza de algunos padres con niños con el diagnóstico de trastorno por déficit de atención podrían ser insuficientes a edades tempranas ante las necesidades educativas de los mismos, explicando el mayor reconocimiento de los padres de los síntomas de inatención y

reforzando en estos la presencia de dichas conductas por lo que al respecto Herrero, Castellar, Casas, Hierro & Jiménez (2006) afirman que existe cierta predisposición de las familias para errar en los procesos de orientación de niños con TDAH y la presencia de sintomatología de inatención e hiperactividad de manera conjunta, lo que a su vez incide en mayor disfuncionalidad familiar.

En alusión al estrato socioeconómico se presentaron correlaciones bajas negativas en el factor de inatención en el estrato socioeconómico bajo lo que puede analizarse a la luz de lo hallado en el estudio realizado por Ortiz Luna y Tomasini en la delegación de Iztapalapa, del Distrito Federal de México, zona marginada que se presume cuenta con un estrato socioeconómico bajo, en la cual se encontró que existen correlaciones bajas entre las calificaciones aportados por padres y profesores en las escalas Conners progenitores y escalas Conners maestros.

Así mismo, se encontró que los padres califican más la hiperactividad de acuerdo a los mencionados autores, mientras en el presente estudio se identificó mayor reconocimiento de la hiperactividad por los maestros, no obstante el resultado concuerda con lo hallado en el factor de inatención en el que los maestros tienden a calificarla superior en relación a los ascendientes para el estrato socioeconómico bajo.

Como dato significativo cabe mencionar el hecho de que se encontró mayor correlación en el estrato socioeconómico alto (0,6781) para la hiperactividad, lo cual puede explicarse por el nivel sociocultural que exige la utilización de mayores protocolos y seguimiento de normas, por lo que los síntomas externalizantes pueden adquirir mayor significancia y reconocimiento por ambos informantes, siendo congruentes a la hora de emitir el reporte.

Con relación a los subtipos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los padres reconocieron en el subtipo combinado mayores síntomas de inatención en relación a los maestros lo cual ha sido reportado en la literatura según dicho subtipo por su alta prevalencia en relación a los otros, lo que explica Martínez Segura (2010), refiriendo que las dificultades de atención son de mayor complejidad para ser detectadas al interior de un entorno educativo por lo los niños quienes presentan dicho diagnóstico suelen confundirse con aquellos que presentan dificultades de tipo académico.

En el presente estudio, se encontró correlaciones moderadas en los subtipos combinado e inatento; en el factor de inatención lo cual difiere de lo reportado en otros estudios como el de Cuantificación y análisis de la concordancia entre padre y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad realizado en España en 2011 por José Cáceres, David Herrero, en el que se hallaron concordancia bajas entre padres y tutores para la Hiperactividad y la inatención.

Otros resultados aportados en el presente estudio evidencian en el subtipo inatento mayor aporte de síntomas de hiperactividad por padres, lo que ocurre de manera similar en el estudio efectuado por J.A. Ortiz-Luna a, G. Acle-Tomasini 2006, quienes evidenciaron que los progenitores puntúan en mayor medida la hiperactividad en relación a los maestros.

En el mismo estudio se halló en relación a la desatención mayor calificación por parte de los padres, lo cual es concomitante con lo encontrado donde los ascendientes reconocen de manera superior la inatención en relación a los maestros tanto en el subtipo combinado como en el inatento. Coherente con lo encontrado por Montiel y Peña en 2001, se halló mayor acuerdo entre progenitores y profesores para la hiperactividad, por lo que se encontró el mismo resultado para el subtipo combinado.

En general se pudo evidenciar en relación al subtipo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que en las escalas comportamentales de los progenitores existe mayor predisposición de estos para puntuar en sus hijos mayor número de síntomas de inatención que los maestros por lo que a su vez los docentes tienden a evidenciar con mayor asiduidad la hiperactividad en los niños por lo que al realizar un análisis bajo lo propuesto por Cáceres & Herrero (2011), dicho fenómeno puede explicarse por la variabilidad de conducta proyectada por el niño según el contexto en el cual incursiona, así mismo es pertinente identificar el hecho de que cada observador presenta expectativas diferentes en relación al tiempo de compartir con los niños, y los procesos interaccionales forjados con estos diferenciando significativamente las expectativas del entorno escolar, del familiar.

Montiel & Peña, (2001) citan a Steele, Forehand & Devine (1996), quienes refieren que las discrepancias evidentes entre progenitores y docentes no pueden adjudicarse de manera inequívoca a las fallas en la objetividad de los informantes ni de las escalas empleadas, invitando con ello a contemplar la explicación de dicha situación a las características de los procesos interaccionales del infante con el evaluador, lo cual puede mediatizar la calificación de los cuestionarios.

Lo hallado en el presente estudio indica que existe mayor tendencia al reporte de síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad por los padres en relación a los docentes, lo cual puede explicarse según lo propuesto por Servera (2004) en razón de que los progenitores presentan menor posibilidad de comparar el comportamiento y desempeño de sus hijos con otras fuentes de referencias en relación a los maestros, lo cual puede determinar la subjetividad con la que los padres califican los cuestionarios.

