

# Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: a partir del Kidscreen-52

## *Quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder: From the Kidscreen-52*

Stefano Vinaccia<sup>1</sup>, Luvy Barrera<sup>1</sup>, Mayra Sánchez<sup>1</sup>,  
Maria Alejandra Zuluaga<sup>1</sup>, Mariana Arjona<sup>1</sup>, Shirley Franco<sup>1</sup>,  
Soraya Bernal<sup>2</sup> y Cristina Isabel Guerrero<sup>3</sup>

Universidad del SINU<sup>1</sup>  
Universidad del Bosque<sup>2</sup>  
Colegio Almirante Colon<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Stefano Vinaccia Alpi, [stefanovinacci@unisinu.edu.co](mailto:stefanovinacci@unisinu.edu.co).

### RESUMEN

El siguiente estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Participantes:* 56 niños y niñas con una edad promedio de 9.4 años de estrato socioeconómico medio-bajo residentes en la ciudad de Montería, Colombia. *Instrumento:* Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud Kidscreen-52. *Resultados:* Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) muestran una peor calidad de vida general relacionada con la salud (CVRS) en todas sus dimensiones en comparación con investigaciones de pares de la población infantil colombiana específicamente en estado de ánimo, autopercepción, recursos económicos y *bullying*. Se le da relevancia a la descripción de los resultados alcanzados en cada estudio. Por último, se analizan las perspectivas para trabajos futuros en el área.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Niños; TDAH; Kidscreen-52; Colombia.

### ABSTRACT

*Objective. The present study aimed to assess health-related quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Method. A total of 56 boys and girls with an average age of 9.4 years of medium-low socioeconomic status residing in Monteria, Colombia participated. Participants completed the health-related quality of life questionnaire Kidscreen-52. Results. Children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) showed worse general health-related quality of life (HRQoL) in all its dimensions compared to studies on their peers of the Colombian child population. Differences specifically occurred in terms of mood, self-perception, financial resources, and Bullying. Discussion. The results emphasize the types of dimensions in the results of diverse studies. Finally, perspectives for future studies in the area are discussed.*

**Key words:** Quality of life; Children; ADHD; Kidscreen-52; Colombia.

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera 1W #38-153, Montería, Colombia.

<sup>2</sup> Ak. 9 #131a-2, Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Diagonal 22 Transversal 3 #22-12, La Granja, Montería, Córdoba, Colombia.



Recibido: 27/04/2021

Aceptado: 05/10/2021

El Manual Estadístico de Diagnóstico de la quinta revisión (DSM-5), define el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por niveles perjudiciales de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad (American Psychology Association [APA], 2013).

En el DSM-5, se identifican tres subtipos nominales principales de TDAH que se basan principalmente en la elevación diferencial de dos dimensiones de síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad. El primero es el tipo predominantemente inatento (TDAH-I), que describe a individuos con niveles desadaptativos de inatención, pero no de hiperactividad-impulsividad; el segundo es el tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-H), que se caracteriza por niveles desadaptativos de hiperactividad-impulsividad, pero no de inatención, y, por último, el tipo combinado (TDAH-C), que describe a individuos que presentan síntomas significativos tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad (APA, 2013).

Asimismo, existe otro sistema desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado Catálogo Internacional de Enfermedades (CIE), cuya última versión es la CIE-11, que define el TDAH como un grupo de trastornos caracterizados por tener un inicio temprano, mostrar la combinación de un comportamiento hiperactivo y mal modulado con una marcada falta de atención y continuidad en las tareas; estos problemas se presentan en las más variadas situaciones y son persistentes en el tiempo (OMS, 2019).

Diferentes investigaciones han indicado que la prevalencia global del TDAH oscila entre el 4% y el 8% en adultos, y entre el 8% y el 10% en niños (Polanczyk *et al.*, 2014). Un metaanálisis realizado por Polanczyk *et al.*, (2007), analizó un total de 102 estudios en los que participaron más de 170,000 jóvenes menores de 19 años y concluyó que la tasa mundial de TDAH era cercana al 5%. Al

respecto Pineda *et al.* (2001) plantean que en Colombia se presentaría una prevalencia de 17,1%.

