

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.66795>

Correlación entre discapacidad y calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Correlation between disability and quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder

Recibido: 02/08/2017. Aceptado: 16/10/2017.

María Mercedes Naranjo-Aristizábal¹ • Luisa Matilde Salamanca-Duque¹ • Ricardo Jaramillo-Mestra² • Paula Andrea Estrada-Peláez³

¹ Universidad Autónoma de Manizales - Facultad de Salud - Departamento de Movimiento Humano - Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento - Manizales - Colombia.

² Universidad del Valle - Facultad de Artes Integradas - Departamento de Diseño - Programa de Diseño Industrial - Cali - Colombia.

³ Universidad Nacional Abierta y a Distancia - Sede Dosquebradas - Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades - Programa de Psicología - Grupo de investigación SUMECO - Dosquebradas - Colombia.

Correspondencia: Luisa Matilde Salamanca-Duque. Departamento Movimiento Humano, Facultad de Salud, Universidad Autónoma de Manizales. Antigua Estación del Ferrocarril, bloque 13. Teléfono: +57 6 8727272, ext.: 166. Manizales. Colombia. Correo electrónico: luisasalamanca@autonoma.edu.co.

| Resumen |

Introducción. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) genera limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, de allí que deba abordarse desde un modelo biopsicosocial que considere la dimensión calidad de vida (CV).

Objetivo. Correlacionar el grado de discapacidad a nivel escolar con la CV en niños con TDAH.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio correlacional en una muestra no probabilística de 106 niños de 8 a 12 años de Cali, Colombia. Se utilizaron los instrumentos MINIKID, KIDSCREEN-27 versiones padres y niños y el Cuestionario para Limitaciones en Actividad y Restricciones en Participación TDAH Versión Profesores. Se hizo un análisis descriptivo de características sociodemográficas y CV y un análisis correlacional entre grado de discapacidad con CV.

Resultados. El promedio de edad de los niños estudiados fue de 9.6±1.19 años, predominó el género masculino y TDAH de tipo combinado. La CV es bien valorada por padres y niños, pero los puntajes bajos se presentan en la dimensión “El colegio”. No se encontró correlación entre CV y grado de discapacidad.

Conclusión. Los padres y niños con TDAH valoran positivamente la CV, pero hay tendencia a una valoración menor en la dimensión colegio. No existe correlación entre CV y grado de discapacidad a nivel escolar.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; Niños con discapacidad; Calidad de vida (DeCS).

| Abstract |

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) generates limitations in activities and restrictions in participation. Consequently, this condition should be addressed based on a biopsychosocial model that considers the quality of life (QL) dimension.

Objective: To correlate the degree of disability at school with the QL in children with ADHD.

Materials and methods: A correlational study was conducted on a non-probability sample of 106 children aged 8 to 12 in Cali, Colombia. The instruments used were MINIKID, KIDSCREEN-27 for parents and children, and the Activity Limitations and Participation Restrictions of Children with ADHD Questionnaire, teachers version. A descriptive analysis of socio-demographic characteristics and QL, as well as a correlational analysis between degree of disability and QL were carried out.

Results: The average age of the children studied was 9.6±1.19 years, with predominance of the male sex and combined ADHD. QL was positively assessed by parents and children, but low scores are observed in the “The School” dimension. No correlation was found between QL and degree of disability.

Conclusion: Parents and children with ADHD assess QL positively, but there is a tendency towards a lower score in the school dimension. There is no correlation between QL and degree of disability at school level.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Disabled Children; Quality of Life (MeSH).

Naranjo-Aristizábal MM, Salamanca-Duque LM, Jaramillo-Mestra R, Estrada-Peláez PA. Correlación entre discapacidad y calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev. Fac. Med. 2019;67(2):293-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.66795>.

Naranjo-Aristizábal MM, Salamanca-Duque LM, Jaramillo-Mestra R, Estrada-Peláez PA. [Correlation between disability and quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder]. Rev. Fac. Med. 2019;67(2):293-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.66795>.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome heterogéneo caracterizado por niveles excesivos de inatención, hiperactividad e impulsividad (1). Este es uno de los problemas de salud mental más comunes en la infancia (2), en especial para el período escolar, y representa una situación compleja puesto que repercute en las diferentes esferas del desarrollo infantil (3).

