

Anexos

1. Escalas

1.1 SCARED niños

Síntomas de niños de 9 a 18 años

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

La siguiente es una lista de cosas describen cómo se siente usted en los últimos 3 meses. Marque 0= Nunca o casi nunca es cierto; 1= Algunas veces es cierto; 2= Siempre o casi siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda

0= Nunca o casi nunca es cierto 1= Algunas veces es cierto 2= Siempre o casi siempre es cierto

SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES		0	1	2
1.	Cuando tengo miedo, no puedo respirar bien	I		
2.	Cuando estoy en el colegio me duele la cabeza	V		
3.	No me gusta estar con personas que no conozco bien	IV		
4.	Cuando duermo en una casa que no es la mía me siento con miedo	III		
5.	Me preocupa saber si le caigo bien a la gente	II		
6.	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar	I		
7.	Soy una persona nerviosa	II		
8.	Sigo a mis padres a donde ellos van	III		
9.	La gente me dice que me veo nervioso	I		
10.	Me pongo nervioso cuando estoy con personas que no conozco bien	IV		
11.	Cuando estoy en el colegio me duele el estómago	V		
12.	Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer	I		
13.	Me preocupo cuando tengo que dormir solo	III		
14.	Me preocupo de ser tan bueno como los otros niños (por ejemplo en el estudio, deportes)	II		
15.	Cuando tengo mucho miedo siento como si las cosas fueran diferentes o no reales	I		
16.	En la noche sueño cosas malas que les van a pasar a mis padres	III		
17.	Me preocupa cuando tengo que ir al colegio	V		
18.	Cuando tengo mucho miedo, el corazón me late muy rápido	I		
19.	Yo tiemblo	I		
20.	En las noche tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo	III		
21.	Me preocupa pensar cómo me van a salir las cosas	II		
22.	Sudo mucho cuando tengo miedo	I		
23.	Me preocupo demasiado	II		
24.	Me preocupo sin motivo	I		
25.	Me da miedo estar solo en casa	III		
26.	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco	IV		
27.	Cuando tengo miedo, siento como si no pudiera tragar	I		
28.	Las personas dicen que yo me preocupo demasiado	II		
29.	No me gusta estar lejos de mi familia	III		
30.	Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico)	I		
31.	Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres	III		
32.	Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco	IV		
33.	Me preocupa qué me pasará cuando sea grande	II		
34.	Cuando tengo miedo, me dan ganas de vomitar	I		
35.	Me preocupa saber si hago las cosas bien	II		
36.	Tengo miedo de ir al colegio	V		
37.	Me preocupan las cosas que ya han pasado	II		
38.	Cuando tengo miedo, siento mareado	I		
39.	Me siento nervioso cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)	IV		
40.	Me siento nervioso de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco	IV		
41.	Soy tímido	IV		

25. Birmaher B,(1999). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(10): 1230-1236
 Se recomienda que niños de 8 a 11 años se les explique bien el contenido de este cuestionario o que contesten el cuestionario al lado de un adulto en caso de que tengan algunas preguntas

1. Escalas

1.2 SCARED padres

Síntomas de niños de 9 a 18 años

Nombre del padre o la madre _____ Edad _____ Fecha _____
 La siguiente es una lista de cosas que describen cómo se siente su hijo en los últimos 3 meses. Marque 0= Nunca o casi nunca es cierto; 1= Algunas veces es cierto; 2= Siempre o casi siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda

0= Nunca o casi nunca es cierto 1= Algunas veces es cierto 2= Siempre o casi siempre es cierto

SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES		0	1	2
1.	Cuando mi hijo siente miedo, no puede respirar bien	I		
2.	Cuando mi hijo está en el colegio se queja de dolor de cabeza	V		
3.	No le gusta estar con personas que no conoce bien	IV		
4.	A mi hijo le da miedo dormir en otras casas	III		
5.	Se preocupa de lo que piensan de él	II		
6.	Cuando mi hijo tiene miedo, siente se va a desmayar	I		
7.	Es un niño nervioso	II		
8.	Me sigue a todas partes donde voy (es como mi "sombra")	III		
9.	La gente me dice que mi hijo se ve nervioso	I		
10.	Se pone nervioso con personas que no conoce bien	IV		
11.	Cuando esta en el colegio le duele el estómago	V		
12.	Cuando tiene mucho miedo, se siente como si se fuera a enloquecer	I		
13.	Se preocupa cuando tiene que dormir solo	III		
14.	Se preocupa de ser tan bueno como los otros niños	II		
15.	Cuando tiene mucho miedo siente como si las cosas no fueran reales	I		
16.	Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o a su papá	III		
17.	Se preocupa cuando tiene que ir al colegio	V		
18.	Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido	I		
19.	Se pone tembloroso	I		
20.	Sueña que algo malo le va a pasar a él	III		
21.	Le preocupa cómo le van a salir las cosas	II		
22.	Cuando tiene miedo suda mucho	I		
23.	Se preocupa demasiado	II		
24.	Le da miedo sin tener ningún motivo	I		
25.	Le da miedo estar solo en casa	III		
26.	Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce	IV		
27.	Cuando tiene miedo, siente que no puede tragar	I		
28.	Las personas dicen que se preocupa demasiado	II		
29.	No le gusta estar separado de la familia	III		
30.	Le da miedo de tener ataques de nervios (pánico)	I		
31.	Le preocupa que algo malo le pueda pasar a sus padres	III		
32.	Le da vergüenza cuando está con personas que no conoce	IV		
33.	Le preocupa qué le va a pasar en el futuro	II		
34.	Cuando tiene miedo, le dan ganas de vomitar	I		
35.	Le preocupa saber si está haciendo bien las cosas	II		
36.	Tiene miedo de ir al colegio	V		
37.	Le preocupan las cosas que ya han pasado	II		
38.	Cuando tiene miedo, se siente mareado	I		
39.	Se siente nervioso cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)	IV		
40.	Se siente nervioso de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conoce	IV		
41.	Mi hijo es tímido	IV		

25. Birmaher B,(1999). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(10): 1230-1236
 boris@camp.wpic.pitt.edu. Se recomienda que niños de 8 a 11 años se les explique bien el contenido de este cuestionario o que contesten el cuestionario al lado de un adulto en caso de que tengan algunas preguntas

1. Escalas

1.3 Escala calidad de vida PedsQL 4.0

Inventario de calidad de vida pediátrica PedsQL 4.0

Nombre:

Fecha:

Informe del niño (edad 8-12 años)

Instrucciones: hay una lista de cosas que podrían ser un problema para ti. Por favor, cuéntanos en qué medida cada una de ellas han sido para ti un problema durante el mes pasado, encerrando tu preferencia con un círculo: 0 si ello nunca es un problema; 1 si ello casi nunca es un problema; 2 si ello a veces es un problema; 3 si ello a menudo es un problema; 4 si ello siempre es un problema. No hay respuestas buenas o malas. Si no entiende alguna pregunta, por favor pide ayuda

Hasta el mes pasado, en qué medida has tenido problemas con...

Mi salud y actividades (problemas con.)	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Me cuesta caminar más de una cuadra	0	1	2	3	4
2. Me cuesta correr	0	1	2	3	4
3. Me cuesta participar en actividades deportivas o hacer ejercicios	0	1	2	3	4
4. Me cuesta levantar algo pesado	0	1	2	3	4
5. Me cuesta bañarme solo/a	0	1	2	3	4
6. Me cuesta ayudar con las tareas de la casa	0	1	2	3	4
7. Tengo dolores o molestias	0	1	2	3	4
8. Tengo poca energía	0	1	2	3	4
Mis sentimientos (problemas con ...)					
1. Siento miedo o susto	0	1	2	3	4
2. Me siento triste o apenado	0	1	2	3	4
3. Me siento enojado	0	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir	0	1	2	3	4
5. Me preocupa lo que me suceda en el futuro	0	1	2	3	4
Como me llevo con otros niños (problemas con...)					
1. Tengo problemas para llevarme bien con otros niños	0	1	2	3	4
2. Otros niños no quieren ser mis amigos	0	1	2	3	4
3. Otros niños me molestan o se ríen de mi	0	1	2	3	4

4. Me cuesta hacer las cosas que otros niños de mi edad hacen	0	1	2	3	4
5. Al jugar con otros niños, me cuesta mantener su ritmo	0	1	2	3	4
En la escuela (problemas con...)					
1. Me cuesta poner atención en clases	0	1	2	3	4
2. Se me olvidan las cosas	0	1	2	3	4
3. Me cuesta estar al día con mis tareas escolares	0	1	2	3	4
4. Falto al colegio porque no me siento bien	0	1	2	3	4
5. Falto al colegio por ir al hospital o al doctor	0	1	2	3	4

2. Autorizaciones de uso de escalas

2.1 SCARED

 Lola Jimenez
Hoy, 9:23 p.m.
birmaherb@upmc.edu



Respetado Doctor Boris, reciba un cordial saludo y mis sentimientos de admiración por su trabajo. Mi nombre es Nataly Briceño soy medica especialista en psiquiatría, actualmente adelanto mi fellow en psiquiatría infantil en la Universidad El Bosque, estamos realizando un estudio titulado: Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual límite. Institución educativa Antonio Ricaurte Puerto Salgar Cundinamarca. Este trabajo lo hago con el fin de obtener mi titulo como psiquiatra infantil. Deseo utilizar su escala scared en niños y padres de los pacientes. Mil gracias
Nataly Briceño

RE: Ayuda

 Birmaher, Boris <BirmaherB@upmc.edu>
mar 9/01, 2:02 p.m.
Usted

Bandeja de entrada

Hola

Puedes usar la escala sin ningun problema

Entra en la website que esta debajo de mi nombre y busca "resources". Allí encontraras el scared en varias formas y también en español

Suerte

Boris

Boris Birmaher MD
Child and Adolescent Bipolar Spectrum disorders Services (CABS)
100 North Bellefield Avenue, office 612
412-246-5788
www.pediatricbipolar.pitt.edu

2.2 PedsQL 4.0



User agreement

Special Terms

Mapi Research Trust, a non-for-profit organisation subject to the terms of the French law of 1st July 1901, registered in Carpentras under number 453 979 346, whose business address is 27 rue de la Vilette, 69003 Lyon, France, hereafter referred to as "MRT" and the User, as defined herein, (each referred to singularly as a "Party" and/or collectively as the "Parties"), do hereby agree to the following User Agreement Special and General Terms:

Mapi Research Trust
PROVIDE™
27 rue de la Vilette
69003 Lyon
France
Phone: +33 (0)4 72 13 66 66

Recitals

The User acknowledges that it is subject to these Special Terms and to the General Terms of the Agreement, which are included in Appendix 1 to these Special Terms and fully incorporated herein by reference. Under the Agreement, the Questionnaire referenced herein is licensed, not sold, to the User by MRT for use only in accordance with the terms and conditions defined herein. MRT reserves all rights not expressly granted to the User.

The Parties, in these Special Terms, intend to detail the special conditions of their partnership.

The Parties intend that all capitalized terms in the Special Terms have the same definitions as those given in article 1 of the General Terms included in Appendix 1.

In this respect, the Parties have agreed as follows:

Article 1. Conditions Specific to the User

Section 1.01 Identification of the User

User Name	NATALY BRICEÑO JIMENEZ
Legal Form	Student
Address	avenida cra 9 Numero 131 a - 02 universidad el bosque Colombia 067 bogota
Country	Colombia
Email address	lolablog5@gmail.com
Telephone number	3213015997

Section 1.02 Identification of the Questionnaire

Pediatric Quality of Life Inventory™_UserAgreement_March2016_22.0

Title	Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™)
Author(s)	Vami JW
Owner	Vami James W, PhD
Copyright	Copyright © 1998 JW Vami, Ph.D. All rights reserved
Original bibliographic references	See Appendix 2

Article 2. Rights to Use

Section 2.01 Context of the Use of the Questionnaire

The User undertakes to only use the Questionnaire in the context of the Study as defined hereafter.

Context of Use	Clinical project or study
Title	Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual límite casos de la institución educativa departamental mixto Antonio Ricaurte en Puerto Saigas Cundinamarca.
Disease or condition	Funcionamiento intelectual límite - síntomas ansiosos
Type of research	Other
Other	Analítico, prospectivo cuasi-experimental
Study/Protocol reference	- Coeficiente Intelectual normal bajo, normal? - Aspectos fisiopatológicos del coeficiente intelectual límite: un estudio en el Hospital de la Misericordia 2000- 2005.
Number of patients expected	30
Number of submissions to the questionnaire for each patient	2
Term of clinical follow-up for each patient	60 días
Start	02/2018
End	05/2018
Mode of administration	Paper administration

Section 2.02 Conditions for Use

The User undertakes to use the Questionnaire in accordance with the conditions for use defined hereafter.

(a) Rights transferred

Acting in the Owner's name, MRT transfers the following limited, non-exclusive rights, to the User (the "Limited Rights")

(i) to use the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to communicate it to the Beneficiaries only, free of charge, by any means of communication and by any means of remote distribution known or unknown to date, subject to respecting the conditions for use described hereafter; and

(ii) to reproduce the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to physically establish the Questionnaire or to have it physically established, on any paper, electronic, analog or digital medium, and in particular documents, articles, studies, observations, publications, websites whether or not protected by restricted access, CD, Pediatric Quality of Life Inventory™_UserAgreement_March2016_22.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

DVD, CD-ROM, hard disk, USB flash drive, for the Beneficiaries only and subject to respecting the conditions for use described hereafter; and

(II) Should the Questionnaire not already have been translated into the language requested, the User is entitled to translate the Questionnaire or have it translated in this language, subject to informing MRT of the same beforehand by the signature of a Translation Agreement indicating the terms of it and to providing a copy of the translation thus obtained as soon as possible to MRT.

The User acknowledges and accepts that it is not entitled to amend, modify, condense, adapt, reorganise the Questionnaire on any medium whatsoever, in any way whatsoever, even minor, without MRT's prior specific written consent.

(b) Specific conditions for the Owner

The Owner has Intended to transfer a part of the copyright on the Questionnaire and/or the Documentation to MRT in order to enable MRT to make it available to the User for the purpose of the Study, subject to the User respecting the following conditions:

User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the Questionnaire in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wordings or organisation in the Questionnaire, without the prior written agreement of the Owner. If permission is granted, any Improvements, modifications, or enhancements to the Questionnaire which may be conceived or developed, including translations and modules, shall become the property of the Owner.

The User therefore undertakes to respect these special terms.

(c) Specific conditions for the Questionnaire

- * Use in individual clinical practice or Research study / project

The User undertakes never to duplicate, transfer or publish the Questionnaire without indicating the Copyright Notice.