Las principales implicaciones de los niños con TDAH son el bajo rendimiento académico, el consumo de sustancias psicoactivas, la obesidad, los problemas de autoestima y las limitaciones en la función ejecutiva. En consecuencia, muchos niños y adolescentes con TDAH podrían tener dificultades para regular su comportamiento a nivel familiar, escolar y en relación con pares lo que podría conducirlos a trastornos emocionales y de conducta (Anastopulos *et al.*, 2018; Gavin y Mc Nicholas, 2018; Portela-Sabari *et al.*, 2016)

En los últimos años, la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los niños se ha visto reflejada en el creciente número de publicaciones científicas sobre el tema y en el desarrollo de herramientas para su evaluación. Cabe mencionar que dicho concepto deriva de la definición de salud de la OMS (2006) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.

Por otro lado, Quiceno (2007) define la calidad de vida infantil (CVI), como “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño(a) y adolescente dentro de un contexto cultural específico, de acuerdo con su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales” (p.5).

Basado en esto, Dewey y Volkovinskaia (2018), desarrollaron en EEUU un estudio con 25 adolescentes con TDAH que tenían una menor calidad de vida relacionada con la salud en las escalas de estado de ánimo y emociones, entorno escolar y recursos económicos en comparación de sus pares según Kidscreen-52.

En España, López-Villalobos *et al.*, (2019) desarrollaron un estudio que incluyó una muestra de 228 participantes de entre 8 y 14 años con diagnóstico de TDAH y 114 controles de las mismas edades. La evaluación de la CVRS se realizó mediante el Kidscreen-52, encontrando que los casos de TDAH tienen una calidad de vida significativamente peor que los controles en cuanto a bienestar psíquico, estado de ánimo, relación con los padres y amigos, entorno escolar y aceptación social. Estos mismos autores López-Villalobos *et*

*al.*, (2018), habían comparado una muestra de 228 participantes de entre 8 y 14 años con diagnóstico de TDAH con y sin tratamiento farmacológico (metilfenidato), observando una correlación significativa moderada entre mayor intensidad de síntomas de TDAH y peor calidad de vida, excepto en el bienestar físico. Los casos de TDAH no tratados tenían significativamente peor calidad de vida que los controles en bienestar, autonomía, estado de ánimo, entorno escolar y aceptación social. Los casos tratados observan similares resultados, excepto en el entorno escolar y el bienestar, que no presentan diferencias significativas con los controles; esto es, solo presentan significativamente mejor calidad de vida en el entorno escolar.

Finalmente, en Colombia, Quimbay-Herrera (2012), seleccionó una muestra por conveniencia de 33 niños con diagnóstico de TDAH que asistieron a la consulta externa de psiquiatría infantil del Hospital de la Misericordia de la ciudad de Bogotá. Se les aplicó el instrumento genérico multidimensional para medición de CVRS Kidscreen -52; los resultados evidenciaron que el TDAH afecta la calidad de vida de los niños que lo padecen. El dominio que mayor afectación mostró fue el de tiempo libre y autonomía, seguido del rechazo social; y el que menos impacto mostró fue el bienestar psicológico, seguido del dominio de vida familiar.

Partiendo de la idea de la significativa contribución de variables psico-sociales al TDAH (Vasconcelos *et al.*, 2005) y del escaso número de investigaciones desarrolladas en Colombia sobre la CVRS en este trastorno neuro psiquiátrico infantil el objetivo de este trabajo será describir los niveles la calidad de vida de niños con diagnóstico de TDAH de diferentes colegios privados del departamento de Córdoba, un área geográfica / cultural muy poco estudiada sobre la calidad de vida asociada al TDAH.

## MÉTODO

### Diseño

La presente es una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo con diseño transversal y una re-

colección de datos tipo encuesta (Hernández-Sampieri *et al.*, 2018).