Dentro de las problemáticas que experimentan los sujetos con TDAH se pueden describir las relacionadas con la actividad motora elevada, las dificultades para prestar atención, los problemas para el procesamiento de tareas y la impulsividad sin medir las consecuencias de los actos (4-6). A partir de lo anterior, se reconoce que los niños con este trastorno se encuentran en una situación de desventaja por presentar limitaciones en las actividades personales y restricciones en la participación social (7,8). Bajo esta perspectiva, el TDAH debe ser abordado desde un modelo biopsicosocial de funcionamiento humano y discapacidad, puesto que impacta actividades y dominios de la vida personal, familiar, social, y, en especial, el contexto escolar.

En la actualidad se están desarrollando estudios transculturales para diseñar el conjunto básico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) para el TDAH, dado que se reconocen muchas categorías, en su mayoría desde las funciones corporales, las actividades personales, la participación social y los factores ambientales (9,10).

Desde una visión de funcionamiento humano, cabe resaltar la dimensión de calidad de vida (CV), que según la Organización Mundial de la Salud hace alusión a los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto y la cultura del individuo y considera elementos como sistemas de valores, cultura, metas personales, expectativas, niveles de vida, aspectos emocionales, entre otros (11,12); también se considera el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (13,14), que se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento.

La evidencia científica ha demostrado el impacto que se puede generar en la CV de niños con TDAH, en especial en el área psicosocial. La revisión sistemática de Danckaerts *et al.* (15) destaca que los dominios de la CV son valorados más negativamente por niños y adolescentes con TDAH que por niños sin problemas de este tipo; de igual forma, las valoraciones de los niños con el trastorno son más positivas que las de sus padres, por lo que se reconoce la necesidad de obtener información de ambos para conseguir una visión más ajustada a su realidad.

Miranda-Casas *et al.* (16), en su estudio con 56 familias de niños con TDAH, encontraron que los problemas de conducta mantienen una relación negativa significativa con la satisfacción con la vida, además el autoconcepto fue el factor con mayor poder en los modelos de predicción de satisfacción con la vida de los niños.

Topolski *et al.* (17) también encontraron que los adolescentes con TDAH reportaron una percepción de CV más baja, en especial en los dominios de percepción de sí mismo y relaciones interpersonales.

Otros estudios también han determinado que existen variables sociodemográficas, clínicas, neuropsicológicas y académicas que son determinantes para la percepción de CV en niños con TDAH (18,19).

Medir la CV en niños con TDAH no ha sido una práctica cotidiana en Colombia, incluso menos en estudios correlacionales con el grado de discapacidad por presencia de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación a nivel escolar. Por lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo establecer la correlación

entre grado de discapacidad y CVRS percibida por los niños con este trastorno y sus padres.

La relevancia y pertinencia de este estudio en la temática de discapacidad, CV y TDAH radica en conocer características sobre el funcionamiento humano que permitan hacer un abordaje integral a los niños, determinar los apoyos necesarios desde las diferentes dimensiones y, a mediano y largo plazo, impactar las políticas públicas en salud y en educación, tanto a nivel local y nacional como internacional.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación de tipo correlacional con una muestra conformada por niños de 8 a 12 años, escolarizados y residentes en Cali, Colombia. La muestra se determinó a través de la fórmula para estudios correlacionales que estima la relación lineal, que resultó en una muestra de 106 niños. Los criterios de inclusión fueron niños de cualquier género, escolarizados y con diagnóstico confirmado de TDAH; los criterios de exclusión fueron niños con alguna condición de salud neurológica, sensorial, neuromuscular y ortopédica aguda y con un coeficiente intelectual bajo (<70).

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizaron instrumentos que valoran CV y discapacidad: el cuestionario genérico para evaluar CVRS fue el KIDSCREEN-27 (20), el cual tiene validez para Colombia (21,22), mientras que para valorar discapacidad se utilizó el Cuestionario para Limitaciones en la Actividad y Restricciones en la Participación para TDAH (CLARP TDAH), versión profesores (23,24).