In the case of use of an electronic version of the Questionnaire in academic studies, the User undertakes to respect the following special obligations:

- In case of use of an IT Company (e-vendor), User shall check with Mapi Research Trust that IT Company has signed the necessary License Agreement with Mapi Research Trust before developing the electronic version of the Questionnaire
- Not modify the questionnaire (Items and response scales, including the response scale numbers from 0-4)
- Cite the reference publications
- Insert the Owner's copyright notice on all pages/screens on which the Questionnaire will be presented and insert the Trademark information: PedsQLTM, Copyright © 1998 JW Vami, Ph.D. All rights reserved.
- Mention the following information: "PedsQLTM contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://www.life-mapi-trust.com> and www.pedsql.com/index.htm"
- Submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to Dr James W. Vami before release for approval and to check that the above-mentioned requirements have been respected.

In the case of use of an electronic version of the Questionnaire in commercial studies / projects, the User undertakes to respect the following special obligations:

User shall:

- In case of use of an IT Company (e-vendor), User shall check with Mapi Research Trust that IT Company has signed the necessary License Agreement with Mapi Research Trust before developing the electronic version of the Questionnaire
- Not modify the questionnaire (Items and response scales, including the response scale numbers from 0-4)
- Cite the reference publications
- Insert the Owner's copyright notice on all pages/screens on which the Questionnaire will be presented and insert the Trademark information: PedsQLTM, Copyright © 1998 JW Vami, Ph.D. All rights reserved.

Pediatric Quality of Life InventoryTM UserAgreement_March2016_22.0

- Mention the following information: "PedsQLTM contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://exovide.mapi-trust.org> and www.pedsol.org/index.htm"

- For the first migration of the Questionnaire (generally the original version) into a specific electronic device

- Review of screenshots:

After implementation of the Questionnaire into the device, the user/IT Company will generate screen captures (screenshots) of the original questionnaire as displayed in the device. These will be reviewed by Mapi to check that they are consistent with the original paper version in terms of presentation, content and completion except for specific instructions related to the electronic administration. Corrections that may be needed will be reported to the user/IT Company. In this case, screenshots after correction will be generated for another round of review by Mapi until all screenshots are approved.

Dr James W. Vami will review all approved screenshots for a final validation.

- Usability testing:

Usability testing is a methodology which aims to examine whether respondents are able to use a device and associated software as intended. Major issues of concern in usability testing typically include device complexity, navigation and response selection for example.

The objective of this investigation is to ensure that the electronic version of the questionnaire as included in the device meets usability criteria, focusing on functional aspects and respondents' understanding of instructions. Usability testing consists in interviews with patients where patients will complete the electronic version of the Questionnaire on the device and comment on their understanding of the instructions, ease of use and handiness of the device. A Usability testing report presenting results will be produced. If any changes are recommended, these will be implemented by the user/IT Company. If issues raised by respondents are rated as major, the user/IT Company may need to perform additional developments and another round of interviews may be needed.

Dr James W. Vami will review the changes suggested, if any, following the interviews.

The review of screenshots is mandatory. The usability testing is highly recommended by Mapi, however should the User and/or IT Company decide not to perform this step, Mapi Research Trust shall not be held responsible for any consequence and expense associated with this decision which shall remain the User and/or IT Company's sole liability.

The review of screenshots and usability testing, when and if performed, shall be performed exclusively by Mapi and shall be sponsored by the User.

The performance of the review of screenshots and usability testing will result in a certification of the electronic device original version of the Questionnaires by Mapi for future licenses.

- For the migration of other language versions of the Questionnaire on an existing certified specific electronic device

- Update version

After the electronic device original version of the Questionnaire is fully ready, the Questionnaire's language versions developed for paper administration will be updated to reflect the changes in wording of instructions implemented in the electronic device original version of the questionnaire.

Native speakers of the languages will reflect the changes made to the electronic device original version of the Questionnaire and Pediatric Quality of Life InventoryTM_UserAgreement_March2016_22.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

will provide English equivalents of all changes made for Mapi's quality control.

- Review of screenshots:

After implementation of the Questionnaire into the device, the user/IT Company will generate screen captures (screenshots) of the original questionnaire as displayed in the device. These will be reviewed by Mapi to check that they are consistent with the original paper version in terms of presentation, content and completion except for specific instructions related to the electronic administration. Corrections that may be needed will be reported to the user/IT Company. In this case, screenshots after correction will be generated for another round of review by Mapi until all screenshots are approved.

The update of version and review of screenshots are mandatory. These steps shall be performed exclusively by Mapi and shall be sponsored by the User.

The performance of the update of version and review of screenshots will result in a certification of the electronic device language version of the Questionnaires by Mapi for future licenses.

* Use in a publication:

In the case of a publication, article, study or observation on paper or electronic format of the Questionnaire, the User undertakes to respect the following special obligations:

- not to include any full copy of the Questionnaire, but a version with the indication "sample copy, do not use without permission"
- to indicate the name and copyright notice of the Owner (PedsQLTM, Copyright © 1998 JW Varni, Ph.D. All rights reserved)
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: "PedsQLTM contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France. – internet: <https://research.mapi-trust.org> and www.pedsql.org"
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

* Use for dissemination or marketing:

In the case of use in a dissemination/marketing context:

- On a website with unrestricted access:

The publication of a copy of the PedsQLTM on a website with unrestricted access is not permitted.

- On a website with restricted access:

In the case of publication on a website with restricted access, the User may include a version of the Questionnaire that may be amended, subject to this version being protected by a sufficiently secure access to only allow the Beneficiaries to access it.

Article 3. Term

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire as from the date of delivery of the Questionnaire to the User and for the whole period of the Study.

Article 4. Beneficiaries

The Parties agree that the User may communicate the Questionnaire in accordance with the conditions defined above to the Beneficiaries Involved in the Study only, in relation to the Study defined in section 2.01.

Article 5. Territories and Languages

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire on the following territories and in the languages indicated in the table below:

Questionnaire	Language
PedsQL™ Cardiac module	Spanish for Colombia
PedsQL™ Generic Core Scales	Spanish for Colombia

Article 8. Price and Payment Terms

The User undertakes in relation to MRT to pay the price owed in return for the availability of the Questionnaire, according to the prices set out below, depending on the languages requested and the costs of using the Questionnaire, in accordance with the terms and conditions described in section 6.02 of the General Terms included in Appendix 1.

Access to the Questionnaire in non-funded academic research and individual clinical practice is free of charge.

Agreed and acknowledged by

NATALY BRICEÑO JIMENEZ

01-Feb-2018

Appendix 1 to the Special Terms: User Agreement General Terms

User has read and accepted the Mapi's General Terms of the Agreement, which are available on MRT's website:
<https://provide.mapi-trust.org/user-agreement-general-terms>

Appendix 2 to the Special Terms: References

Generic Core Scales:

- Vami J.W, et al. The PedsQLTM: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care*, 1999; 37(2):126-139
- Vami, J.W., et al. The PedsQLTM 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 2001; 39(8): 800-812.
- Vami, J.W., et al. (2002). The PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales: Sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 175-193.
- Vami, J.W., et al. (2003). The PedsQLTM 4.0 as a pediatric population health measure: Feasibility, reliability, and validity. *Ambulatory Pediatrics*, 3, 329-341.
- Chan, K.S., Mangione-Smith, R., Burwinkle, T.M., Rosen, M., &&& Vami, J.W. (2005). The PedsQLTM: Reliability and validity of the Short-Form Generic Core Scales and Asthma Module. *Medical Care*, 43, 256-265.
- Vami, J.W., &&& Limbers, C.A. (2009). The PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales Young Adult Version: Feasibility, reliability and validity in a university student population. *Journal of Health Psychology*, 14, 611-622.

Asthma Module:

- Vami, J.W., Burwinkle, T.M., Rapoff, M.A., Kamps, J.L., &&& Olson, N. The PedsQLTM in pediatric asthma: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Generic Core Scales and Asthma Module. *Journal of Behavioral Medicine*, 2004; 27:297-318.
- Chan, K.S., Mangione-Smith, R., Burwinkle, T.M., Rosen, M., &&& Vami, J.W. (2005). The PedsQLTM: Reliability and validity of the Short-Form Generic Core Scales and Asthma Module. *Medical Care*, 43, 256-265.

Brain Tumor Module:

- Palmer, S.N., Meeske, K.A., Katz, E.R., Burwinkle, T.M., &&& Vami, J.W. (2007). The PedsQLTM Brain Tumor Module: Initial reliability and validity. *Pediatric Blood and Cancer*, 49, 287-293.

Cancer Module:

- Vami, J.W., Burwinkle, T.M., Katz, E.R., Meeske, K., &&& Dickinson, P. The PedsQLTM in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale, and Cancer Module. *Cancer*, 2002; 94: 2090-2106.
- Robert RS, Paxton RJ, Palla SL, Yang G, Askins MA, Joy SE, Ater JL. Feasibility, reliability, and validity of the pediatric quality of life inventoryTM generic core scales, cancer module, and multidimensional fatigue scale in long-term adult survivors of pediatric cancer. *Pediatric Blood &&& Cancer* 2012; 59:703-707.

Cerebral Palsy Module:

- Vami J.W, Burwinkle T.M, Berni S.J, Sherman S.A, Artavia K, Malcane V.L, Chambers H.G (2005). The PedsQL™ In Pediatric Cerebral Palsy: Reliability, Validity, and Sensitivity of the Generic Core Scales and Cerebral Palsy Module. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48: 442-449.

Cardiac Module:

- Uzark, K., Jones, K., Burwinkle, T.M., & Vami, J.W. The Pediatric Quality of Life Inventory™ in children with heart disease. *Progress In Pediatric Cardiology*, 2003; 18:141-148.
- Uzark, K., Jones, K., Slusher, J., Limbers, C.A., Burwinkle, T.M., & Vami, J.W. (2008). Quality of life in children with heart disease as perceived by children and parents. *Pediatrics*, 121, e1060-e1067.

Cognitive Functioning Scale:

- McCarthy, M.L., MacKenzie, E.J., Durbin, D.R., Aiken, M.E., Jaffe, K.M., Paldas, C.N. et al. (2005). The Pediatric Quality of Life Inventory: An evaluation of its reliability and validity for children with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1901-1909.
- Vami, J.W., Burwinkle, T.M., Katz, E.R., Meeske, K., & Dickinson, F. (2002). The PedsQL™ in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale, and Cancer Module. *Cancer*, 94, 2090-2106.
- Vami, J.W., Limbers, C.A., Sorensen, L.G., Neighbors, K., Martz, K., Bucuvalas, J.C., & Alonso, E.M. (2011). PedsQL™ Cognitive Functioning Scale in pediatric liver transplant recipients: Feasibility, reliability and validity. *Quality of Life Research*, 20, 913-921.

Diabetes Module:

- Vami, J.W., Curtis, B.H., Abetz, L.N., Lasch, K.E., Plaut, E.G., & Zeytoonjan, A.A. (2013). Content validity of the PedsQL™ 3.2 Diabetes Module in newly diagnosed patients with Type 1 Diabetes Mellitus ages 9-45. *Quality of Life Research*, 22, 2169-2181.
- Vami, J.W., Burwinkle, T.M., Jacobs, J.R., Gottschalk, M., Kaufman, F., & Jones, K.L. The PedsQL™ In Type 1 and Type 2 diabetes: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scales and Type 1 Diabetes Module. *Diabetes Care*, 2003; 26: 631-637.
- Nansel, T.R., Welsberg-Bencheil, J., Wysocki, T., Laffel, L. & Anderson, B. (2008). Quality of life in children with Type 1 diabetes: A comparison of general and disease-specific measures and support for a unitary diabetes quality of life construct. *Diabetic Medicine*, 25, 1316-1323.
- Naughton, M.J., Ruggiero, A.M., Lawrence, J.M., Imperatore, G., Klingensmith, G.J., Waltzfelder, B., McKeown, R.E.,
Pediatric Quality of Life Inventory™_UserAgreement_March2016_22.0

Standford, D.A., Lese, A.D., &&& Loots, B. (2008). Health-related quality of life of children and adolescents with type 1 or type 2 diabetes mellitus: SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, 649-657.

- Hillard, M.E., Lawrence, J.M., Modi, A.C., Anderson, A., Crume, T., Dolan, L.M., Merchant, A.T., Yi-Frazier, J.P., &&& Hood, K.K. (2013). Identification of minimal clinically important difference scores of the Pediatric Quality of Life Inventory in children, adolescents, and young adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 36, 1891-1897.

Duchenne Muscular Dystrophy Module:

- Uzark, K., King, E., Cripe, L., Spicer, R., Sage, J., Kinnitt, K., Wong, B., Pratt, J., &&& Vami, J.W. (2012). Health-related quality of life in children and adolescents with Duchenne Muscular Dystrophy. *Pediatrics*, 130, e1559-e1566.

-

End Stage Renal Disease Module:

- Goldstein, S.L., Graham, N., Warady, B.A., Selkaly, M., McDonald, R., Burwinkle, T.M., Limbers, C.A., &&& Vami, J.W. (2008). Measuring health-related quality of life in children with ESRD: Performance of the Generic and ESRD-Specific Instrument of the Pediatric Quality of Life InventoryTM (PedsQLTM). *American Journal of Kidney Diseases*, 51, 285-297.

Eosinophilic Esophagitis:

- Franciosi, J.P., Hommel, K.A., Bendo, C.B., King, E.C., Collins, M.H., Eby, M.D., Marsolo, K., Abonia, J.P., von Tiehl, K.F., Putnam, P.E., Greenier, A.J., Greenberg, A.B., Bryson, R.A., Davis, C.M., Olive, A.P., Gupta, S.K., Erwin, E.A., Kinnert, M.D., Spergel, J.M., Denham, J.M., Furuta, G.T., Rothenberg, M.E., &&& Vami, J.W. (2013). PedsQLTM Eosinophilic Esophagitis Module: Feasibility, reliability and validity. *Journal of Pediatric Gastroenterology && Nutrition*, 57, 57-66.

- Franciosi, J.P., Hommel, K.A., Greenberg, A.B., Debrosse, C.W., Greenier, A.J., Abonia, J.P., Rothenberg, M.E., &&& Vami, J.W. (2012). Development of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Eosinophilic Esophagitis Module Items: Qualitative methods. *BMC Gastroenterology*, 12:135, 1-8.