### Participantes

El estudio contó con 56 participantes, de los cuales 36 fueron niños y 20 niñas, todos alumnos de cuarto grado de primaria con diagnóstico TDAH según los criterios del DSM 5 (APA, 2013) elaborado por el área médica y neuropsicología del colegio, con una edad promedio de 9.4 años, de estrato socioeconómico medio-bajo residentes en la ciudad de Montería, Colombia. El muestreo fue no aleatorio basado en los sujetos disponibles.

### Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de salud y bienestar niños(as) y adolescentes (The Kidscreen-52). La versión original fue desarrollada por Herdman, el grupo europeo Kidscreen *et al.* (2002), y se cuenta con la adaptación colombiana (Colombia Kidscreen-52) (Jaimes-Valencia, 2008; Jaimes-Valencia *et al.*, 2019; Reina, 2016). Este cuestionario comprende diez dimensiones y 52 ítems que se responden en una escala tipo Likert, con cinco alternativas de respuesta (“nunca” a “siempre”) e incluye las siguientes dimensiones: bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social. A su vez la dimensión bienestar físico tiene un sistema de respuesta tipo Likert con cinco alternativas que van de “excelente a “mala”.

### Procedimiento

Previo permiso de los representantes legales de los colegios que participaron en el estudio se prosiguió con la captación de la muestra. Primero se informó a los padres de familia/acudientes sobre el propósito de la investigación y luego se comunicó de este a los niños cuyos padres autorizaron previamente su participación en la investigación. Por tanto, se realizó la evaluación médica y neuropsicológica a los niños que tanto su padres y maestros indicaban que tenían síntomas relacionados por TDAH y se incluían o no en la investi-

gación. Tanto a los padres de familia/acudientes como a los niños se les aclaró que podían retirarse del estudio en el momento que lo consideraran pertinente y que no recibirían ningún tipo de retribución económica. Los niños que de manera libre y voluntaria decidieron participar fueron reunidos por grupos en las instalaciones de cada institución educativa, y se les entregó el instrumento psicométrico Kidscreen-52, así como una ficha de datos sociodemográficos para ser contestada de forma individual, contando con la ayuda del in-

vestigador a cargo en el momento que lo requirieran. El proceso de aplicación tuvo una duración de 20 minutos.

## RESULTADOS

La Tabla 1 presenta una síntesis de la información sociodemográfica de la muestra, donde la mayor proporción de encuestados son de sexo masculino (64.29%) y nivel educativo.

**Tabla 1.** Distribución muestral de proporciones de las variables sociodemográficas de los participantes.

Edad		Escolaridad		Sexo	%
Edad	Porcentaje	Curso	Porcentaje		
6 años	1.8%	Segundo	7.1%	Femenino	35.71%
7 años	3.6%	Tercero	26.8%	Masculino	64.29%
8 años	17.9%	Cuarto	30.4%		
9 años	32.1%	Quinto	33.9%		
10 años	17.9%	Sexto	1.8%		
11 años	26.8%				

Nota:  $n=56$

**Tabla 2.** Variables

Escala de CVRSI (Kidscreen-52)	Media	Mediana	Moda	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo	alpha de Cronbach	No. Ítems
Bienestar Físico	47.95	49.54	52.68	11.15	26	71	0.694	5
Bienestar Psicológico	53.01	55.25	55.25	11.15	28	70	0.703	6
Estado de ánimo	24.13	23.93	17.07 <sup>a</sup>	10.61	-2	54	0.760	7
Autopercepción	37.55	34.29	34.29	8.78	25	71	0.350	5
Autonomía	48.28	49.58	53.87	11.96	22	68	0.709	5
Relación Padres	51.53	52.12	69.22	13.31	16	69	0.823	6
Recursos Económicos	43.00	41.95	48.85	10.51	24	65	0.760	3
Apoyo social e iguales	54.42	55.44	60.37 <sup>a</sup>	11.93	31	73	0.792	6
Escuela	55.29	57.01	57.01	12.59	28	73	0.826	6
<i>Bullying</i>	19.16	16.50	3.22 <sup>a</sup>	13.02	3	59	0.654	3

En la Tabla 2 se presentan los datos descriptivos de las variables psicológicas y el alfa de Cronbach del Kidscreen-52, hallándose muy buena fiabilidad en las diferentes dimensiones del instrumento psicométrico utilizado con excepción con la dimensión autopercepción.