El procesamiento estadístico de los datos se realizó a través del programa SPSS versión 19 y los instrumentos utilizados fueron:

MINIKID, para confirmar la presencia de síntomas para diagnóstico TDAH;

KIDSCREEN-27 versión niños y versión padres, que evalúa CV desde cinco dimensiones (Actividad física y salud; Estado de ánimo y sentimientos del niño; Vida Familiar y tiempo libre; Amigos, y El Colegio) y cuyos resultados se calculan teniendo en cuenta el puntaje de cada dimensión sumando la puntuación de todos sus ítems, transformándola en una escala de 0 a 100 donde puntajes >50 se consideran valoración positiva de la CV (25,26);

CLARP TDAH versión profesores, constituido por cuatro dominios y 20 ítems relacionados con los capítulos de la CIF: Aprendizaje, aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales (7 ítems); Movilidad (7 ítems); Interacciones y relaciones interpersonales (3 ítems), y Áreas principales de la vida, vida comunitaria, social y cívica (3 ítems). Cada uno de estos ítems se califica en una escala de 0 a 4, describiendo el grado de dificultad para la realización de determinadas actividades y participación social: 0, ninguna dificultad; 1, dificultad ligera; 2, dificultad moderada; 3, dificultad grave, y 4 dificultad completa. Al final se obtiene una puntuación global otorgada por el sumatorio de los ítems calificados, se convierte a escala 0-100 y se hace una interpretación final de grado de discapacidad (23-24).

Desde la perspectiva ética, el estudio se clasificó “de riesgo mínimo” y se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki (27) y la resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia (28). Previo a la aplicación de los instrumentos, los participantes del estudio firmaron el consentimiento informado, el cual fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales según acta No. 044 de mayo 13 de 2015.

Resultados

Características sociodemográficas

En cuanto a la distribución por género, 27.4% correspondió a mujeres y 72.6% a hombres; la edad promedio fue de 9.6 ± 1.19 años, en un rango 8 a 12 años; la mayoría (43.4%) de la muestra pertenecía a estrato socioeconómico 3. En relación al tipo de TDAH, el mayor porcentaje (74.5%) fue de tipo combinado, seguido de déficit de atención (17.9%) e hiperactivo/impulsivo (7.5%). Al analizar el tipo de trastorno por género, se evidencia tanto en niños como en niñas un mayor porcentaje de TDAH combinado, con 77.9% y 65.5% respectivamente, seguido del tipo déficit de atención y el hiperactivo/impulsivo; sin embargo, el porcentaje de déficit de atención es notoriamente mayor en las niñas.

Calidad de vida

Se determinó la percepción de CV tanto por los niños como por sus padres. Respecto a la percepción de los padres, se encontró que las dimensiones que evidencian menores puntajes son “El colegio” y los “Amigos”: la dimensión “El colegio” presenta los puntajes más bajos, demostrando que el 50% de los entrevistados no sobrepasan el puntaje de 68, que si bien se considera adecuado según el KIDSCREEN-27, es el más bajo en relación a las otras dimensiones; en relación a la dimensión “Amigos”, esta corresponde al segundo y tercer lugar de los puntajes más bajos, 25% de los entrevistados, además se presentan dos casos atípicos que puntúan valores entre 10 y 50, lo cual se interpreta como una mayor limitación para hacer ciertas actividades, dedicar tiempo a sí mismo, rendir en el colegio y manejar de forma adecuada las relaciones interpersonales. La dimensión “Actividad Física y Salud” es la que presenta mejores puntajes de CV, para estos casos los padres entrevistados perciben a sus hijos físicamente aptos, activos, saludables y energéticos (Tabla 1).

Tabla 1. Percepción calidad de vida padres medida con KIDSCREEN-27 versión padres.