- Franciosi, J.P., Hommel, K.A., Debrosse, C.W., Greenberg, A.B., Greenier, A.J., Abonia, J.P., Rothenberg, M.E., &&& Vami, J.W. (2012). Quality of life in paediatric eosinophilic oesophagitis: What is important to patients? *Child Care, Health and Development*, 38, 477-483.

Family Impact Module:

- Vami, J.W., Sherman, S.A., Burwinkle, T.M., Dickinson, P.E., &&& Dixon, P. (2004). The PedsQLTM Family Impact Module: Preliminary reliability and validity. *Health and Quality of Life Outcomes*; 2 (55), 1-6.

Pediatric Quality of Life InventoryTM_UserAgreement_March2016_22.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

- Medrano, G.R., Berlin, K.S., &&&& Davies, W.H. (2013). Utility of the PedsQLTM Family Impact Module: Assessing the psychometric properties in a community sample. *Quality of Life Research*, 22, 2899-2907.
- Jiang, X., Sun, L., Wang, B., Yang, X., Shang, L., &&&& Zhang, Y. (2013). Health-related quality of life among children with recurrent respiratory tract infections in Xi'an, China. *PLoS One*, 8(2): e56945.
- Mano, K.E., Khan, K.A., Ladwig, R.J., &&&& Weisman, S.J. (2011). The Impact of pediatric chronic pain on parents' health-related quality of life and family functioning: Reliability and validity of the PedsQL 4.0 Family Impact Module. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 517-527.

Gastrointestinal Symptoms Module:

- Vami, J.W., Bendo, C.B., Denham, J., Shulman, R.J., Seif, M.M., Neigut, D.A., Nurko, S., Patel, A.S., Franciosi, J.P., Saps, M., Verga, B., Smith, A., Yeckes, A., Heinz, N., Langseder, A., Saeed, S., Zacc, G.M., &&&& Pohl, J.F. (In press). PedsQLTM Gastrointestinal Symptoms Module: Feasibility, reliability, and validity. *Journal of Pediatric Gastroenterology &&&& Nutrition*.
- Vami, J.W., Bendo, C.B., Denham, J., Shulman, R.J., Seif, M.M., Neigut, D.A., Nurko, S., Patel, A.S., Franciosi, J.P., Saps, M., Yeckes, A., Langseder, A., Saeed, S., &&&& Pohl, J.F. (In press). PedsQLTM Gastrointestinal Symptoms Scales and Gastrointestinal Worry Scales in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases in comparison to healthy controls. *Quality of Life Research*.
- Vami, J.W., Kay, M.T., Limbers, C.A., Franciosi, J.P., &&&& Pohl, J.F. (2012). PedsQLTM Gastrointestinal Symptoms Module item development: Qualitative methods. *Journal of Pediatric Gastroenterology &&&& Nutrition*, 54, 664-671.

Gastrointestinal Symptoms Scales:

- Vami, J.W., Bendo, C.B., Denham, J., Shulman, R.J., Seif, M.M., Neigut, D.A., Nurko, S., Patel, A.S., Franciosi, J.P., Saps, M., Verga, B., Smith, A., Yeckes, A., Heinz, N., Langseder, A., Saeed, S., Zacc, G.M., &&&& Pohl, J.F. (2014). PedsQLTM Gastrointestinal Symptoms Module: Feasibility, reliability, and validity. *Journal of Pediatric Gastroenterology &&&& Nutrition*, 59, 347-355.
- Vami, J.W., Bendo, C.B., Denham, J., Shulman, R.J., Seif, M.M., Neigut, D.A., Nurko, S., Patel, A.S., Franciosi, J.P., Saps, M., Yeckes, A., Langseder, A., Saeed, S., &&&& Pohl, J.F. (In press). PedsQLTM Gastrointestinal Symptoms Scales and Gastrointestinal Worry Scales in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases in comparison to healthy controls. *Quality of Life Research*.
- Vami, J.W., Kay, M.T., Limbers, C.A., Franciosi, J.P., &&&& Pohl, J.F. (2012). PedsQLTM Gastrointestinal Symptoms Module item development: Qualitative methods. *Journal of Pediatric Gastroenterology &&&& Nutrition*, 54, 664-671.

General Well-Being Scale:

- Vami, J.W., Seld, M., &&&& Kurth, P.S. (1999). Pediatric health-related quality of life measurement technology: A guide for health care decision makes. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 6, 33-40.

- Halstrand, T.S., Curtis, J.R., Aitken, M.L., & Sullivan, S.D. (2003). Quality of life in adolescents with mild asthma. *Pediatric Pulmonology*, 35, 536-543.

Healthcare Satisfaction Generic Module:

- Vami, J.W., Bunwinkle, T.M., Dickinson, P., Sherman, S.A., Dixon, P., Enrice, J.A., Leyden, P.A. & Sadler, B.L. (2004). Evaluation of the built environment at a Children's Convalescent Hospital: Development of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Parent and Staff Satisfaction Measures for pediatric health care facilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2004; 25:10-25.
- Li, J., Yuan, L., Wu, Y., Luan, Y., & Hao, Y. (2013). The Chinese version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™) healthcare satisfaction generic module (version 3.0): Psychometric evaluation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1):113.
- de Souza, F.M., Molina, J., Tereri, M.T., Hilário, M.O., & Len, C.A. (2012). Reliability of the Pediatric Quality of Life Inventory - Healthcare Satisfaction Generic Module 3.0 version for the assessment of the quality of care of children with chronic diseases. *Journal of Pediatrics (Rio J)*, 88, 54-60.

Health Care Satisfaction Module specific for Hematology/Oncology:

- Vami, J.W., Gulgins, D.J.L., & Aysla, G.X. (2000). Development of the Pediatric Hematology/Oncology Parent Satisfaction survey. *Children's Health Care*, 29, 243-255.

Infant Scales:

- Vami, J.W., Limbers, C.A., Neighbors, K., Schulz, K., Lieu, J.E.C., Heffer, R.W., Tuzinkiewicz, K., Mangione-Smith, R., Zimmerman, J.J., & Alonso, E.M. (2011). The PedsQL™ Infant Scales: Feasibility, internal consistency reliability and validity in healthy and ill infants. *Quality of Life Research*, 20, 45-55.
- Grindler, D.J., Blank, S.J., Schulz, K.A., Witsell, D.L., & Lieu, J.E. (2014). Impact of otitis media severity on children's quality of life. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 151, 333-340.
- Bell, N., Knuse, S., Simons, R.K., & Brussoni, M. (2014). A spatial analysis of functional outcomes and quality of life outcomes after pediatric injury. *Injury Epidemiology*, 1-16, 1-10.

Multidimensional Fatigue Scale:

- Vami, J.W., Bunwinkle, T.M., Katz, E.R., Meeske, K., & Dickinson, P. (2002). The PedsQL™ in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale, and Cancer Module. *Cancer*, 94, 2090-2105.
- Vami, J. W., Beaujean, A., & Limbers, C. A. (2013). Factorial Invariance of pediatric patient self-reported Pediatric Quality of Life Inventory™_UserAgreement_March2016_22.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

fatigue across age and gender: A multigroup confirmatory factor analysis approach utilizing the PedsQL™ Multidimensional Fatigue Scale. *Quality of Life Research*, 22, 2581-2594.

- Vami, J.W., Burwinkle, T.M., & Szer, I.S. (2004). The PedsQL™ Multidimensional Fatigue Scale in pediatric rheumatology: Reliability and validity. *Journal of Rheumatology*, 31, 2494-2500.

- Vami, J.W., & Limbers, C.A. (2008). The PedsQL™ Multidimensional Fatigue Scale in young adults: Feasibility, reliability and validity in a university student population. *Quality of Life Research*, 17, 105-114.

- Panepinto, J.A., Torres, S., Bendo, C.B., McCavit, T.L., Dinu, B., Sherman-Blen, S., Berrich-Stolz, C., & Vami, J.W. (2014). PedsQL™ Multidimensional Fatigue Scale in sickle cell disease: Feasibility, reliability and validity. *Pediatric Blood & Cancer*, 61, 171-177.

Neurofibromatosis Type 1 Module:

- Nubakki, K., Hinggen, G.M., Monahan, P., Vami, J.W., & Swigonski, N.L. (2013). Development of the adult PedsQL™ Neurofibromatosis Type 1 Module: Initial feasibility, reliability and validity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11:21, 1-9

Neuromuscular Module:

- Iannaccone, S.T., Hyman, L.S., Morton, A., Buchanan, R., Limbers, C.A., & Vami, J.W. (2009). The PedsQL™ in pediatric patients with Spinal Muscular Atrophy: Feasibility, reliability, and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scales and Neuromuscular Module. *Neuromuscular Disorders*, 19, 805-812.

- Davis, S.E., Hyman, L.S., Limbers, C.A., Andersen, C.M., Greene, M.C., Vami, J.W., & Iannaccone, S.T. (2010). The PedsQL™ in pediatric patients with Duchenne Muscular Dystrophy: Feasibility, reliability, and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Neuromuscular Module and Generic Core Scales. *Journal of Clinical Neuromuscular Disease*, 11, 97-109.

Oral Health Scale:

- Steele, M.M., Steele, R.G., & Vami, J.W. (2005). Reliability and validity of the PedsQL™ Oral Health Scale: Measuring the relationship between child oral health and health-related quality of life. *Children's Health Care*, 38, 228-224.

Pediatric Pain Coping Inventory™:

- Vami, J.W., Waldron, S.A., Gragg, R.A., Rapoff, M.A., Bernstein, B.H., Lindsley, C.B., & Newcomb, M.D. (1996). Development of the Waldron/Vami Pediatric Pain Coping Inventory. *Pain*, 67, 141-150.

Pediatric Pain Questionnaire:

- Vami, J.W., Thompson, K.L., & Hanson, V. (1987). The Vami/Thompson Pediatric Pain Questionnaire: I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain*, 28, 27-38.

Present Functioning Visual Analogue Scales:

- Sherman, S.A., Eisen, S., Burwinkle, T.M., & Vami, J.W. (2006). The PedsQLTM Present Functioning Visual Analogue Scales: Preliminary reliability and validity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4:75, 1-10.

Sickle Cell Disease Module:

- Panepinto, J.A., Torres, S., Bendo, C.B., McCavit, T.L., Dinu, B., Sherman-Bien, S., Berrich-Stolz, C., & Vami, J.W. (2013). PedsQLTM Sickle Cell Disease Module: Feasibility, reliability and validity. *Pediatric Blood & Cancer*, 60, 1338-1344.
- Panepinto, J.A., Torres, S., & Vami, J.W. (2012). Development of the PedsQLTM Sickle Cell Disease Module items: Qualitative methods. *Quality of Life Research*, 21, 341-357.

Stem Cell Transplant Module:

- Lawitschka, A., Góció, E.D., Vami, J.W., Putz, M., Wolf, D., Pavletic, S., Greilix, H., Peters, C., & Felder-Pulg, R. (2014). Health-related quality of life in pediatric patients after allogeneic SCT: Development of the PedsQLTM Stem Cell Transplant Module and results of a pilot study. *Bone Marrow Transplantation*, 49, 1093-1097.

Rheumatology Module:

- Vami, J.W., Seld, M., Knight, T.S., Burwinkle, T.M., Brown, J., & Szer, I.S. (2002). The PedsQLTM in pediatric rheumatology: Reliability, validity, and responsiveness of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Generic Core Scales and Rheumatology Module. *Arthritis and Rheumatism*, 2002; 46: 714-725.

Transplant Module:

- Weisberg-Benchell, J., Zielinski, T.E., Rodgers, S., Greenley, R.N., Askenazi, D., Goldstein, S.L., Fredericks, E.M., McDiarmid, S., Williams, L., Limbers, C.A., Tuzinkiewicz, K., Lemet, S., Alonso, E.M., & Vami, J.W. (2010). Pediatric health-related quality of life: Feasibility, reliability and validity of the PedsQLTM Transplant Module. *American Journal of Transplantation*, 10, 1677-1685.

3. Documento de consentimiento



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual límite, casos de la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar Cundinamarca.

Investigador Principal: Nataly Briceño Jiménez. Profesional en Medicina con Especialización en Psiquiatría y Epidemiología. Candidata a Psiquiatra Infantil.

Objetivo del estudio: Diseñar una intervención multidisciplinaria (psiquiatría, psicología, maestra de apoyo) para el tratamiento de los síntomas ansiosos en los niños y niñas con funcionamiento intelectual límite, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Usted ha sido invitado a participar de este estudio porque su hijo cumple con los criterios para participar de este estudio.

Si usted decide participar, se le solicitará a la directora de grupo un informe escolar sobre el rendimiento académico y relación con compañeros que tiene su hijo.

La intervención tendrá una duración de dos meses, en los cuales, el niño(a) asistirá tres veces por semana durante tres horas diarias a actividades de refuerzo escolar y actividades lúdicas. En este periodo de tiempo, se realizarán valoraciones por psiquiatría y psicología, se aplicarán diferentes pruebas y escalas: Prueba de inteligencia WISC IV, escala de ansiedad Scared en los niños y acudientes y la escala de calidad de vida PedsQL 4.0 a participantes. Las escalas se realizarán al inicio y al terminar la intervención. Los acudientes asistirán a las reuniones grupales cada 15 días con psicología. Una vez terminada la investigación, se realizará una reunión para informar sobre las conclusiones del estudio, siempre reservando la identificación de los participantes. Los fines del estudio son académicos. Sus participantes no recibirán ninguna compensación económica ni de otro tipo por su participación.

Beneficios y Riesgos: Diseñar una intervención participativa que contribuya a la disminución de síntomas ansiosos y mejorar la calidad de vida de los niños y niñas participantes. Me queda claro que en todo momento se respetará la dignidad, los derechos y se velará por el bienestar de mi hijo(a).

No existe en la literatura ningún reporte que evidencie que al participar de este tipo de estudios tenga algún riesgo o daño para los participantes.

Voluntariedad: Su participación es voluntaria. Si usted está de acuerdo en que su hijo(a) participe de este estudio, se le pedirá que firme este documento. En caso que usted reconsidere su participación, cuenta con la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios de ningún tipo ni para usted ni para su hijo (a).

Confidencialidad: Se asegura que no se identificará al niño(a) y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. En caso de retiro del estudio, toda la información obtenida previamente se mantendrá confidencial. En caso de dudas o inquietudes acerca de su participación, o si considera que han sido vulnerados sus derechos o los de su hijo(a) puede comunicarse con:

Universidad El Bosque, Coordinación de Post grados. Campus Universitario, Bogotá.
Teléfono: PBX (571)6489000.