## DISCUSIÓN

En esta investigación participaron 56 niños con una media de 9.4 años de edad de estrato socioeconómico medio-bajo, residentes de la ciudad de Montería, Colombia, con diagnóstico trastorno por déficit de atención e hiperactividad a los cuales se

les evaluó la calidad de vida relacionada con la salud infantil mediante la versión colombiana de escala Kidscreen-52.

A continuación se desarrollan comparaciones de nuestros puntajes con los de Berra *et al.* (2009) con niños de la población infantil general argentina porque en otros estudios desarrollados en Colombia se habían llevado a cabo con el Kidscreen-52; la población infanto /juvenil tenía medias de edad mayores significativamente a los 9 años véase (Quiceno y Vinaccia, 2013; Quiceno y Vinaccia, 2014). Por otro lado se compararon nuestros resultados con los encontrados por Reina (2016) con él Kidscreen-52 en Colombia con niños de 9 años con diagnóstico de enfermedades crónicas diferentes al TDAH, porque este es también una afección crónica.

Con relación a la primera dimensión del Kidscreen-52, que es bienestar físico, y está relacionado con la actividad física, la sensación de energía y el estar físicamente en forma, los niños del presente estudio tienen una media inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 47.95 vs. 55.17) y al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 47.95 vs. 53.61).

Respecto a la segunda dimensión, bienestar psicológico, que se refiere a emociones positivas y satisfacción con la vida, los niños de esta investigación tienen una media significativamente inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 53.01 vs. 78.07) y tienen cercanía al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 53.01 vs. 56.89). La tercera dimensión, que es estado de ánimo, y que se refiere a experiencias negativas, estados depresivos y las sensaciones de estrés, los niños del presente trabajo tienen una media notablemente inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 24.13 vs. 79.67) y tienen puntajes significativamente inferiores al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 24.13 vs. 48.30).

Frente a la cuarta dimensión autopercepción, que se refiere a la percepción de la apariencia fisi-

ca e imagen corporal y la satisfacción relacionada con ellas, los niños del presente estudio tienen una media notablemente inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 37.55 vs. 84.72) y tienen puntajes bastante menores al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 37.55 vs. 54.10).

En la autonomía que se refiere a oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre y es la quinta dimensión; los niños de este trabajo tienen una media inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 48.28 vs. 65.56) y tienen puntajes menos menores al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 48.28 vs. 53.10).

Con relación a la sexta dimensión relación padres y vida familiar, que se refiere a la atmósfera familiar los niños de esta investigación tienen una media inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 51.53 vs. 84.07) y tienen puntajes bastante similares al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 51.53 vs. 53.9).

La séptima dimensión que se refiere a recursos económicos, y que está asociada a la percepción sobre la capacidad financiera de la familia, los niños de este trabajo tienen una media significativamente superior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 43.0 vs. 22.35) y tienen puntajes no tan inferiores respecto al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 43.0 vs. 47.90).

Con relación a la octava dimensión apoyo social e iguales, que se relaciona con los pares y su relación con los/as compañeros/as los niños del estudio tienen una media un poco inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 54.42 vs. 60.82) y tienen puntajes muy similares al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 54.42 vs. 55.90).

Lo concerniente a la novena dimensión que es la escuela, que se refiere a percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración, además de las sensaciones acerca de la escuela, los niños de esta investigación tienen una media inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 55.29 vs. 78.69) y tienen puntajes muy similares al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 55.29 vs. 56.9).