Dimensiones de la calidad de vida	Media	Desviación estándar	Mediana	Q1-Q3 (rango intercuartil)
Actividad física y salud	69.39	18.30	70	60-85 (25)
Estado de ánimo y sentimientos	67.95	16.43	67.90	57.1-79.5 (22.4)
Vida familiar y tiempo libre	64.25	15.80	60.70	53.6-75 (21.4)
Amigos	61.63	21.37	62.50	50-75 (25)
El colegio	58.10	14.50	56.30	50-68.8 (18.80)

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la percepción de CV de los niños, se encontró que las dimensiones de “Estado de Ánimo y Sentimientos del niño” y “Amigos” son las que tienen mejores puntajes. La dimensión “El colegio”, si bien tiene una mediana de 62 considerada adecuada, es la más baja (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción calidad de vida niños medida con KIDSCREEN-27 versión niños.

Dimensiones de la calidad de vida	Media	Desviación estándar	Mediana	Q1-Q3 (rango intercuartil)
Actividad física y salud	70.12	19.96	72.50	60-85 (25)
Estado de ánimo y sentimientos	72.44	16.87	75	60.7-85.7 (25)
Vida familiar y tiempo libre	67.45	20.19	67.90	53.6-85.7 (32.1)
Amigos	72.89	21.63	75	56.3-89.1 (32.8)
El colegio	66.29	18.89	62.50	54.7-81.3 (26.6)

Fuente: Elaboración propia.

Discapacidad en el contexto escolar

Más del 90% de los niños evidencian algún grado de dificultad para las actividades de aprendizaje, aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, principalmente con un nivel de dificultad grave seguido de moderada. Las variables que presentan dificultad completa son “manejo de responsabilidades”, “llevar a cabo tareas independientemente”, “centrar la atención” y “leer”.

Se evidencia que en muchos de los casos (11-30%) no hay ninguna dificultad respecto a la movilidad, sin embargo la variable que presenta mayores grados de dificultad es “permanecer sentado”. Las dificultades en esta dimensión dan a conocer con claridad su relación con los síntomas de TDAH, donde estos niños, en general, no evidencian dificultades en actividades físicas gruesas, pero sí en aquellas actividades relacionadas con la potencialidad corporal y la cognición como “permanecer sentado”, “manipular”, “lanzar” y “sortear obstáculos”.

En cuanto a las interacciones y relaciones interpersonales, se destacan los altos porcentajes de niños con dificultad moderada, en su mayoría en “tolerancia en las relaciones”, además cabe resaltar que para todas las variables se encontró que el 10-16% de los niños tenía dificultad completa para actividades de interacción social. Respecto a las áreas principales de la vida, vida comunitaria y cívica, las actividades de “manualidades” y “juego” presentan dificultades graves y completas en más del 20% de los niños.

De acuerdo con lo anterior, y en términos de grado de discapacidad final, en los niños se encontraron dificultades para el desempeño de diferentes actividades personales y sociales en el contexto escolar, lo cual se evidencia en que presentan grados de discapacidad moderada, grave y completa. El mayor porcentaje de los niños presenta grado de discapacidad completa, seguido por discapacidad grave, lo que hace reconocer que son marcadas las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. El promedio de discapacidad final en la escala de 0 a 100 fue de 52.52%, interpretada como discapacidad grave.

Correlación entre calidad de vida y discapacidad en el contexto escolar

Según el análisis de correlación entre las dimensiones de CV referida por los padres y los niños, y teniendo en cuenta la discapacidad referida por los profesores, se encontraron nueve correlaciones negativas, en su mayoría débiles. Dado que en conjunto estos son valores despreciables, se concluye que no existe ningún tipo de correlación (Tabla 3). Si bien desde el análisis descriptivo la CV

tiende a ser baja en algunas dimensiones, tanto para los niños como para sus padres, esta no se correlaciona con el grado de discapacidad referida por los profesores.

Tabla 3. Correlación entre calidad de vida KIDSCREEN padres y niños con grado de discapacidad.