Comité de ética en investigación CEI CAMPO ABIERTO LTDA. Presidente: Dr. Eduardo Angarita. Teléfono: 3106974943

Confirmando he leído, comprendido, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han solucionado, por lo que acepto mi participación y la de mi hijo(a) _____ en el presente estudio. En constancia firmo,

Firma de padre

C.C.

Ciudad y fecha

Firma de la madre

C.C.

Ciudad y fecha

Nombre y firma Testigo 1

CC. _____

Firma del investigador

CC. _____

4. Documento de asentimiento



Documento de Asentimiento (Niños y niñas de 8 a 15 años de edad)

Título del estudio: Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual límite, casos de la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar Cundinamarca.

Investigador Principal: Nataly Briceño Jiménez. Profesional en Medicina con Especialización en Psiquiatría y Epidemiología. Candidata a Psiquiatra Infantil.

Mi nombre es Nataly Briceño soy médica especialista en psiquiatría, junto con dos psicólogas y una profesora. Estas aquí porque tu profesora te recomendó, así que nos reuniremos junto con tus padres (quienes están de acuerdo con que tú y yo estemos hablando) y hablaremos durante dos meses.

Esto lo estamos haciendo con el fin de conocer algunos sentimientos desagradables como la ansiedad (miedo) y problemas con algunos aspectos escolares que afectan tu salud y bienestar. Estos aspectos afectan tu vida.

Si participas de este estudio, asistirás tres veces a la semana después de las clases con una maestra quien te ayudara con las tareas del colegio y harán actividades lúdicas (Juego y recreación). En este tiempo, te reunirás conmigo y con una psicóloga que te aplicará una prueba donde revisarán algunos aspectos de tu inteligencia. También te aplicaremos unas pruebas escritas sobre tus sentimientos y sobre cómo te sientes en el colegio, en la casa, con tu salud y con tus compañeros. Esto lo haremos al iniciar y al terminar la investigación, mientras hacemos las pruebas tu podrás preguntarnos lo que no sea claro para ti. Tus padres se reunirán cuatro veces con una psicóloga y otros padres para hablar sobre unos temas que se han propuesto.

Eres libre de decidir si quieres o no participar. Puedes decidirlo ahora o más tarde, también puedes decir si ahora y luego cambiar de opinión y todo estará bien, no hay problema si no quieres estar en este estudio. He hablado con tus padres y ellos lo entienden. Si decides participar pero después de unos días decides no continuar, así ellos hayan aceptado, no seguiremos. Es tu decisión.

Los resultados de las pruebas se guardaran sin tu nombre. Tus padres estarán presentes en las valoraciones y en la aplicación de las pruebas.

Si te sientes mal durante las entrevistas o sientes que tus derechos no los tenemos en cuenta, puedes llamar a:

Universidad El Bosque, Coordinación de Post grados. Campus Universitario, Bogotá.
Teléfono: PBX (571)6489000.

Comité de ética en investigación CEI CAMPO ABIERTO LTDA. Presidente: Dr. Eduardo Angarita. Teléfono: 3106974943.

Confirmando he leído, comprendido, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y Te he hablado sobre las cosas que haremos, He contestado todas las preguntas que me hiciste y si todo ha sido entendido. Si quieres participar, firma a continuación:

Firma del niño(a) T.I. _____

Ciudad y fecha

Firma del padre C.C. _____

Ciudad y fecha

Firma de la madre C.C. _____

Ciudad y fecha

Nombre y firma Testigo 1 CC. _____

Firma del investigador CC. _____

5. Hoja de Vida del investigador

NOMBRE: NATALY
APELLIDOS: BRICEÑO JIMENEZ
NACIONALIDAD: COLOMBIANA
FECHA DE NACIMIENTO: 8 DE ABRIL DE 1988 Bogotá
EDAD: 28 AÑOS
CORREO ELECTRONICO: lolabiolog5@hotmail.com
TELÉFONO: 3213015997
PROFESION: Médico. Universidad del Tolima.
ESPECIALIZACIÓN: PSIQUIATRIA
REGISTRO: 254912013
FELLOW: PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
ESPECIALIZACIÓN: EPIDEMIOLOGÍA

IDIOMAS

Inglés

Habla aceptable

Escribe Bueno

Lee Bueno

ESTUDIOS REALIZADOS

- Programa Medicina. Universidad del Tolima. Ibagué.2011.
- Programa postgrado en Psiquiatría. Clínica Nuestra Señora De La Paz. FUJNC.
- Programa postgrado en Epidemiología II semestre. UNAB.
- Soporte vital avanzado en colapso cardio-respiratorio, urgencias y emergencias médicas e intervención en trauma. Fundación Salamandra.
- ACLS BLS. Fundación Salamandra. Febrero 2016.

- Curso básico de Medicina Legal y ciencias forenses. Instituto Nacional de Medicina Legal.2012.
- Curso de actualización en Medicina Interna. Universidad de Antioquia.2012.
- Primeros auxilios psicológicos. Universidad Autónoma de Barcelona. Actual.

DIPLOMADOS

- Atención Integral en enfermedades prevalentes de la infancia. AIEPI. 2012. Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Caldas.

CURSO DE PROFUNDIZACIÓN

- Psiquiatría. Hospital San Rafael Girardot 2011.
- Psiquiatría. Unidad mental Hospital Federico Lleras Acosta. 2010.
- Medicina Interna. Hospital San Rafael Espinal 2011.
- Pediatría. Hospital San Rafael Espinal 2011.
- Ginecología. Hospital San Rafael Espinal 2011.
- Urgencias. Hospital San Rafael Girardot 2011.
- Cirugía. Hospital San Rafael Girardot 2011
- Traumatología. Hospital San Rafael Girardot 2011.

EXPERIENCIA LABORAL

- Médico. Servicio de urgencias. Centro de Salud Caparrapí.
- Médico. Servicio consulta externa. Centro de Salud Caparrapí.
- Médico. Servicio consulta externa. Hospital San José de Guaduas.
- Médico. Servicio de urgencias. Hospital San José de Guaduas.
- Médico. Servicio de Urgencias Clínica Tolimed. Melgar 2013.
- Médico. Fundación Nueva vida ICBF. Mosquera 2013.
- Médico. Consulta domiciliaria. Family medical. 2015
- Medica Psiquiatra. Clínica Laing. 2016

MERITOS ACADÉMICOS.

1. Mejor Examen de estado pruebas ICFES año 2004.
2. Beca Estudiantil por mejor promedio académico, tipo A, semestre B – 2007. U.T
3. Beca Estudiantil por mejor promedio académico, tipo A, semestre A –2008.U.T
4. Beca Estudiantil por mejor promedio académico, tipo A, semestre B – 2008 U.T
5. Beca Estudiantil por mejor promedio académico tipo A, semestre A – 2009. U. T
6. Beca Estudiantil por mejor promedio académico, tipo A, semestre A – 2010 U. T
7. Interna destacada hospital San Rafael Espinal semestre A 2011.

TRABAJOS ACADEMICOS REALIZADOS

1. Prevalencia enfermedad diarreica aguda. Municipio Honda Tolima .2006
Directora Dra. Julia Gallego. Universidad del Tolima. Colombia.
2. Estándares de Calidad Clínica ASOTRAUMA Ibagué Colombia. 2010.
Director Dr. Gonzalo Vargas. Universidad del Tolima. Colombia
3. Trabajo de Campo prevención del Dengue Municipio Alvarado Tolima.2010
Directora Dra. Martha Beatriz Díaz. Universidad del Tolima. Colombia.
4. Trabajo de campo familias desplazadas. ASCOFAME 2005-2009. Universidad del Tolima. Colombia
5. Caracterización de pacientes con autismo. Clínica Nuestra Señora de la Paz. 2014.
6. Poster: Síndrome de Steven Johnson. Congreso Latinoamericano de psiquiatría. Cartagena 2013.
7. Poster: Trastorno de conversión la defensa contra lo insoportable. Congreso Nacional de residentes 2014.

REFERENCIA PERSONAL

Dr. Oscar Gómez

Médico Universidad Nacional de Colombia.

Servicio de urgencias. Hospital Universitario de Villavicencio.

Cel.3133256257

6. Adherencia a buena práctica clínica

Yo, Nataly Briceño, identificada con cédula 1110478045, me comprometo a:

Dar cumplimiento a la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, donde hace referencia a la necesidad de que las investigaciones realizadas en seres humanos, se ajusten a los principios científicos y éticos y de cumplimiento con las normas de Buenas Prácticas Clínicas y la Declaración de Helsinki 2016.

Nataly Briceño

Cédula de ciudadanía: 1110478045

7. Declaración de conflicto de interés

Yo, Nataly Briceño, identificada con cedula de ciudadanía número 1110478045 de Ibagué, dejo constancia que no tengo conflicto de Interés para desarrollar el estudio titulado: Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual limite, casos de la institución educativa departamental mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar Cundinamarca. En los siguientes aspectos:

- En ninguno de los roles asignados.
- No tener intereses o acuerdos financieros con ninguno de los miembros de su familia de primera línea.
- No tener intereses o acuerdos financieros de ninguna índole, con excepción de prestar servicios profesionales dirigidos a educación médica con independencia total para la expresión e interpretación del conocimiento científico y evidencia médica disponible.

Nataly Briceño

Cc 1110478045

8. Autorización de representante legal de la Institución donde se desarrollará el estudio.

AUTORIZACION

Reciban un cordial saludo, por medio de la presente yo, Lola Jiménez identificada con CC 38281331 en calidad de rectora de la Institución educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte autorizo la realización del estudio titulado: Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual limite, casos de la institución educativa departamental mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar Cundinamarca.

Estudio con fines académicos, cuyos resultados serán socializados a padres de familia y comunidad escolar, reservando el nombre de los participantes.

Lola Jiménez

Rectora

Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual límite, casos de la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar Cundinamarca

Briceño-J, N., Vásquez R & Prieto, L.

Resumen

El funcionamiento intelectual límite (FIL) se conceptualiza actualmente como la barrera que separa el funcionamiento intelectual normal de la discapacidad intelectual (coeficiente intelectual 71- 85). El FIL es una entidad clínica sumamente compleja, que apenas ha sido estudiada. Este trabajo se desarrolló en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte, representando un espacio ideal para la intervención de diferentes problemas en los niños, además es donde se genera el principal motivo por el que consultan los padres de los niños con FIL: “bajo rendimiento académico” que puede o no asociarse con problemas disciplinarios y de convivencia con pares, con deficiencias en los procesos escolares asociados a síntomas de ansiedad, disminuyendo la calidad de vida de los niños y sus padres.

El presente estudio realizó un manejo interdisciplinar que incluye psiquiatría, psicología y profesora de apoyo por dos meses, para el tratamiento de los síntomas ansiosos y mejoría en la calidad de vida de niños con FIL. La muestra estuvo conformada por 30 niños con FIL diagnosticados por medio de la clínica y el WISC IV, con síntomas ansiosos documentados por medio de la entrevista clínica y el SCARED, se documentó la calidad de vida por medio de la escala PedsQL 4.0. Los resultados mostraron que: 1. Los síntomas ansiosos son detectados tanto por padres como por los mismos niños y niñas, al igual que el cambio después de la intervención multidisciplinaria. 2. Los resultados obtenidos con la escala de calidad de vida PedsQL 4.0, deben interpretarse con cautela porque se requiere intervenciones más largas para la modificación de la percepción de la calidad de vida o se requiere de la validación en la región de la escala.

Palabras claves: Calidad de vida, coeficiente intelectual, niños (as), rendimiento escolar, síntomas ansiosos.

Abstract

Borderline intellectual functioning (BIF) is currently conceptualized as the barrier that separates normal intellectual functioning from intellectual disability (IQ 71-85). FIL is a highly complex clinical situation, which has hardly been studied. This research was carried out at Antonio Ricaurte school, showing an ideal space for the intervention of different problems in children, it is also where is generated the main reason for consulting the parents of the children with BIF: "poor academic performance" that may or may not be associated with disciplinary problems and coexistence with peers, with deficiencies in the medical processes associated with anxiety symptoms, decreasing the quality of life of children and their parents.

The current research carried out an interdisciplinary management that includes psychiatry, psychology and support teacher for two months, in order to the treatment of anxious symptoms and improvement in the quality of life of children with BIF. The sample consisted of 30 children with BIF diagnoses through clinical exams and the WISC IV, with anxious

symptoms documented by means of clinical interview and SCARED, the quality of life was documented through the PedsQL 4.0 scale. The results showed that: 1. the anxious symptoms are detected both by parents and by the children themselves, as well as the change after the multidisciplinary intervention 2. The results obtained with the PedsQL 4.0 quality of life scale should be interpreted with caution because longer interventions are required to modify the perception of quality of life or validation is required in the region of the scale.

Keywords: Quality of life, IQ, children, school performance, anxious symptoms

Introducción

El funcionamiento intelectual límite se conceptualiza actualmente como la barrera que separa el funcionamiento intelectual normal de la discapacidad intelectual (Coeficiente Intelectual 71 - 85). A pesar de su magnitud, su prevalencia no puede ser cuantificada y no se ha operativizado su diagnóstico (1).

El funcionamiento intelectual límite es una entidad clínica sumamente compleja, que apenas ha sido estudiada. De hecho no existe un mínimo consenso en la comunidad científica sobre a qué nos referimos cuando hablamos de FIL (Funcionamiento Intelectual Limítrofe); y sobre su relación con otros trastornos del desarrollo (1).

En estudios realizados en el Hospital de la Misericordia, se han descrito que los niños y niñas con capacidad intelectual límite padecen de diversas patologías mentales dentro de ellas la ansiedad, lo que genera problemas en la adaptación a nivel familiar, escolar y social. Representando una población que requiere una considerable cantidad de apoyo y atención en diferentes momentos de sus vidas. En la niñez es una de las principales causas de mal desempeño escolar que llevan a graves consecuencias como la deserción, pobre funcionamiento laboral posterior, pobres ingresos y mayor demanda de servicios médicos (3).

El colegio representa un espacio ideal para la intervención de diferentes problemas en los niños, además es donde se genera el principal motivo por el que consultan los padres de los niños con funcionamiento intelectual límite: “bajo rendimiento académico” que puede o no asociarse con problemas disciplinarios y de convivencia con pares, con deficiencias en los procesos de lectoescritura y cálculo, baja autoestima, pobreza para establecer vínculos afectivos, quejas somáticas inespecíficas e incluso intento de suicidio (3).

Es necesario el reconocimiento clínico de los niños con funcionamiento intelectual limítrofe con el fin de ofrecer un reconocimiento de la entidad para crear políticas públicas que les permita una inclusión a los sistemas de salud, educación y trabajo, garantizando una adecuada calidad de vida.