La última dimensión es el *bullying*, que se refiere a sensación de rechazo de los/las compañeros/as los niños del estudio tienen una media muy inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 19.16 vs. 78.58) y tienen puntajes bastante inferiores al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 19.16 vs. 44.70).

Revisando estos datos, se encuentra que los niños del estudio tuvieron puntajes especialmente bajos en las dimensiones Kidscreen-52 estado de ánimo, autopercepción y *bullying*. Respecto a la dimensión estado de ánimo, que indica presencia de emociones negativas como ansiedad, depresión y estrés. Diferentes investigaciones han encontrado que los niños con TDAH con frecuencia experimentan estos síntomas comórbidos de internalización, aunque estas tasas de comorbilidades internalizantes varían según los estudios, debido en parte a las diferencias en los procedimientos de evaluación diagnóstica (Xia *et al.* 2015). Los niños con TDAH en general son más propensos que sus compañeros de desarrollo típico a tener un diagnóstico de ansiedad y/o depresión (Biederman, *et al.*, 1991; Becker *et al.*, 2019; Xia *et al.* 2015). De igual modo frente a la dimensión autopercepción, diversas investigaciones han encontrado que TDAH se asoció con peores resultados de autoestima y función social; los niños presentan déficits significativos en múltiples ámbitos de la vida con posible repercusión en su autoestima y el autoconcepto. Según este modelo, que establece que los niños que experimentan fallos frecuentes, tienen más probabilidades de desarrollar niveles bajos de autoconcepto si obtuvieran una percepción negativa percepción negativa de sus competencias, so-

bre todo en las áreas de mayor dificultad (Harpin *et al.*, 2016).

Finalmente, en la dimensión *bullying* que tuvo el puntaje más bajo en el trabajo, podría llevar a pensar que hay menos aceptación social de estos niños dentro de su grupo de pares; al respecto diferentes investigaciones plantean que los niños con TDAH presentan tasas generales más altas de victimización por parte de los compañeros y de comportamiento de acoso escolar mucho más altas que los niños sin TDAH. Adicionalmente, los niños con TDAH reportaron mayores frecuencias de victimización verbal, física y relacional que los niños sin TDAH (Humphrey *et al.*, 2007; Örengül *et al.*, 2018; Ter-Stepanian, *et al.*, 2019).

En lo que se refiere a las demás dimensiones de calidad de vida, los participantes tienen una percepción adecuada dentro de los límites normales y por encima de la media las dimensiones bienestar psicológico, relación con padres, apoyo social e iguales. Mientras que están por debajo de la media las dimensiones bienestar físico, autonomía, y recursos económicos. Lo anterior no es muy distante de lo encontrado en estudios desarrollados en Europa (Michel *et al.*, 2009) y América Latina (Pinto *et al.*, 2010).

Como limitaciones del estudio se encuentran, en primer lugar, el tamaño limitado de la muestra (57 niños), que estuvo condicionado a las características neuro psicológicas (TDAH) de los participantes del estudio; en segundo lugar, la ausencia de estudios epidemiológicos sólidos sobre esta enfermedad en la ciudad de Montería y tercero, que el estudio fue de tipo transversal.

Por último, sería importante implementar con estos niños programas de intervención terapéuticos basados en atención plena y ejercicio, que se ha planteado como una intervención potencialmente útil en niños con TDAH, destacándose los efectos sobre el desarrollo cognitivo, socio-emocional y motor (Chan *et al.*, 2018; Neudecker *et al.*, 2019; Ng *et al.*, 2017).

Finalmente, es importante describir que con esta investigación se inicia la oportunidad de conocer aspectos emocionales y psicosociales de los niños en los diferentes escenarios por parte no solo de salud mental sino en otros escenarios vitales del menor como es su proceso de aprendizaje, sus

relaciones con sus pares, al igual estimular a los colegios y casa en actividades que puedan psico-orientar la conductas en los sujetos. Para ser más específicos que las intervenciones de psico-educación debe ser entre grupo multi e inter-

disciplinario en las sesiones de rehabilitación al igual que sus profesores y padres puedan establecer un continuo tratamiento en las esferas en las cuales se desarrolla el menor como lo describe varios autores con respecto al tema.