Instrumento	Correlación	Coefficiente de correlación Spearman (rho)	Interpretación	p
KIDSCREEN padres	Actividad física y salud	-0.215	Débil	0.027
	Estado de ánimo y sentimientos del niño	-0.187	Débil	0.055
	Vida familiar y tiempo libre del niño	-0.280	Débil	0.004
	Amigos	-0.191	Débil	0.049
	El colegio	-0.248	Débil	0.010
KIDSCREEN niños	Actividad física y salud	0.050	Muy débil	0.612
	Estado de ánimo y sentimientos del niño	-0.227	Débil	0.019
	Vida familiar y tiempo libre del niño	-0.179	Débil	0.067
	Amigos	-0.129	Débil	0.186
	El colegio	-0.243	Débil	0.012

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Según la Academia Americana de Pediatría (29), el TDAH es un trastorno común en la población infantil y el rango de edad de 6 a 12 años es el más común para confirmar su diagnóstico. Esto contrasta con el presente estudio, donde la muestra resultó con un promedio de edad de 9.6 años. Respecto al género, el TDAH es más frecuente en niños que en niñas, en cifras que varían de 2 a 1 hasta 9 a 1, además las niñas presentan problemas de inatención más que sintomatología de impulsividad o agresividad con mayor frecuencia.

Es importante señalar que en muestras clínicas el subtipo más frecuente (60%) de TDAH es el combinado, seguido del subtipo en el que predomina la falta de atención (30%) y del subtipo hiperactivo/impulsivo (10%) (30). Estos mismos resultados fueron encontrados en el presente estudio, donde 77% fueron hombres y 27.4% mujeres; respecto al tipo de TDAH, el 74.5% presentaba tipo combinado. En la distribución según el género y el tipo de TDAH, en la muestra femenina predominó el tipo déficit de atención, en una relación 2:1 con respecto a la masculina.

La problemática del TDAH debe considerar no solo los síntomas predominantes, sino también las múltiples consecuencias desde una perspectiva personal y social. Tal como lo confirma Lollar (4), la discusión del TDAH debe dirigirse hacia la evaluación de componentes de resultados a largo plazo, involucrando otros componentes diagnósticos más integrales como los considera un modelo biopsicosocial.

Por su parte, Cunningham (31) y Loe & Feldman (32) encontraron que los niños con TDAH presentan múltiples dificultades a nivel familiar

y escolar, por lo tanto puede reconocerse que es una condición que puede ser determinante para la CV de esta población. La problemática con este trastorno tiene relación directa con las funciones ejecutivas, las cuales, según Jódar-Vicente (33), son aquellas relacionadas con el razonamiento, la capacidad de generar estrategias para solucionar problemas, el lenguaje, el control motor, la motivación, la afectividad, la personalidad, la atención y la memoria, todas necesarias para la planificación, organización y secuenciación. Estas disfunciones afectan las habilidades perceptivas, psicomotoras, lingüísticas y cognitivas, generando impactos negativos sobre el rendimiento académico y la adaptación escolar (34). Danckaerts *et al.* (15) y Loe & Feldman (32) describen las implicaciones académicas y educacionales de niños con TDAH como fallas en la atención, en la resolución de problemas, en la lectura, en llevar tareas y demandas generales, entre otras.

Considerar el TDAH desde una visión de funcionamiento humano permite reconocer la dimensión CV como un factor relevante, de allí que en el presente estudio se permitiera evidenciar el comportamiento de la CV y correlacionarlo con la discapacidad a nivel escolar. Aquí se encontró como resultado que para los niños con TDAH y sus padres la percepción de CV es buena, pero debe tenerse en cuenta que resultó ser más baja en la dimensión “El colegio”, lo que hace evidenciar que muchas de las dificultades escolares pueden traducirse en una percepción más baja en CV; esto se debe a que se pueden generar situaciones de frustración, rechazo y sentimientos negativos frente a actividades poco exitosas y obstaculizantes en el rendimiento y adaptación escolar.

Las dimensiones “Actividad física y salud” y “Estado de ánimo y sentimientos del niño” son las mejor calificadas, lo que permite evidenciar que la actividad corporal y actitud personal de los niños son valoradas positivamente y manifiestan su vigorosidad, su fortaleza corporal, su buena actitud frente a la vida y en general una buena salud física.

Según un estudio de Mahdi *et al.* (10), en el cual se presenta un avance respecto al conjunto básico de la CIF para el TDAH, si bien los niños con TDAH presentan múltiples deficiencias, limitaciones y restricciones, también cuentan con características positivas como su alto nivel de energía, motivación, creatividad, empatía y voluntad de ayudar a los demás, lo que puede correlacionarse con la valoración positiva que los niños de este estudio realizan sobre la mayoría de dimensiones en la CV (10).