Saber qué intervenciones son las más adecuadas y cuáles son las necesidades de atención que presenta este colectivo es de vital importancia para implementar un modelo de atención integral centrado en la persona.

El presente trabajo propone un modelo de intervención que incluye profesores, padres, servicio de psicología, profesora de apoyo y psiquiatría para el tratamiento de síntomas ansiosos y mejoría en la calidad de vida.

Materiales y métodos

Se utilizó la entrevista semiestructurada realizada por el investigador principal (psiquiatra), para la recolección de la información y evaluación de síntomas ansiosos en los niños (as). Se realizará una primera entrevista de 60 minutos con el acudiente y el niño (a) y se citó la madre donde se recolectaron los datos correspondiente a la edad del niño, escolaridad de la madre, antecedentes del niño (a) y se evaluó los síntomas ansiosos y el funcionamiento intelectual límite, se tuvo en cuenta los criterios DSM 5.

En una segunda entrevista realizada por el psiquiatra y la psicóloga, donde se citó al acudiente y al niño (a) se aplicó el Scared con una duración de 20 minutos. Se dio la explicación al acudiente y al niño(a) sobre la forma que se contestó la escala. Luego se dio instrucciones para que el niño (a) diligencie la escala de calidad de vida PedsQL 4.0 con una duración de 30 minutos.

El investigador principal entregó un documento a los directores de grupo (profesores) de los grados cuarto y quinto pidiendo información sobre aspectos académicos y de comportamiento de los niños (as) participantes en el estudio. Se recolectó el documento a la semana de ser entregado.

Se contrató una psicóloga con entrenamiento en la aplicación de pruebas de inteligencia para que aplique el WISC-IV, informando para cada niño (a) del estudio el coeficiente intelectual total y el informe de las diferentes sub - escalas.

Después de la intervención, nuevamente se citó a los padres y niños (as) para la valoración clínica de los niños (as) por parte del psiquiatra. La psicóloga dio nuevamente las instrucciones para realizar el Scared por los padres y los niños y la escala de calidad de vida con una duración de 90 minutos.

Ruta de evaluación:

1. Remisión por parte de profesores al programa de niños con bajo rendimiento académico.
2. Evaluación clínica:
 - 2.1 Historia clínica (médica psiquiatra)
 - 2.2 Informe escolar (profesores)
 - 2.3 WISC-IV. Reporte de CI entre 71 – 84 (psicóloga con entrenamiento y certificación en pruebas de inteligencia)
3. Evaluación de síntomas ansiosos (médica psiquiatra y psicóloga)
 - 3.1 Hallazgos clínicos (médica psiquiatra)
 - 3.2 Scared niños y niñas
 - 3.3 Scared padres
4. Evaluación de calidad de vida: Inventario de calidad de vida pediátrica PedsQL 4.0 niños y niñas.

Intervención

Se diseñó un programa con una duración de 2 meses. Hasta el momento no se encontró programas validados para el tratamiento de síntomas ansiosos en niños con funcionamiento intelectual límite.

Resultados

Descripción de los niños y niñas participantes. En el estudio participaron 13 niñas y 17 niños que cursaban cuarto o quinto de primaria de la Institución Educativa Antonio Ricaurte, la edad promedio fue de 10 años.

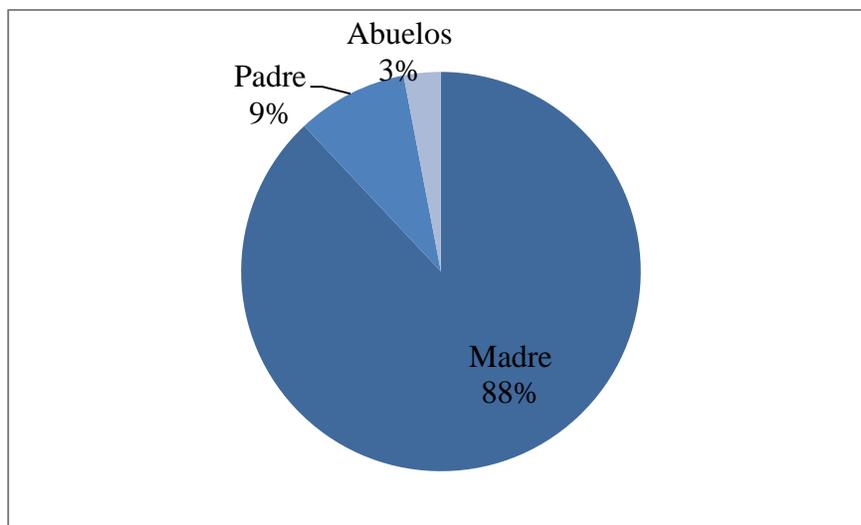
Los acudientes estuvieron representados por el 88% por la madre, el 9% de padres y el 3% abuelos (figura 1). La edad promedio de los acudientes fue de 38 años, los acudientes que realizaban trabajos diferentes a ser ama de casa fueron el 21%, las ocupaciones realizadas fueron bomberos, oficios varios, enfermera y mesera. El nivel educativo fue del 3% profesionales, 3% ninguno, 24% bachilleres y el 70% primaria. Los acudientes manifestaron en la consulta las dificultades que observaban en sus hijos fueron: no obedece, es un niño muy difícil de carácter de muy mal genio y le gusta jugar mucho, es mal estudiante, es distraído, no hace tareas, es de muy mal genio, se le dificulta aprender, le cuesta concentrarse y es hiperactivo, el tiempo promedio en que se han presentado las dificultades fue de 1 año.

Dejó de orinarse en su ropa tuvo un promedio de 20,1 meses ($\sigma = 10,9$), dejó de orinarse en la cama en la noche 21,8 meses ($\sigma = 14,4$), control de esfínter para materia fecal 22 meses ($\sigma = 11,8$), todavía se orina o mancha de materia fecal la ropa interior el 9% respondió positivo.

En el desarrollo del lenguaje los acudientes reportaron: el 15% tiene problemas de pronunciación, el 6% reporta que hay lugares donde los niños no hablan.

En la caracterización de los antecedentes prenatales, natales y neurodesarrollo. El 15% reporto antecedentes de infecciones al nacer (figura 2a), solo el 3% manifestó que hubo sagrado durante el primer trimestre de embarazo, el segundo trimestre y el tercer trimestre (figura 2b). El 15% manifestaron que el nacimiento fue por cesárea (figura 2c), 12% de los niños nació antes de tiempo de igual manera el 12% tuvo complicaciones en el parto (figura 2d), el peso promedio al nacer fue de 3155,33 gramos ($\sigma = 545,8$), la talla promedio al nacer fue de 49,1 cm ($\sigma = 4,1$), el 18% de los niños necesitó incubadora,

Figura 1. Representación familiar en porcentaje de los acudientes de los niños y niñas participantes.



el 9% de los niños nació después de tiempo. El desarrollo de los hitos de desarrollo en general reportada por los acudientes de los niños fue: 57% igual de rápido comparado con otros niños, 18% más rápido y el 21% menos rápido.

Al preguntarles a los acudientes si los niños y niñas tenían algún problema de salud fue positivo el 27% y negativo el 73%, entre las enfermedades reportadas están: asma, dengue y alergias. Igual porcentaje de los que reportaron problemas de salud, reportaron fracturas o accidentes. El 15% reportaron que eran algún tipo de alergia, al 3% de los niños se le ha formulado algún medicamento, Al 9% de los niños le han realizado alguna cirugía.

El 3% reportaron que alguien de la familia ha sufrido depresión u otra enfermedad mental (figura 3a),

el 30% de los familiares de los niños consume drogas ilícitas o tiene problemas por beber alcohol (figura 3b).

El 27% de los acudientes reportaron que sus hijos eran tímidos con otros niños (figura 4a), el 12% reportaron que otros niños lo rechazaban (figura 4b), el 45% de los niños discute con los adultos (figura 4c), El 27% de los acudientes conoce a los amigos de su hijo (figura 4d), El 33% de los niños es tímido con los adultos (figura 4e), los acudientes reportan que el 30% de los niños pelea con otros niños (figura 4f), el 15% de los niños se rebela a la autoridad (figura 4g). El 12% de los acudientes reportó que en la familia alguien tiene dificultades como las presentadas con el niño o niña (figura 4h).

Figura 2. Caracterización prenatal. a. Porcentaje de registro de infecciones al nacer, b. Porcentaje de presencia de sangrado al nacer, c. Porcentaje de nacimiento por cesárea y d. Porcentaje de nacimiento antes de tiempo.

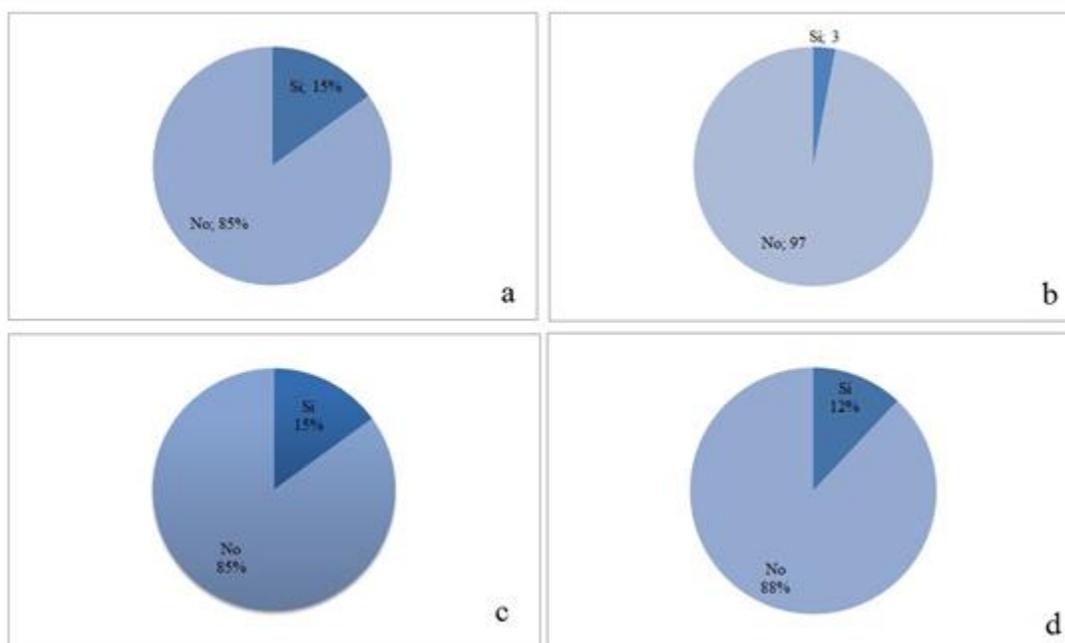
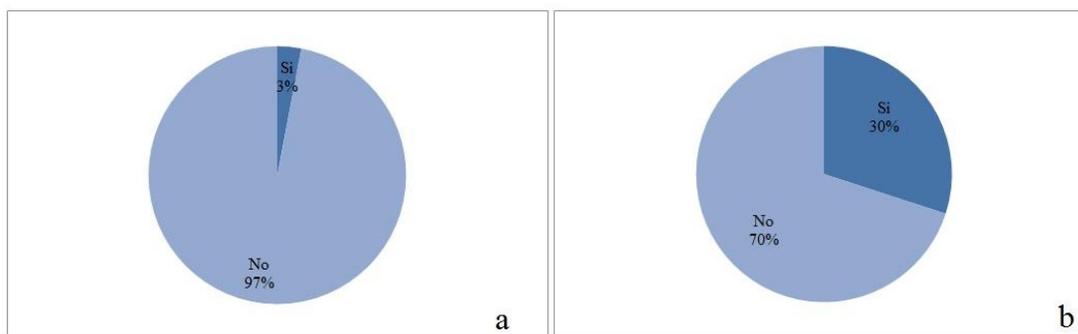


Figura 3. Caracterización de presencia de problemas mentales y consumo de drogas en acudientes. a. Antecedente familiar de depresión u otra enfermedad mental, b. Consumo de drogas ilícitas, tiene o ha tenido problemas por beber alcohol.



En el desarrollo escolar los acudientes reportaron que el 63% de los niños no asistió a la guardería, el 37% de los niños inició la guardería a partir de los 7 meses y la edad máxima fue 3 años. La menor edad de inicio del preescolar fue 4 años y la máxima 6 años, la edad de inicio de la básica primaria fue 5 años y la máxima de 7 años. El 51% de los niños y niñas ha perdido años escolares, el 12% de los niños faltan al colegio con frecuencia, el 63% tiene problemas de escritura, el 66% tiene dificultades de lectura, el 66% tiene dificultades en matemáticas, el 36% se niega a hacer tareas, el 9% se escapan de clase, al 48% lo han cambiado de colegio. El 57% presta adecuada atención en clase.

Las relaciones en la casa reportadas por los acudientes fueron: las formas de premio ante buenas conductas entre las más comunes registradas fueron: “se le compra lo que ha querido, dejándolo jugar, felicitándolo y no se premia”, las cosas buenas que realiza el niño reportadas fueron: “obedece, juega futbol, es muy amorosa, ayuda en la casa, es tierno con los animales y ninguna”, dentro de las formas de castigarlo se encuentran: “no dejarlo jugar, no podrá usar el computador, se le quita lo que más le gusta, regañarlo y no castiga”, el más flexible en la casa reportado por los acudientes fue la madre con el 36%, los abuelos con el 9% y nadie con el 55%.

El más severo para ejercer la disciplina fue: el padre con 30%, la madre con 18%, los abuelos y otros como hermanos y tíos con el 16% y nadie con el 36%. Los acudientes reportaron que el 42% no hay desacuerdo entre los familiares en el momento de castigo, el 39% reportaron que en ocasiones hay desacuerdo y el 19% reportaron que siempre se generan desacuerdos entre los padres. El 18% reportaron que hay familiares que intervienen en la disciplina de los niños entre los familiares se encuentran: padrastro, hermano, tío y abuelos.

Evaluación del coeficiente intelectual. Los resultados de la evaluación del coeficiente intelectual a través de la escala WISC-IV, mostraron que: la muestra se encuentra en el intervalo de coeficiente limítrofe.

Escala de ansiedad para niños y acudientes Scared. Los resultados de la escala de Scared, presentó que entre las respuestas de los padres y los niños, no hubo diferencia estadística significativa ($p > 0.1$). Por lo tanto, la identificación de síntomas ansiosos en el niño es correspondida por la que identifica su acudiente ($p = 0.1248$) (figura 5).