*Citación:* Vinaccia, S., Barrera, L., Sánchez, M., Zuluaga, M.A., Arjona, M., Franco, S., Bernal, S. y Guerrero, C.I. (2023). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: a partir del Kidscreen-52. *Psicología y Salud*, 33(1), 81-88. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2774>.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, A.D., DuPaul, G.J., Weyandt, L.L., Morrissey-Kane, E., Sommer, J.L., Rhoads, L.H., Murphy KR, Gormley, M.J. y Gudmundsdottir, B.G. (2018). Rates and Patterns of Comorbidity among First-Year College Students With ADHD. *Journal Clinical Child Adolescence Psychology*, 47(2), 236-247 <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1105137>.
- Becker, S.P., Schindler, D.N., Holdaway, A.S., Tamm, L., Epstein, J.N. y Luebke, A.M. (2019). The Revised Child Anxiety and Depression Scales (RCADS). *Psychometric Evaluation*, 41(1), 93-106. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9702-6>.
- Berra, S., Bustingorry, V., Henze, C., Díaz, M. del P., Rajmil, L. y Butinof, M. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario Kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Archivos Argentinos Pediatría*, 107(4), 307-314. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n4a05.pdf>.
- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal Psychiatry*, 148(5), 564-577. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.5.564>.
- Chan, S.K.C., Zhang, D., Bögels, S.M., Chan, C. S., Lai, K.Y.C., Lo, H.H.M., Yip, B.H.K., Lau, E.N.S., Gao, T.T. y Wong, S.Y.S. (2018). Effects of a mindfulness-based intervention (MYmind) for children with ADHD and their parents: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022514>.
- Dewey, D. y Volkovinskaia, A. (2018). Health-related quality of life and peer relationships in adolescents with developmental coordination disorder and attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine Child Neurology*, 60(7), 711-717. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13753>.
- Gavin, B y McNicholas, F. (2018). ADHD: science, stigma and service implications. *Irish Journal Psychological Medicine*, 35(3), 169-172. <https://doi.org/10.1017/ipm.2018.20>.
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J.P., Kahle, J., Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal Attentional Disorder*, 20(4), 295-305. Doi: 10.1177/1087054713486516.
- Herdman, M., Rajmil, L., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Power, M., Alonso, J. y the European Kidscreen and Disabkids Groups (2002). Expert consensus in the development of a european health-related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study. *Acta Paediatrica*, 91(12), 1385-1390. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb02838.x>.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación*. Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Humphrey, J.L., Storch, E.A. y Geffken, G.R. (2007). Peer victimization in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal Child Health Care*, 11(3), 248-60. <https://doi.org/10.1177/1367493507079571>.
- Jaimes-Valencia, M.L. (2008). *Adaptación cultural a la población escolar colombiana del Kidscreen y del VSP-A, instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para niños(as) y adolescentes* [Tesis doctoral inédita]. Universidad de Alicante, Alicante. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68834>.
- Jaimes-Valencia, M.L., Perpiñá-Galvañ, J., Cabañero-Martínez, M.J., Cabrero-Martínez, J. y Richart-Martínez M. (2019). Adjusted linguistic validation and psychometric properties of the Colombian version of Kidscreen-52. *Journal Child Health Care*, 23(1), 20-34. <https://doi.org/10.1177/1367493518777291>.
- López-Villalobos, J.A., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera, M.T., López-Sánchez, M.V., Andrés-De Llano, J.M., Rodríguez-Molinero, L. y Camina-Gutiérrez, A.B. (2018). Percepción de niños y adolescentes sobre la calidad de vida en casos de trastorno por déficit de atención/hiperactividad con y sin tratamiento farmacológico y en controles. *Revista de Neurología*, 67(6), 195-202. <https://doi.org/10.33588/rn.6706.2017517>.