Respecto a la CVRS y el grado de discapacidad a nivel escolar, no se encontró ningún tipo de correlación. En este aspecto es importante reconocer que, si bien en el estudio desde el análisis descriptivo se hallaron menores puntajes en CV en algunas dimensiones, estos no se correlacionan con el grado de discapacidad.

La literatura reporta que las dificultades en el TDAH pueden tener impacto sobre la CV, sin embargo diversos estudios difieren de esta relación. En la revisión sistemática de Velö *et al.* (35) se encontraron estudios que trataron los efectos del TDAH en la CV en relación a la edad y al género; los investigadores hallaron un estudio que afirma que a medida que aumenta la edad también aumentan las probabilidades de una mala CV, dos estudios que no encontraron ningún cambio en la CV de las personas en relación a la edad, dos estudios que no encontraron diferencias en la CV de las personas con TDAH y un estudio que encontró que las mujeres con TDAH tienen CV inferior (35).

Schei *et al.* (36) determinaron el impacto de los problemas emocionales y de conducta en la CV de adolescentes con TDAH; también encontraron que aquellos con ambos tipos de problemas reportan significativamente más baja CV ($p < 0.001$) y mayores disfunciones familiares ($p < 0.001$) que aquellos que tienen solo un tipo de problema (emocional o de conducta) o ninguno, por lo tanto

concluyen que a mayor nivel de comorbilidad de TDAH, mayor impacto en la CV. Para el caso de este estudio no se tuvieron en cuenta las variables edad, género y comorbilidades emocionales y conductuales.

Al respecto, otro estudio de Schei *et al.* (37) tuvo como objetivo evaluar el rol de algunos factores protectivos como mediadores o moderadores de la relación entre los problemas emocionales y de conducta con la CV de adolescentes con TDAH. En esta investigación se encontró que las competencias individuales y el soporte social median dicha asociación ($p < 0.05$); al mismo tiempo, se determinó que la cohesión familiar está asociada a ambos tipos de problemas, de allí que la evaluación de competencias, cohesión familiar y recursos sociales deben ser potenciales objetivos para el tratamiento en TDAH comórbido con estos problemas en función de mejorar la CV de esta población (37).

El estudio de Lemes *et al.* (19) tuvo como objetivo determinar si el rendimiento neuropsicológico actúa como predictor significativo en la intensidad de los síntomas y en la CV de niños y adolescentes con TDAH. Los investigadores encontraron que existe una influencia significativa del género en la gravedad de los síntomas de falta de atención y de hiperactividad y en la dimensión física de la CV. La dimensión escolar de CV está determinada por habilidades de escritura, cálculo matemático y lectura. En general, el rendimiento académico es predictor para puntajes en las dimensiones física, emocional y social de la CV.

Dallos *et al.* (18) determinaron que variables como el sexo, la edad y el número de síntomas y trastornos comórbidos como la ansiedad, el estado de ánimo, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta pueden ser determinantes para una baja valoración en la CV.

Otro punto a tratar es reconocer la importancia de la valoración de CV tanto por los niños como por sus padres. La revisión sistemática de Galloway & Newman (38) resalta la importancia de hacer evaluaciones desde ambos informantes, además determinó que en la mayoría de los estudios revisados los niños calificaron su CV más alta que sus padres; el acuerdo entre ambos es mayor en los dominios de salud física que en los dominios psicosociales, resultados similares a los encontrados en este estudio. Es relevante explorar las diferencias entre la información padre/hijo, así se podrá tener una comprensión más clara y detallada del impacto del TDAH y se podrán desafiar y modificar las expectativas de los padres a la luz de las del propio niño; además, se podrán detectar posibles problemas relacionales, lo cual puede requerir una valoración más exhaustiva y planificar otras medidas de apoyo familiar.