Figura 4. Relaciones sociales de los niños con sus pares y con los adultos. a. Timidez con otros niños, b. Sensación de rechazo de pares, c. Discusiones frecuentes con adultos, d. Los adultos conocen los amigos de su hijo, e. Timidez con adultos, f. Peleas frecuentes con pares, g. El niño se rebela a la autoridad, h. Algún familiar ha tenido dificultades como el niño.

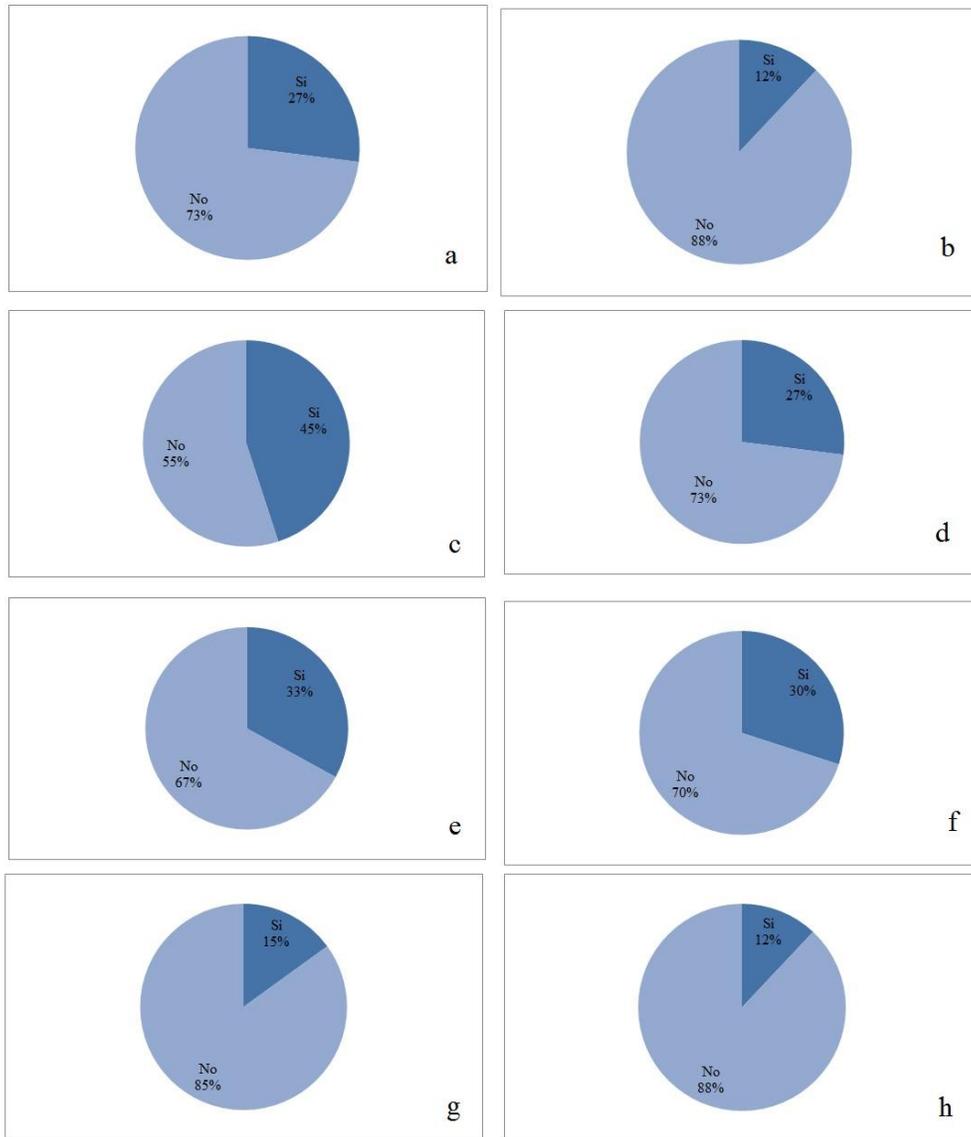
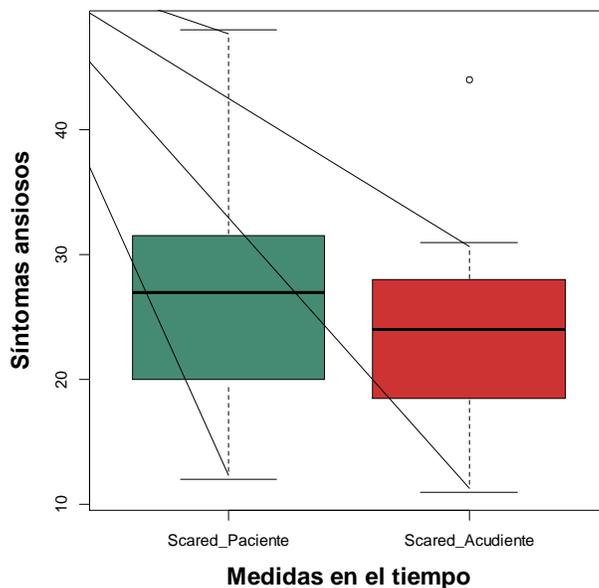


Figura 5. Evaluación de los síntomas ansiosos en niños y acudientes con la escala Scared.



Dominios de calidad de vida a través de la escala PedsQL 4.0 al inicio del estudio.

Los dominios presentaron los resultados que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados de los dominios de la escala PedsQL 4.0

Dominios	Media	Desviación estándar
Mi salud y actividades	6	5,1
Mis sentimientos	5	3,2
¿Cómo me llevo con otros niños?	3	3,9
En la escuela	9	5,2
Total calidad de vida pediátrica	22,4	10,1

Intervención multidisciplinaria. Se realizaron 27 sesiones donde se reforzaron las tareas y se realizaban actividades para fortalecer habilidades en los niños y niñas participantes los temas tratados en cada una de las sesiones se presentan en la tabla 2, 3 y 4 (figura 6, 7 y 8).

Tabla 2. Sesiones de la intervención multidisciplinaria.

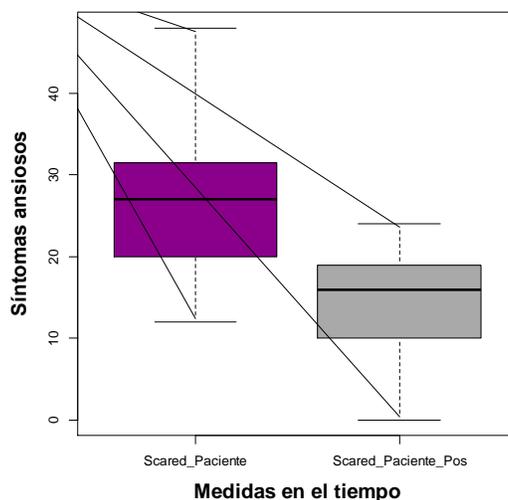
Número de Sesión	Tema tratado en la Intervención
1	Encuadre, presentación de objetivos de la intervención, presentación de normas de convivencia.
2	Manchas de colores, manchas mágicas
3	Técnica del recorte
4	Técnica del pegado
5	Sesión para incentivar la creatividad, utilizando pinturas, recorte y pegado.
6	Técnica recortando, entorchando y coloreando
7	Técnica Origami. creativos con papel
8	Técnica manejo del lápiz
9	Ejercitar el manejo del lápiz y la creatividad
10	Elaboración de plastilina y figuras de plastilina.
11	Técnica rasgado y corrugado de papel, pegado y manejo de trazos
12	Técnica coloreado con crayolas
13	Técnica esgrafiado, se trabaja con diversos colores de crayolas y luego con una aguja.
14	Técnica manchas de las manos
15	Técnica borrador
16	Técnica esparcidos. Esparcir pintura sobre plantillas para lograr figuras
17	Técnica amarrado y combinación de colores. Utilización de materiales reciclados para crear adornos.
18	Formación de figuras con material encontrado. Se realiza

	con el objetivo de estimular la creatividad con los elementos que el niño (a) encuentre a su alrededor.
19	Escritura y memoria. Se les pedirá a los estudiantes que resuelvan un crucigrama.
20	Realizar adornos con platos desechables, escarcha y foamy.
21	Estimular en los estudiantes la motricidad fina, la concentración a través de la combinación de colores y texturas.
22	Crear objetos a partir de palos de madera.
23	Realizar adornos navideños a partir de material reciclado.
24	Crear formas de animales con material reciclado.
25	Elaborar tarjeta navideña a partir de colores.
26	Colorear una figura siguiendo instrucciones.
27	Elaborar figuras navideñas con el pegado y recortado de foamy.

Evaluación de la escala de ansiedad para niños antes y después de la intervención.

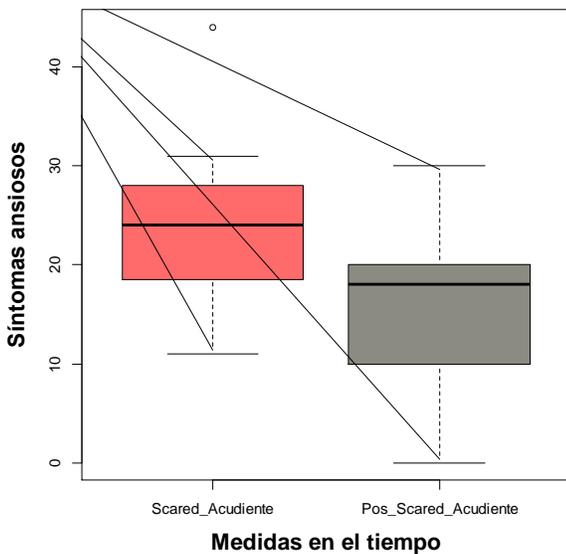
Los resultados mostraron que el factor tiempo, considerado en esta investigación como la intervención multidisciplinaria fue estadísticamente significativo ($p < 0.0001$). Los síntomas ansiosos que se evaluaron al inicio del estudio disminuyeron después de la intervención, esta disminución es estadísticamente significativa ($p = 3,55 \times 10^{-6}$) (figura 10).

Figura 10. Síntomas ansiosos de los niños antes y después de la intervención.



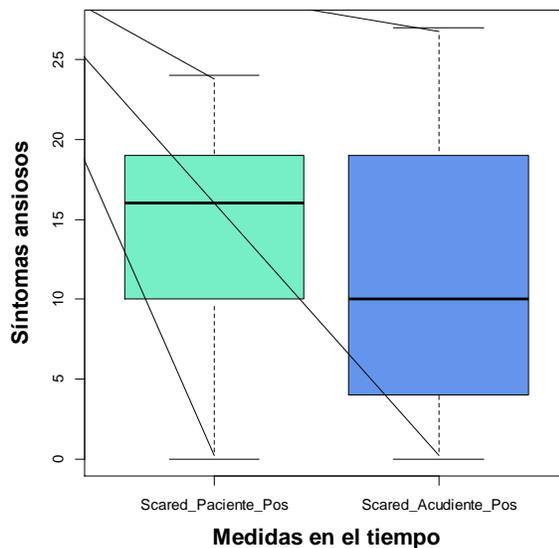
Evaluación de la escala de ansiedad de los acudientes antes y después de la intervención. Los resultados mostraron que el factor tiempo, considerado en esta investigación como la intervención multidisciplinaria fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Los síntomas ansiosos que se evaluaron al inicio del estudio en los acudientes disminuyeron después de la intervención, esta disminución es estadísticamente significativa ($p = 0.002$) (figura 11).

Figura 11. Evaluación de los síntomas ansiosos de los acudientes de los niños antes y después de la intervención.



Evaluación de la escala de ansiedad de los niños y los acudientes después de la intervención. Los resultados de la escala de Scared, presentó que entre las respuestas de los padres y los niños después de la intervención, no presentó diferencia estadística significativa ($p > 0.1$) ($p = 0.152$) (figura 12).

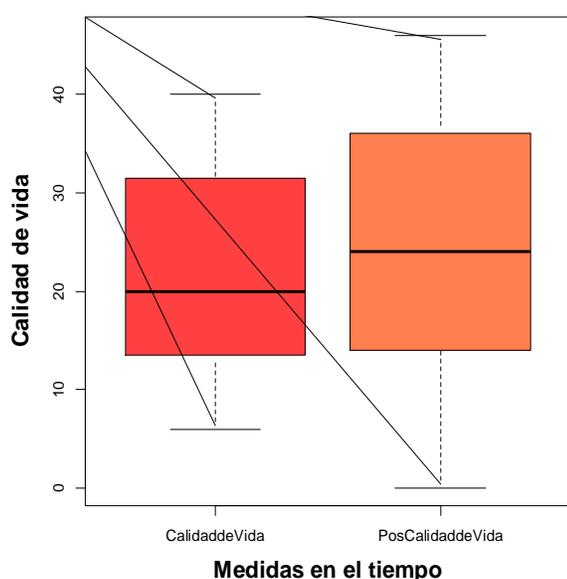
Figura 12. Evaluación de los síntomas ansiosos en niños y acudientes después de la intervención.



Evaluación de los dominios de calidad de vida a través de la escala PedsQL 4.0 después de la intervención.

Los resultados mostraron que la evaluación de los dominios de la calidad de vida después de la intervención no presentó diferencia estadística significativa ($p>0.1$) ($p=0.476$) (figura 13).

Figura 13. Evaluación de la calidad de vida antes y después de la intervención.



Discusión

Descripción de los niños y niñas participantes.

Los acudientes en su mayoría son representados por la figura materna (79%) realizan labores en el hogar y tienen un nivel escolar que solo alcanza la primaria (70%). Los acudientes manifestaron los síntomas ansiosos como interferencias en el desempeño global de los niños (36), porque implica respuestas en diversos contextos o situaciones de forma desadaptativa y por lo tanto afecta no solo al individuo sino a las personas que se encuentran a su alrededor (36).

De la identificación a tiempo dependerá la calidad de vida del menor por ejemplo diferentes formas de ansiedad repercute directamente en el pronóstico escolar de los menores (37).

En muchas oportunidades no resulta sencillo definir si se trata de un trastorno de ansiedad en los menores o si es una situación de temor o angustia que hace parte del desarrollo cognoscitivo y emocional del niño porque existen diferentes miedos a lo largo del desarrollo que van variando y que no se pueden englobar dentro de un trastorno de ansiedad. A diferencia de los miedos, la ansiedad es más difusa e inespecífica. En el caso de los trastornos de ansiedad es frecuente encontrar preocupaciones irracionales que causan interferencia significativa en el funcionamiento del niño (36). Es frecuente que estos cuadros sean subdiagnosticados.