- López-Villalobos, J.A., Sacristán-Martín, A.M., Garrido-Redondo, M., Martínez-Rivera, M.T., López-Sánchez, M.V., Rodríguez-Molinero, L., Camina-Gutiérrez, A.B. y Andrés-De Llano, J. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico. *Anales Pediatría*, 90(5), 272-279. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016>.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D.C., Abel, T. y Kidscreen group. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of life research*, 18(9), 1147-1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9538-3>.
- Neudecker, C., Mewes, N., Reimers, A.K y Woll, A. (2019). Exercise Interventions in Children and Adolescents With ADHD: A Systematic Review. *Journal Attention Disorders*, 23(4), 307-324. <https://doi.org/10.1177/1087054715584053>.
- Ng, Q.X., Ho, C.Y.X., Chan, H.W., Yong, B.Z.J. y Yeo, W.S. (2017) Managing childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with exercise: A systematic review. *Complementary Therapy Medicine*, 34,123-128. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.08.018>.
- Örengül, A.C., Goker, H., Zorlu, A., Gormez, V. y Soylyu, N. (2018). Peer Victimization in Preadolescent Children With ADHD in Turkey. *Journal Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260518816321>.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *World Health Assembly update*. <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>.
- Pineda, D., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. y Castellanos F.X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista Neurología*, 32(3), 217-222. Doi: <https://doi.org/10.33588/rn.3203.2000499>.
- Pinto-Guedes, D., Villagra-Astudillo, H.A., Moya-Morales, J.M., Vecino, J.C. y Pires Jr., R. (2010). *Age and gender differences in healthrelated quality of life of adolescents from Latin American countries*. VII Congreso de la Asociación Internacional de Escuelas Superiores de Educación Física (AIESEP). La Coruña, España. ISBN: 978-84-614-9946-5.
- Polanczyk, G.V., Silva de Lima, M., Lessa-Horta, B., Biederman, J. y Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948 <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>.
- Polanczyk, G.V., Willcutt, E.G., Salum, G.A., Kieling, C. y Rohde, L.A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal Epidemiology*, 43,434-442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>.
- Portela-Sabari, A., Carbonell-Naranjo, M., Hechavarría-Torres, M. y Jacas-García, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Medisan*, 20(4), 553-563. <http://www.medis-san.sld.cu/index.php/san/article/view/813>.
- Quiceno, J.M. (2007). *Calidad de vida infantil* [Manuscrito no publicado]. Universidad Autónoma de Madrid.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(2), 263-271.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según estrato y sexo. *International Journal of psychological and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170.
- Quimbay-Herrera, H.D. (2012). *Calidad de vida un indicador de tratamiento en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sus familiares, una experiencia en el hospital de la misericordia, 2009- 2010*. [Trabajo de grado]. Universidad El Bosque. <http://hdl.handle.net/20.500.12495/5596>.
- Reina, N.C. (2016). *Validación de los cuestionarios “disabkids” y “kidscreen” para medir calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños/as y adolescentes colombianos con enfermedad crónica*. [Tesis Doctoral] Universidad de Alicante. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=54907>.
- Ter-Stepanian, M., Martin-Storey, A., Bizier-Lacroix, R., Déry, M., Lemelin, J.P. y Temcheff, C.E. (2019). Trajectories of Verbal and Physical Peer Victimization among Children with Comorbid Oppositional Defiant Problems, Conduct Problems and Hyperactive-Attention Problems. *Child Psychiatry Human Development*, 50(6), 1037-1048. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10578-019-00903-7>.
- Vasconcelos, M.M., Malheiros, A.F., Werner Jr., J., Brito, A.R., Barbosa, J.B., Oliveira-Santos, I.S. y Lima, D.F. (2005). Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(1), 68-74. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2005000100013>.
- Xia, W., Shen, L. y Zhang, J. (2015). Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and selfreported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. *Shanghai Archives Psychiatry*, 27(6), 356-367. <https://dx.doi.org/10.11919%2Fj.issn.1002-0829.215115>.