Según el modelo conceptual de Quiceno & Vinaccia (39), las diferentes dimensiones de la CVRS están mediatizadas por otras variables como el contexto cultural, el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales; es decir, la percepción de bienestar objetivo o subjetivo del niño o adolescente sobre su salud mental y física está influida por el contexto cultural al cual pertenece y se haya desarrollado, de allí que exista variedad de factores que determinan una valoración específica, positiva o negativa, de la CV en la población de niños con TDAH. Por todo lo anterior, se reconoce la importancia de que, para futuros estudios de CV en TDAH, se realice el análisis de otras variables sociodemográficas, clínicas, neuropsicológicas, contextuales, entre otras.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio evidencian que tanto para los padres como para los niños con TDAH la percepción de CV en la dimensión “El colegio” reportó los menores puntajes. Las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en el contexto

escolar se evidencian en todas las dimensiones del CLARP profesores, generando, por un lado, grados de dificultad de predominio moderado y grave y, por el otro, un porcentaje de discapacidad del 52.52% considerado grave. Si bien existen limitaciones y restricciones en el funcionamiento escolar de los niños, no se encontró correlación entre la percepción de CV y el grado de discapacidad.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

La presente investigación contó con el apoyo financiero de la Universidad Autónoma de Manizales.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Colomer-Diago C, Miranda-Casas A, Herdoiza-Arroyo P, Presentación-Herrero MJ. Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. *Rev Neurol.* 2012;54(Suppl 1):S117-26.
2. Hervás-Zúñiga A, de Santos-Moreno T, del Alamo FJQG, Ruiz-Lázaro PM, Alda-Díez JA, Fernández-Jaén A, *et al.* Consenso Delphi sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): valoración por un panel de expertos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016;44(6):231-43.
3. de Schipper E, Lundequist A, Wilteus AL, Coghil D, de Vries PJ, Granlund M, *et al.* A comprehensive scoping review of ability and disability in ADHD using the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version (ICF-CY). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(8):859-72. <http://doi.org/f3m7v4>.
4. Lollar DJ. Function, impairment, and Long-term outcomes in children with ADHD and how to measure them. *Pediatr Ann.* 2008;37(1):28-36. <http://doi.org/dqntx8>.
5. Salamanca-Duque LM, Naranjo-Aristizabal MM, Castro-Castro AL, Calle-Jaramillo GA. Asociación de características de trastorno del desarrollo de la coordinación con síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de la ciudad de Manizales. *Rev Colomb Psiquiat.* 2016;45(3):156-61. <http://doi.org/cxwq>.
6. Salamanca LM, Naranjo MM, Díaz-Plata LM, Salinas-Velasco RI. Estudio de asociación del trastorno del desarrollo de la coordinación con los problemas de conducta en niños de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. *Rev Cienc Salud.* 2016;14(3):351-63. <http://doi.org/cxwq>.
7. World Health Organization (WHO). International classification of functioning, disability and health. Geneva: WHO; 2001.
8. Bölte S, de Schipper E, Holtmann M, Karande S, de Vries PJ, Selb M, *et al.* Development of ICF Core Sets to standardize assessment of functioning and impairment in ADHD: the path ahead. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014;23(12):1139-48. <http://doi.org/f25nm3>.
9. Mahdi S, Ronzano N, Knüppel A, Dias JC, Albdah A, Chien-Ho L, *et al.* An international clinical study of ability and disability in ADHD using the WHO-ICF framework. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;27(10):1305-19. <http://doi.org/gc2d96>.
10. Mahdi S, Viljoen M, Massuti R, Selb M, Almodayfer O, Karande S, *et al.* An international qualitative study of ability and disability in ADHD using the WHO-ICF framework. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(10):1219-31. <http://doi.org/gbvr4h>.
11. Bullinger M, Schmidt S, Petersen C. Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. *Int J Rehabil Res.* 2002;25(3):197-206. <http://doi.org/dfnt9>.