Los síntomas ansiosos se han asociado con el bajo rendimiento académico, niños que poseen elevados niveles de ansiedad obtuvieron bajos logros especialmente en lectura y matemáticas (38). Aunque en la contraparte algunos autores consideran que en ocasiones la ansiedad momentánea resulta beneficiosa para las personas (38), incluso se propuso que la ansiedad podría ser la “sombra de la inteligencia”. En este sentido, se planteaba que la capacidad humana de planificar detalladamente los eventos futuros se relacionaba con la persistente sensación de que algo podría salir mal, y para contrarrestar esto se debía estar lo mejor preparados para afrontar tales situaciones hipotéticas. Es por ello que la ansiedad es un estado de ánimo estrechamente relacionado con el futuro.

Coficiente intelectual limítrofe

En este estudio el grupo de niños y niñas participantes se ubicaron dentro del puntaje de coeficiente intelectual limítrofe (entre 71 y 84),

las consultas de los profesores por su bajo rendimiento académico, la baja concentración y la hiperactividad de muchos de los niños y niñas participantes fue la primera clasificación para luego aplicar el test de inteligencia. Respecto a la etapa de escolarización, se afirma que es el colegio donde se observan las dificultades académicas y sociales de los niños y adolescentes con inteligencia limítrofe (40). Los reportes académicos de los niños y niñas participantes, también se relacionan con las consecuencias reportadas en la literatura para casos de coeficiente intelectual límite teniendo una mayor dificultad en áreas como lectoescritura y cálculo, en el ámbito personal se relaciona con baja autoestima, con dificultades para establecer vínculos afectivos, con quejas somáticas inespecíficas e incluso intentos de suicidio (41). Es plausible pensar que un individuo con un bajo nivel de inteligencia tiende a ser más inatento por la dificultad en seguir los aprendizajes cuya comprensión no alcanza debido a su baja capacidad de inteligencia. La misma suposición se podría aplicar con respecto a los trastornos del aprendizaje (la baja capacidad de inteligencia influye negativamente en las habilidades lectoras) (42).

La condición del coeficiente intelectual limítrofe sumado a condiciones socioeconómicas desfavorables, es un factor que puede aumentar la vulnerabilidad del individuo a cualquier psicopatología y afectar su calidad de vida (43). El aumento en los problemas de aprendizaje por los menores para unos autores está relacionado con los cambios en la clasificación de los límites de la inteligencia (44). Para otros, el aumento se debe a la existencia de una mayor sensibilidad hacia estos problemas y a una mayor ocurrencia de trastornos del neurodesarrollo (45).

En general son niños que pueden adquirir habilidades prácticas y conocimientos académicos hasta el nivel de 6° de primaria. En la adolescencia pueden presentar problemas de adaptación social y van a necesitar apoyos especiales para cursar la secundaria. A pesar de que tienen dificultades para adaptarse a las exigencias del entorno y a ambientes competitivos, son capaces de adquirir una independencia mínima (46).

Para nuestro grupo de estudio no fue posible asociar la incidencia de la inteligencia limítrofe a problemas al nacer, talla, peso, problemas durante el embarazo porque sus cuidadores no reportaron este tipo de situaciones en la entrevista clínica. Sin embargo, la inteligencia limítrofe también se ha asociado con trastornos genéticos y aspectos socioculturales-familiares que inciden en la aparición y/o mantenimiento (47; 48). Se han encontrado comorbilidades del coeficiente limítrofe con el trastorno del aprendizaje, trastorno del lenguaje y el déficit de atención con hiperactividad (45), en este estudio se encontró comorbilidad del coeficiente limítrofe con los síntomas ansiosos.

Síntomas ansiosos

De forma general, hasta el momento se podría afirmar que la ansiedad o las respuestas de ansiedad hacen referencia a la combinación de diferentes manifestaciones físicas y psicológicas que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan en momentos de crisis, o bien como un estado persistente, este último empeorando el cuadro clínico.

Las respuestas de ansiedad se relacionan estrechamente con la anticipación de eventos futuros que se perciben como peligrosos (49).

Los resultados de este documento mostraron que existe correspondencia estadística entre la identificación de síntomas ansiosos por parte de los menores y del acudiente, este mismo resultado se obtuvo al inicio de la intervención como al final de la intervención, teniendo niveles más bajos en síntomas ansiosos al final de la intervención.

Intervenciones con terapias cognitivo-conductual con intervención familiar han mostrado eficacia en el tratamiento de los síntomas de la ansiedad por separación en niños de edad media de 10,5 años (39). Educar a los padres en la identificación y el manejo de los síntomas ansiosos de los niños permite disminuir los síntomas ansiosos de los niños (49).

Nuestros resultados mostraron que después de la intervención multidisciplinaria los síntomas ansiosos de los niños y niñas disminuyeron de manera estadísticamente significativa, lo que permite comprobar la eficacia de la intervención en la disminución de síntomas ansiosos en menores, reafirmando la eficacia de la intervención en la disminución de los síntomas ansiosos fue la evaluación de los síntomas por parte de los acudientes antes y después de la intervención.

La confirmación de la eficacia de la intervención por parte de los padres muestra que los padres cumplen varias funciones en relación con la salud de sus hijos: son los encargados de identificar sus necesidades de salud, de poner en práctica los tratamientos médicos prescritos, de llevarlos periódicamente a los servicios de salud y de monitorizar la efectividad de las intervenciones terapéuticas (50).

Las versiones dirigidas a informantes indirectos, padres, cuidadores o médicos (apoderados), constituyen una fuente complementaria y alternativa de información,

puesto que proveen una perspectiva diferente que se debe analizar para entender esas diferencias y obtener la imagen más certera de la salud del niño y la influencia sobre su calidad de vida (51).

Intervención multidisciplinaria

A menudo padres y profesores no advierten que los niños y adolescentes están sufriendo problemas de ansiedad, debido a la naturaleza interiorizada del trastorno. Padres y profesores tienden a restar importancia al trastorno, siendo mayor el número de consultas y tratamiento solicitado ante trastornos exteriorizados del tipo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o problemas de conducta.

En aquellos casos en los que los niños acuden a tratamiento, el trastorno suele tener una larga trayectoria y estar bien establecido, por lo que muchos de los efectos adversos a nivel académico y en las relaciones con iguales ya han ocurrido y es complejo volver a ese punto anterior (52). Intervenciones en el manejo de la ansiedad por parte de profesores han mostrado eficacia en la disminución de los síntomas ansiosos como el programa de prevención *FRIENDS* desarrollado por el grupo de investigación australiano de las Universidades de Queensland y Griffith (53), el programa multicomponente de intervención grupal dirigido a niños y adolescentes entre 7 y 16 años. Se estructura en 12 sesiones de 45-60 minutos de duración. Dos de ellas son sesiones de repaso que se realizan al mes y a los tres meses de finalización del bloque principal. Se incluyen tres sesiones de intervención, también grupal, con los progenitores.

El programa recurre a los procedimientos cognitivo-conductuales que tradicionalmente se utilizan en la intervención para los problemas de ansiedad

(educación sobre la ansiedad, entrenamiento en técnicas de control de la activación, detección y sustitución de pensamientos automáticos negativos, autorreforzamiento abierto y encubierto, entrenamiento en solución de problemas y exposición gradual). El programa de prevención indicada *Penn Prevention Program* (54) incluye 12 sesiones basadas en la terapia cognitivo-conductual. Está diseñado para combatir distorsiones cognitivas y déficits relacionados asociados con la depresión, como problemas de conducta, dificultades en las relaciones con iguales, baja autoestima y bajos resultados académicos. El programa de actividad física incluye 3 sesiones semanales de 90 minutos durante 10 semanas y un programa de actividad física (55).

De acuerdo con la evidencia en la disminución de síntomas ansiosos la intervención multidisciplinaria diseñada en esta investigación mostró ser eficaz para disminuir los síntomas ansiosos. Otras investigaciones en la utilización de intervenciones preventivas en síntomas ansiosos en niños han mostrado disminución comparando el inicio y el postest (56). Además, la intervención desarrollada en esta investigación permitió disminuir la deserción de los niños y los costos de tratamientos. Un factor que ayudó a la permanencia del grupo de pacientes fue que se realizó dentro de la institución educativa.

Durante las intervenciones individuales se realizó un enfoque cognitivo conductual, este tipo de intervención han demostrado eficacia en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y adolescentes (57, 58).

Por ejemplo, los resultados de Revisiones sistemáticas de Cochrane sobre terapias cognitivo-conductuales (TCC) para el trastorno de ansiedad pediátricos (59), así como el uso de Terapia conductual (TC) y TCC para TOC en niños y adolescentes (60) enfatizan el papel de esta modalidad de tratamiento en los trastorno de ansiedad infantiles.

Generalmente, los programas de intervención se caracterizan por su larga duración y sus altos costos (52), la metodología desarrollada permitió la disminución de los síntomas ansiosos con menores recursos y es recomendable a los colegios para su aplicación. En especial la intervención multidisciplinaria enfatizó en: 1) la técnica de reestructuración cognitiva, aprender a generar pensamientos positivos y sustitución de los negativos y 2) resolución de problemas y toma de decisiones, distinguir los componentes del proceso de solución de problemas, tomar decisiones y solucionar los problemas de forma concreta.

Calidad de vida

Es importante evaluar la calidad de vida de los niños y niñas con síntomas ansiosos porque estos síntomas no sólo están relacionados con disfunciones académicas y sociales; sino con el riesgo de depresión, intento de suicidio y abuso de sustancias en la edad adulta, evidenciando la necesidad de implementar tratamientos efectivos y accesibles (59). Para este estudio el valor de los dominios de la calidad de vida no presentó diferencia significativa después de la intervención, asociada como se ha referenciado a intervenciones cortas para impactar la calidad de vida de los niños y la amplitud de la percepción de la calidad de vida para cada individuo.

Para la OMS (61), la calidad de vida está relacionada con la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Así como otras definiciones permiten comprender que la calidad de vida está relacionada con otras dimensiones del ser humano, las intervenciones que modifiquen la percepción en cada uno de los dominios de PedsQL 4.0

probablemente deben ser más largas (62) existen dos fuerzas que influyen en la calidad de vida: la endógena y la exógena; la primera hace referencia a las respuestas mentales, emocionales y fisiológicas del individuo a su condición de vida, mientras que la exógena se refiere a las influencias de la estructura social, la cultura y el ambiente social que afectan a la persona, al grupo y a la comunidad.

De acuerdo con los autores que validaron la escala Peds 4.0 en Colombia los ítems no miden la calidad de vida de igual manera entre niños de diferentes edades y de acuerdo con su ciudad de residencia, lo que podría explicar los resultados obtenidos en el presente estudio.

Este tipo de mediciones han tenido resultados similares a los del estudio de la calidad de vida en niños en Colombia (50).

Conclusiones

La inteligencia limítrofe es una metacondición con pocos estudios publicados hasta la fecha, que genera interferencias en ámbito personal, social y escolar. Con comorbilidad con múltiples trastornos internalizantes y externalizantes de alta gravedad, que comprometen la calidad de vida de los individuos.

La inteligencia limítrofe al no pertenecer a una clasificación nosológica definida, no es diagnosticada, ni tratada. Por lo que los individuos que la padecen son sometidos a exigencias iguales a las de sus pares sin esta condición, lo que genera pobre adaptación y bajo desempeño.

El colegio representa un lugar de intervención que le permite al médico psiquiatra realizar un tratamiento incluyendo actores importantes (maestros y padres) y permite el seguimiento y permanencia en las intervenciones.

El informe escolar realizado por el director de grupo de los niños y niñas es una herramienta útil y en la mayoría de los casos certera en la identificación de interferencias no solo escolares sino también en la interacción con pares y adultos.

Una de las principales interferencias reportadas por acudientes y maestros de niños y niñas con CIL es el bajo rendimiento académico, con principales dificultades en las áreas de lecto-escritura y matemáticas.

El colegio regular debe tener modificaciones que permitan la inclusión de pacientes con CIL porque de lo contrario los pacientes representan altos niveles de deserción escolar, pérdida escolar y cambios de colegio.

El principal cuidador de los pacientes del estudio es la madre, con pobre escolaridad y ocupación no remunerada.

Cerca de la mitad de los pacientes presentan no solo problemas académicos sino conductuales con los adultos.

Los síntomas ansiosos son detectados tanto por padres como por los mismos niños y niñas, al igual que el cambio después de la intervención multidisciplinaria.

La intervención multidisciplinaria que incluye intervención individual por psiquiatría, taller de padres con psicología, apoyo en tareas, disminuyó los síntomas ansiosos en el grupo de niños y niñas

Los resultados obtenidos con la escala de calidad de vida PedsQL 4.0, deben interpretarse con cautela. Puede que se requieran intervenciones más largas para la modificación de la percepción de la calidad de vida o se requiera de la validación en la región de la escala.

Agradecimientos

La autora expresa sus agradecimientos a la Universidad El Bosque, al Programa Especialización Psiquiatría Infantil y del Adolescente, a la Institución Educativa Antonio Ricaurte por apoyar el desarrollo de esta investigación.

Al Doctor Franco, por la credibilidad en mi proceso académico, al Dr. Vásquez por su apoyo, a la Dra. Lina Prieto por su valiosa asesoría, a la Dra. Lola Jiménez por su apoyo en la parte práctica de esta investigación. A los niños y niñas participantes y a sus padres.

Bibliografía

1. Carulla L, García J, Ruíz M, Artigas J. (2013). Funcionamiento intelectual limite : guía de consenso y buenas practicas. Rev. psiqu. salud mental. 2013;109-120.
2. Alvarán L, Sánchez D, Restrepo-Ochoa D. Neuropsicología de la inteligencia limítrofe. Panamerican journal neuropsychology. 2016;129-141.
3. Atuesta J, Vásquez R. Coeficiente intelectual normal bajo..¿normal? Rev. colomb. psiquiatr. 2009;99-109.
4. Atuesta J, Vásquez R, Urrego Z. Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual limítrofe: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. Rev. colomb. psiquiat. 2008;182-194.
5. Ardila R. INTELIGENCIA. ¿QUÉ SABEMOS Y QUÉ NOS FALTA POR INVESTIGAR? Rev. acad. colomb. cienc. exact. fis. nat. 2011; 97-103.
6. Victoria C, Lessa Horta B, Loret de Mola C, Quevedo L, Tavares Pinheiro R, Gigante PD, Gonçalves H, Barros CF. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health. 2015;199-205.
7. Alvarez-Uribe MC, Zapata-Zabala ME, Aguirre-Acevedo DC, Cadavid-Castro MA. Coeficiente intelectual y factores asociados en niños escolarizados en la ciudad de Medellín, Colombia. Rev. salud pública. 2012;543-557 .
8. Rajput S, Hassiotis A., Richards M, Hatch SL, Stewart R. Associations between IQ and common mental disorders: The 2000 British National Survey of Psychiatric Morbidity. European Psychiatry. 2011;390-395.
9. Kenny DA, Cook W. Partner effects in relationship research: conceptual issues, analytic difficulties, and illustrations. Pers. Relatsh. 1999;(6): 433–448.
10. Acle Tomasini G, Roque Hernández Ma del Pilar, Zacatelco Ramírez F, Lozada García R, Martínez Basuryo LM. Discapacidad y rezago escolar: riesgos actuales. Acta. colomb. psicolog. 2007;19-30.