Es así como al realizar un análisis frente a la información seleccionada para la realización del estudio se encuentra como principal limitante la concepción bajo el cual fue recopilada la información en

sentido de la discriminación por estrato socioeconómico, por lo que es factible que en la toma de referente para el que se usó facturas de servicios domésticos, se parta de una estratificación que difiera de la clase social real a la que pertenezca el grupo familiar y por tanto del nivel cultural que incide en la calificación de los cuestionarios, donde igualmente se halló uno de los resultados más visibles por la existencia de correlaciones altas, por lo que puede existir un sesgo en la objetividad de los reales estratos económicos a los que pertenecen los padres que calificaron los cuestionarios.

Es por ello que es importante considerar diferentes herramientas e instrumentos para la validación de la información tal como lo proponen Trujillo & Díaz-Sibaja et al. (2007) resulta pertinente partir de una valoración multimetodológica y multidisciplinar, a través de la cual se empleen versatilidad de herramientas tales como los criterios de los manuales para establecer el diagnóstico así como escalas e instrumentos objetivos que permitan detectar sintomatología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad para que dicho insumo sea contrastado a la luz de la información aportada por otras fuentes tales como docentes u padres para obtener mayor objetividad y certeza en la emisión del diagnóstico como tal.

CONCLUSIONES.

Según la intencionalidad de los cuestionarios comportamentales es esperable que existan correlaciones positivas y altas en los resultados de estos para padres y maestros, no obstante en lo hallado predominaron las correlaciones moderadas en las variables: sexo, rangos de edad (8-10, 11-15 años) y subtipo combinado e inatento en el factor de hiperactividad.

En relación al estrato socioeconómico, el dato de mayor reconocimiento se encontró en el factor de hiperactividad donde la correlación fue alta en el estrato socioeconómico alto, lo cual puede explicar la incidencia del factor cultural en la calificación y reconocimiento prevalente de los síntomas de Hiperactividad.

Existieron diferencias estadísticamente significativas en la variable sexo en el factor de inatención en las niñas, mientras que en los niños esta diferencia se presentó en el factor de hiperactividad, lo que denota la diferenciación en la presentación de los síntomas y la calificación por sus informantes de acuerdo al sexo, indicando tendencias de reconocimiento y reporte de síntomas determinados.

Se encontraron correlaciones negativas en el factor de inatención, en las variables de: rango de edad (5-7 8-10 años) estrato socioeconómico (bajo y alto) y subtipo de combinado, lo que indica que a la hora de calificar los cuestionarios por los diferentes informantes no existe una misma tendencia de reconocimiento y reporte de los síntomas mostrando una predisposición para calificar de manera inversa ante los mismos factores en los items de la inatención.

En el factor de hiperactividad los maestros tienden a calificar un promedio mayor en relación a los progenitores en las variables de Sexo (femenino), rango de edad (5-7 años), todos los estratos socioeconómicos y en el subtipo combinado, dejando en evidencia la predisposición y reconocimiento de los docentes de síntomas de tipo externalizante, mientras que en las variables: sexo (femenino, masculino) rangos de edad (todos), estrato socio económico (medio, alto), y subtipo (Combinado e inatento), las figuras paternas tienden a calificar en un promedio mayor la inatención en relación a los maestros.

Tanto los progenitores como los maestros son de vital importancia para la valoración de síntomas de TDA-H por lo que deben seguir siendo un referente para la determinación del diagnóstico ya que diferentes entornos pueden precipitar conductas diversas tanto en los niños como en los adolescentes y así mismo los informantes pueden presentar tendencias para el reporte de ciertas conductas.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DERIVADAS DEL PROYECTO.

Las líneas que podrían derivarse del presente estudio podrían considerar profundizar en temáticas como:

¿Por qué prevalecen las correlaciones moderadas en las variables sexo, rango de edad y subtipo de TDA-H?

¿Serán objetivas las escalas Conners para determinar el diagnóstico de TDA-H con imparcialidad o se requiriera cualificar más los instrumentos?

¿Qué factores inciden para que existan ciertas tendencias de reporte de información de padres y docentes?

¿Las diferencias halladas en los resultados de las escalas Conners podrían encontrarse determinadas por otras variables tales como la numerosidad de los estudiantes dentro de un curso y en tanto la actitud del maestro frente a la clase, así como la extensión de la familia, en relación a sus descendientes, que igualmente pueden sesgar una postura frente a un comportamiento en particular tales como la inatención y la hiperactividad?

¿Es posible que el efecto de halo de algunos docentes o las pautas interaccionales dadas por los padres con sus hijos y de los maestros con sus estudiantes inciden en que las respuestas a los cuestionarios se vean mediatizadas por las expectativas forjadas en torno a ello?

REFERENCIAS.

Agramunt C, Castaño C, Astaburuaga M, Lepe P, Padilla C, Salinas J, (2012). *Correlación entre test Conners para padres y profesores en niños con Trastorno por déficit Atencional e hiperactividad en el servicio de Psiquiatría Infanto juvenil del hospital Barros Luco Trudeau*. Rev. Chilena de psiquiatría neurología infancia y adolescencia.

American psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC.

Amador J, Idiazábal M, Sangorrín J, Maria E, Forns M (2002). *Utilidad de las escalas Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Rev. Psicothema; 350-356.

Ardila, A & Ostrosky, F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. *Diagnostico Neuropsicológico*. Guadalajara: Instituto de Neurociencias, Universidad de Guadalajara.

Bará, S., Vicuña, P., Pineda, D & Henao, G. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Rev Neurol*, 37(7) 608-615.

Barkley RA. (1998) A theory of ADHD: *Inhibition, executive functions, self-control, and time*. In Barkley RA, ed. *Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford; p. 225-62.

Bleger, José (2007). *Psicología de la conducta*. Argentina: Paidós. pp. 304. ISBN 978-950-12-5354-2. Consultado el 13 de febrero de 2011.

Caballo. Vicente. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (1996) España editores.

Cáceres J, Herrero, D (2011). *Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Rev Neurol, 52 (9): 527-535.

Christianne Zulic Agramunt, Catalina Castaño Carrera, Macarena Astaburuaga Jorquera, Paula Lepe Álvarez, Carolina Padilla Valdés, Juan Salinas Véliz. (2012). *Correlacion entre testconners para padres y profesores en niños con Trastorno de déficit de atencional e Hiperactividad en el servicio de psiquiatría Infanto juvenil del hospital de Barros Luco. revista trudeau* . Revista Chilena de Psiquiatria. Neurología, infancial y dolescencia volumen 23 N 2

Cornejo J, Osio, O, Sanchez, Y, Carrizosa, J, Sánchez, G, Grisales, H, Castillo, H, Parra, Holguin J. (2005). *Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes Colombianos*. Revista de neurología.

Félix , Mateo, (2006) Revista electrónica de investigación psicoeducativa N 10 Vol 4.

García G, García D. *Estudio correlacional entre padres y maestros de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Escuela de psicológica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. 2005

Gomez Maquet (2004). *Evaluacion Inantil cognitico comportamental. Evaluación multmodal y multinforme*. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y neurociencias Volu.6 p 21-25.

Herrero, M., Castellar, R., Casas, A., Hierro, R., & Jimenez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit. *Revista Neurológica* , 137-143.

Martinez Segura, M. (2010). *Características de transtorno por déficit de atención con hiperactividad tdah*. Universidad de Murcia , españa.

Montiel C, Peña J. *discrepancias entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes*. Rev. neurología 2001. 32 (6): 506-511.

Ortiz J, Acle G. *Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos*. Rev. Neurología. 2006.

Orjales. (2001). *Déficit de atención con hiperactividad. manual para padres y educadores*.

Madrid: CEPE

Papageorgiou V, Kalyva E, Dafoulis V, Vostanis P. (2008). *Differences in Parents' and Teachers' Ratings of ADHD Symptoms and Other Mental Health Problems*. Eur. J. Psychiat. Vol. 22, N.º 4.

Pineda D, A Lopera, f, Henao H C, Palacio J Castellanos F. (2001) *Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad Colombiana*. Rev neurológica.

Pineda G.C. Henao, I.C. Puerta , S.E. Mejía, L.F. Gómez , M.L. Miranda , M. Rosselli , A. Ardila , M.ªA. Restrepo L. Murrelle g (1999). *Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional*. Rev neurológica

Pynoos, R., Steinberg, A., & Piacentini, J. (1999). *A developmental psychopathology model of childhood traumatic*.

Romero-Ayuso, D.M., Maestú, F., González-Marqués, J., Romo-Barrientos, C., & Andrade, J.M. (2006). *Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia*. *Revista de Neurología*, 42 (5) 265-271.

Servera, M. (2004). *Uno de cada veinticinco niños padece un trastorno de déficit de atención con hiperactividad*. España: Departamento de Psicología uib.

Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Rev. Neurol*, 40 (6), 358-368.

Sheehan, D. S. (2010). *Mini International Neuropsychiatric Interview (para niños y adolescentes) versión en español*. University of South Florida - Tampa.

Steinhausen, C, N Weilenmann, Brandeis D, Müller U, Valko L Drechsler R. *The behavioural profile of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder and of their sibling*. *Rev Eur Child Adolesce Psiquiatria* (2012). 21: 157-164.

Thorndike, E. L. (1920). A constant error on psychological rating. *Journal of Applied Psychology*, IV, 25-29

Trujillo, A. & Diaz-Sibaja, M.A et al. (2007). *Complicaciones en el diagnóstico del TDAH: Diferencias entre padres y profesores*. Recuperado el 12 de 05 de 2014, de Psiquiatría.com:<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/247>

Varela, V., Montoya, DM., Tamayo, L., Restrepo, F., Moscoso, A., Castellanos, C., Castro, P., González, B. & Zuluaga, JB. (2011). Protocolo neuropsicopedagógico en la evaluación multidimensional del Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad –TDAH–: Implementación de una experiencia investigativa. *Revista Latinoamericana de Estudios educativos*. 7 (2) 139-156.