12. **Eiser C, Morse R.** The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *Dev Behv Peds.* 2001;22(4):248-56. <http://doi.org/bmw5wc>.
13. **Hunt SM.** The problem of quality of life. *Qual Life Res.* 1997;6(3):205-12.
14. **Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK.** Assessment of health-related life in children: a review of conceptual, methodological and regulatory issues. *Value Health.* 2004;7(1):79-92. <http://doi.org/djhf7t>.
15. **Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, et al.** The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(2):83-105. <http://doi.org/bcvx73>.
16. **Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ, Colomer-Diago C, Roselló B.** Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Rev Neurol.* 2011;52(Suppl 1):S119-26.
17. **Topolski TD, Edwards TC, Patrick DL, Varley P, Way ME, Buesching DP.** Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Atten Disord.* 2004;7(3):163-73. <http://doi.org/bkwhcx>.
18. **Dallos G, Miklósi M, Keresztény Á, Velő S, Szentiványi D, Gáboros J, et al.** Self-and parent-rated quality of life of a treatment naïve sample of children With ADHD: the impact of age, gender, type of adhd, and comorbid psychiatric conditions according to both a categorical and a dimensional approach. *J Atten Disord.* 2017;21(9):721-30. <http://doi.org/gbjs9n>.
19. **Lemes P, Soares MC, Hattori WT, Morales NMO.** Predictors of Quality of Life and Symptom Severity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Int Phys Med Rehab J.* 2017;1(6):139-45. <http://doi.org/cxxb>.
20. **Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, et al.** The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res.* 2007;16(8):1347-56. <http://doi.org/fv72d8>.
21. **Vélez CM, Lugo LH, García HI.** Validez y confiabilidad del Cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-27 versión padres, en Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2012;41(3):588-605. <http://doi.org/f2s3kc>.
22. **Quintero CA, Lugo LH, García HI, Sánchez A.** Validación del cuestionario Kidscreen-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2011;40(3):470-87. <http://doi.org/f2s3pt>.
23. **Salamanca-Duque LM, Naranjo-Aristizábal MMC, Méndez-Narváez M, Sánchez DP.** Consistencia interna y validez concurrente del cuestionario para evaluación de limitaciones y restricciones en niños con TDAH. *Rev. Cienc. Salud.* 2014;12(3):371-84. <http://doi.org/cxxg>.
24. **Salamanca-Duque LM, Naranjo-Aristizábal MM, Gutiérrez-Ríos GH, Bayona-Prieto J.** Confiabilidad intraevaluador del cuestionario para limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de niños con TDAH. *Rev Colomb Psiquiat.* 2014;43(1):25-31. <http://doi.org/f2q958>.
25. **Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al.** KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2005;5(3):353-64. <http://doi.org/b5bprf>.
26. **The KIDSCREEN Group Europe.** The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents - handbook. Lengerich: Papst Science Publisher; 2006.
27. **Asociación Médica Mundial.** Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64.ª Asamblea General de la AMM; 2013.
28. **Colombia. Ministerio de Salud.** Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: octubre 4 de 1993.
29. **American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.** Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2000;105(5):1158-70.
30. **Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell RL.** Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(2):185-93. <http://doi.org/cxx737>.
31. **Cunningham CE.** A Family-centered approach to planning and measuring the outcomes of intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ambul Pediatr.* 2007;7(Suppl 1):60-72. <http://doi.org/fgr2wn>.
32. **Loe IM, Feldman HM.** Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambul Pediatr.* 2007;7(Suppl 1):82-90. <http://doi.org/dh2dqj>.
33. **Jódar-Vicente M.** Funciones cognitivas del lóbulo frontal. *Rev Neurol.* 2004;39:178-82.
34. **Sastre-Riba S.** Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol.* 2006;42(Suppl 2):S143-51.
35. **Velő S, Kereszényi A, Szentiványi D, Balazs J.** Quality of life of patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of the past 5 years. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2013;15:73-82.
36. **Schei J, Jozefiak T, Nøvik TS, Lydersen S, Indredavik MS.** The impact of coexisting emotional and conduct problems on family functioning and quality of life among adolescents with ADHD. *J Atten Disord.* 2016;20(5):424-33. <http://doi.org/f8jtvz>.
37. **Schei J, Nøvik TS, Thomsen PH, Indredavik MS, Jozefiak T.** Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC psychiatry.* 2015;15:108. <http://doi.org/f7cmh7>.
38. **Galloway H, Newman E.** Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. *Atten Def Hyp Disord.* 2017;9(1):11-29. <http://doi.org/cxxj>.
39. **Quinceno JM, Vinaccia S.** Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología y Salud.* 2008;18(1):37-44.