11. Puerta I, Martínez J, Pineda D. Prevalencia de retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Rev. neurol.* 2002;35(11):1014-1018.
12. Peng J, Mo Lei, Huang P, Zhou Y. The effects of working memory training on improving fluid intelligence of children during early childhood. *Cogn. Dev.* 2017;43: 224-234.
13. Piaget J. Intelligence and affectivity: Their relationship during child development. (Trans & Ed TA Brown & CE Kaegi). *Annual Reviews.* 1981.
14. Lenroot RK, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2006;30(6): 718–729.
15. Carpenter PA., Just MA.,Shell P. What one intelligence test measures: A theoretical account of the processing in the Raven Progressive Matrices Test. *Psychological Review.* 1990;97(3): 404.
16. Cattell RB. *Abilities: their structure, growth and action.* Boston, MA: Houghton Mifflin. 1971.
17. Cárdenas E.M, Feria M, Palacios L, De la Peña F. Guía para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Ed: Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME. *Guías clínicas para la atención de trastornos mentales.* Instituto Nacional de Psiquiatría. 2010. 13p.
18. Tayeh P, Agámez González PM, Chaskel R. Trastorno de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop.* 15(1): 6-18.
19. American Psychiatric Association, Kupfer DJ, Regier DA., Arango López C, Ayuso-Mateos JL, Vieta Pascual E, Bagny Lifante A. *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.).* Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2014.
20. Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Doménech E. Examination of a cutoff score for the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a non-clinical Spanish population. *Journal of anxiety disorders.* 2012;26: 785-791.
21. Rappaport BI, Pagliaccio D, Pine DS, Klein DN, Jarcho JM. Discriminant validity, diagnostic utility, and parent-child agreement on the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in treatment- and non-treatment-seeking youth. *J. Anxiety Disord.* 2017;51: 22-31.
22. Grills AE, Ollendick TH. Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003; 42: 30–40.
23. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, Neer SM. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36: 545–553.
24. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38: 1230–1236.
25. Hawkins K, Bottone FG, Ozminkowski RJ, Musich S, Bai M, Migliori RJ, *et al.* The prevalence of hearing impairment and its burden on the quality of life among adults with Medicare Supplement Insurance. *Qual Life Res.* 2011.

26. Kleinman L, Benjamin K, Viswanathan H, Mattera MS, Bosserman L, Blayney DW, *et al.* The anemia impact measure (AIM): development and content validation of a patient-reported outcome measure of anemia symptoms and symptom impacts in cancer patients receiving chemotherapy. *Qual Life Res.* 2011.
27. Renwick R, Brown I, Nagler M. *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications.* California: Sage Publishers; 1996.
28. Ferriss AL. A Theory of Social Structure and the Quality of Life. *Applied Research in Quality of Life.* 2006;(1):117–23.
29. Hassiotis A, Ukoumunne OC, Byford S, Tyrer P, Harvey K, Piachaud J, *et al.* 2001. Intellectual functioning and outcome of patients with severe psychotic illness randomised to intensive case management. Report from the UK700 trial. *J Psychiatry.* 2001. 166- 171.
30. Frontera M. Gomez C *Inteligencia Límite. Perfil, necesidades, recursos y propuestas de mejora.* Universidad Zaragoza y Asociación. 2013.
31. Wechsler D. *Escala de inteligencia de Wechsler para niños-IV. Manual técnico y de interpretación.* TEA Ediciones. 2005.
32. Birmaher B. *Child and adolescent bipolar spectrum disorders services.* Scared. 2017.
33. Vélez CM, Villada Ramírez AC, Amaya Arias AC, Eslava-Schmalbach JH. . Validación por modelo de Rasch del cuestionario de calidad de vida (PedsQL 4.0®) en niños y adolescentes colombianos. *Rev. colomb. psiquiat.* 2016;45(3):186-193.
34. Di Rienzo JA, Casanoves F, Balzarini MG, González L, Tablada M, Robledo CW. *InfoStat versión 2014.* Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. URL <http://www.infostat.com.ar>. 2014.
35. Sánchez MJ. El menor maduro. *Bol Pediatr.* 2005; 45: 156-160.
36. Black, B y Leonard H. (1996). *Textbook of child and adolescent Psychiatry.* Capítulo 30 (pp.491-506). Washington D.C: Second Edition. American Psychiatric Press.
37. Fernández, A.M. (2009). Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes Particularidades de su presentación clínica. *Revista Científica Instituto Colombiano del Sistema Nervioso Psimonart.* (93-102).
38. Bernstein, G y Rapoport (1997), J. Separation Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorders. *Textbook of child and adolescent Psychiatry.* Capítulo 28 (pp. 467-480). Washington D.C: Second Edition. American Psychiatric Press.
39. Orgilés, M,A. Méndez, X.C. Rosa, A.I.A & Inglés C.J.S. 2003. La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología:* 19 (2): 193-2004
40. Huete, A., Pallero, P., & Petisco, E. (2014). Estudio sobre la situación de las personas con capacidad intelectual límite. *Observatorio estatal de la Discapacidad.* Gobierno de España. Retrieved from

41. Mastropieri, M. A. & Scruggs T. E. (2005). Feasibility and consequences of response to intervention: examination of the issues and scientific evidence as a model for the identification of individuals with learning disabilities. *Journal Learning Disabilities*, 38(6), 525-531.
42. Artigas-Pallarés, J., Rigau-Ratera, E., & García-Nonell, C. (2007). The relation between borderline intellectual capacity and neurodevelopmental disorders. *Revista De Neurología*, 44(12), 739–744.
43. Atuesta, F.J.Y., Vásquez R. R.A., Urrego M. Z.C. 2008. Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual limítrofe: un estudio en el Hospital de la Misericordia, 2000-2005. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 37 (2): 182-194.
44. MacMillan, D. L., Gresham, F. M., & Bocian, K. M. (1998). Discrepancy Between Definitions of Learning Disabilities and School Practices An Empirical Investigation. *Journal of Learning Disabilities*, 31(4), 314-326.
45. Artigas-Pallarés, J. (2003). Cognitive profiles of borderline intelligence. The boundaries of mental retardation. *Revista De Neurología*, 36(1), S161–167.
46. Prieto, C. V. (2010). Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. *Hacienda Pública Española*, 194(3), 125-175
47. Bermúdez, R. (2010). Alteraciones en el neurodesarrollo causante de Discapacidad cognitiva limítrofe y trastornos de Aprendizaje. *Entérese*, 29, 18–21.
48. Papalia, D. E., Olds, S. W., Duskin Feldman, R., Olivares Bari, S. M., & Padilla Sierra, G. E. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
49. Kendall, P. C., Brady, E. U. y Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
50. Vélez, C.M. & García, G.H.I. 2012. Medición de la calidad de vida en niños. *Iatreia*. 25 (3): 240-249.
51. Riley AW, Forrest CB, Starfield B, Rebok GW, Robertson JA, Green BF. The Parent Report Form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. *Med Care*. 2004 Mar;42(3):210–20.
52. Aznar, A.I.G. Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. 2014. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 1 (1): 53-60.
53. Barrett, P. M. y Turner, C. (2001) Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410
54. Roberts, C., Kane, R., Bishop, B., Mathews, H. y Thompson, B. (2004). The prevention of depressive symptoms in rural school children: a follow-up study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6, 4-16.
55. Bonhauser, M., Fernández, G., Püschel, K., Yañez, M., Montero, J., Thompson, B. y Coronado, G. (2005). Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: Results of a school-based controlled trial. *Health Promotion International*, 20, 113-122.

56. Neil, A., y Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215
57. Target, M. & Fonagy, P. (1994). Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), 361-371.
58. Kendall, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. & Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279- 297.
59. James, A., Soler A. & Weatherall, R.R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 4(CD004690). DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub2.
60. O’Kearney, R.T., Anstey, K.J. & VonSanden, C. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 4. [DOI: 10.1002/ 14651858.CD004856.pub2]
61. (OMS) World Health Organization. WHOQOL - Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
62. Ferriss AL. A Theory of Social Structure and the Quality of Life. *Applied Research in Quality of Life*. 2006 Jun 17;1(1):117–23.

FORMATO DE RESUMEN EJECUTIVO

Título del trabajo de grado
Intervención multidisciplinaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos en niños y niñas con funcionamiento intelectual límite, casos de la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar Cundinamarca
Autores (nombres y apellidos completos): Nombre del residente y otros si los hay.
NATALY BRICEÑO JIMENEZ
Asesores:
Temático: Rafael Antonio Vásquez Rojas
Metodológico: Lina Prieto
Especialidad
Especialización Psiquiatría Infantil y del Adolescente
Introducción: (algunos antecedentes, problema justificación y objetivo general)
<p>El funcionamiento intelectual límite (FIL) se conceptualiza actualmente como la barrera que separa el funcionamiento intelectual normal de la discapacidad intelectual (coeficiente intelectual 71-85). El FIL es una entidad clínica sumamente compleja, que apenas ha sido estudiada. Este trabajo se desarrolló en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte, representando un espacio ideal para la intervención de diferentes problemas en los niños, además es donde se genera el principal motivo por el que consultan los padres de los niños con FIL: “bajo rendimiento académico” que puede o no asociarse con problemas disciplinarios y de convivencia con pares, con deficiencias en los procesos escolares asociados a síntomas de ansiedad, disminuyendo la calidad de vida de los niños y sus padres.</p> <p>El objetivo general de esta trabajo fue: Diseñar una intervención escolar con intervención multidisciplinaria que incluye psiquiatría, psicología y refuerzo escolar, para disminución de los síntomas ansiosos para mejorar la calidad de vida de niños en edad escolar (de 8 a 15 años) con funcionamiento intelectual límite en la Institución Educativa Departamental Mixto Antonio Ricaurte en Puerto Salgar.</p>
Materiales y métodos (Tipo de estudio población muestra, procedimientos y técnicas de recolección de el información)

El presente estudio realizó un manejo interdisciplinar que incluye psiquiatría, psicología y profesora de apoyo por dos meses, para el tratamiento de los síntomas ansiosos y mejoría en la calidad de vida de niños con FIL. La muestra estuvo conformada por 30 niños con FIL diagnosticados por medio de la clínica y el WISC IV, con síntomas ansiosos documentados por medio de la entrevista clínica y el SCARED, se documentó la calidad de vida por medio de la escala PedsQL 4.0.

Resultados: (los más relevantes con datos no es necesario tablas ni figuras)

La inteligencia limítrofe es una metacondición con pocos estudios publicados hasta la fecha, que genera interferencias en ámbito personal, social y escolar. Con comorbilidad con múltiples trastornos internalizantes y externalizantes de alta gravedad, que comprometen la calidad de vida de los individuos.

La inteligencia limítrofe al no pertenecer a una clasificación nosológica definida, no es diagnosticada, ni tratada. Por lo que los individuos que la padecen son sometidos a exigencias iguales a las de sus pares sin esta condición, lo que genera pobre adaptación y bajo desempeño.

El colegio representa un lugar de intervención que le permite al médico psiquiatra realizar un tratamiento incluyendo actores importantes (maestros y padres) y permite el seguimiento y permanencia en las intervenciones.

El informe escolar realizado por el director de grupo de los niños y niñas es una herramienta útil y en la mayoría de los casos certera en la identificación de interferencias no solo escolares sino también en la interacción con pares y adultos.

Una de las principales interferencias reportadas por acudientes y maestros de niños y niñas con CIL es el bajo rendimiento académico, con principales dificultades en las áreas de lecto escritura y matemáticas.

El colegio regular debe tener modificaciones que permitan la inclusión de pacientes con CIL porque de lo contrario los pacientes representan altos niveles de deserción escolar, pérdida escolar y cambios de colegio.

El principal cuidador de los pacientes del estudio es la madre, con pobre escolaridad y ocupación no remunerada.

Cerca de la mitad de los pacientes presentan no solo problemas académicos sino conductuales con los adultos.

Los síntomas ansiosos son detectados tanto por padres como por los mismos niños y niñas, al igual que el cambio después de la intervención multidisciplinaria.

La intervención multidisciplinaria que incluye intervención individual por psiquiatría, taller de padres con psicología, apoyo en tareas, disminuyó los síntomas ansiosos en el grupo de niños y niñas

Los resultados obtenidos con la escala de calidad de vida PedsQL 4.0, deben interpretarse con cautela. Puede que se requieran intervenciones más largas para la modificación de la percepción de la calidad de vida o se requiera de la validación en la región de la escala.

Discusión:

Los acudientes manifestaron los síntomas ansiosos como interferencias en el desempeño global de los niños (36), porque implica respuestas en diversos contextos o situaciones de forma desadaptativa y por lo tanto afecta no solo al individuo sino a las personas que se encuentran a su alrededor (36). De la identificación a tiempo dependerá la calidad de vida del menor por ejemplo diferentes formas de ansiedad repercute directamente en el pronóstico escolar de los menores (37).

De forma general, hasta el momento se podría afirmar que la ansiedad o las respuestas de ansiedad hacen referencia a la combinación de diferentes manifestaciones físicas y psicológicas que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan en momentos de crisis, o bien como un estado persistente, este último empeorando el cuadro clínico. Las respuestas de ansiedad se relacionan estrechamente con la anticipación de eventos futuros que se perciben como peligrosos (49).

Nuestros resultados mostraron que después de la intervención multidisciplinaria los síntomas ansiosos de los niños y niñas disminuyeron de manera estadísticamente significativa, lo que permite comprobar la eficacia de la intervención en la disminución de síntomas ansiosos en menores, reafirmando la eficacia de la intervención en la disminución de los síntomas ansiosos fue la evaluación de los síntomas por parte de los acudientes antes y después de la intervención.

Palabras Clave. Según DeCs, MeSH

Calidad de vida	coeficiente intelectual	niños (as)	rendimiento escolar	síntomas ansiosos
-----------------	-------------------------	------------	---------------------	-------------------

