



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR  
POR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER  
EN MEDICINA**

**TÍTULO:**

**Calidad de vida en adultos con antecedente de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la niñez sin sospecha actual del trastorno en Lima Metropolitana: análisis secundario del “Estudio epidemiológico de salud mental de Lima Metropolitana y el Callao-2012”**

**ALUMNO:**

**Miyagusuku Chang, Aida**

**ASESOR:**

**Dr. Saavedra Castillo, Javier E.**

**2018**

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>I.</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>03</b>
<b>II.</b>	<b>SUMMARY O ABSTRACT</b>	<b>03</b>
<b>III.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>04</b>
<b>IV.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>06</b>
<b>V.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>08</b>
<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>10</b>
<b>VII.</b>	<b>LIMITACIONES</b>	<b>15</b>
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>15</b>
<b>IX.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>16</b>
<b>X.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>17</b>
<b>XI.</b>	<b>TABLAS</b>	<b>22</b>
<b>XII.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>25</b>

## I. RESUMEN

**Objetivos:** Medir la calidad de vida de adultos en Lima metropolitana con antecedente de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la niñez y describir las características socio demográficas y frecuencia de este. **Materiales y métodos:** Fueron usados datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental 2012 por el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. **Resultados:** El antecedente de TDAH en la niñez se asoció al sexo masculino ( $p=0,019$ ), a la pobreza ( $p=0,025$ ) y a la presencia de otros trastornos psiquiátricos en la actualidad ( $p<0,0001$ ). La calidad de vida promedio en adultos con antecedente de TDAH fue menor en comparación a la de adultos sin el antecedente ( $p=0,034$ ). Los dominios de la calidad de vida afectados fueron: el de bienestar físico, bienestar psicológico, apoyo comunitario, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global. **Conclusiones:** La calidad de vida es menor en adultos con antecedente de TDAH independientemente de la persistencia del trastorno y/o diagnóstico actual. El efecto pernicioso del antecedente TDAH en la infancia puede tener connotaciones en el campo de la prevención, la atención clínica e inclusive en las definiciones nosológicas del TDAH en el adulto.

**Palabras clave:** Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, calidad de vida, epidemiología

## II. ABSTRACT

**Objectives:** To measure the quality of life (QoL) in adults with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) that live in Lima metropolitan area and to describe its sociodemographic characteristics. **Materials and methods:** Data from the epidemiologic study by the INSM HD-HN were used. **Results:** The history of ADHD in childhood was associated with male gender ( $p= 0.019$ ), poverty ( $p= 0,025$ ) and current

presence of other mental illness ( $p < 0.0001$ ). The mean QoL in adults with a history of ADHD was significantly lower than those without this history ( $p = 0.034$ ). The domains of QoL affected were physical well-being, psychological well-being, community support, personal fulfillment, spiritual satisfaction and global quality of health. **Conclusions:** A lower QoL was found in adults with a history of ADHD, independent of the disorder's persistence or current diagnosis. The pernicious effect of ADHD as an antecedent in childhood may have connotations in the field of prevention, clinical care and even in the nosological definitions of ADHD in the adult.

**Keywords:** Attention-deficit/hyperactivity disorder, Quality of life, epidemiology

### III. INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un desorden crónico del neurodesarrollo marcado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad y/o impulsividad que interfiere el rendimiento de un individuo en dos o más ámbitos de su vida (1).

La prevalencia del TDAH publicada varía significativamente según criterios diagnósticos y tipo de población estudiada. En niños y adolescentes el porcentaje varía entre 2-18%, con un estimado de 8-11% convirtiéndolo en uno de los desórdenes de la infancia más comunes (2). En el adulto, la prevalencia se encuentra entre 3,4 y 4,4% dependiendo la región geográfica estudiada (3). En el Perú, la prevalencia en niños entre 6 a 10 años es de 7,6% y 6,6% en adolescentes de 11 a 18 años (4), no existiendo datos estadísticos en el adulto.

Actualmente, este trastorno es considerado un problema en salud pública ya que trae consigo gran impacto a corto y largo plazo para el individuo y para la sociedad. Solo en niños y adolescentes, abarca ámbitos heterogéneos como el académico (menor grado de

escolaridad, mayor tasa de fracaso académico), la vida familiar e interacción social y en la autopercepción (5): 1) mayor riesgo de morbilidades psiquiátricas como trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad 2) mayor dependencia de sustancias como alcohol, nicotina y drogas ilícitas y 3) en las funciones adaptativas.

A ello se añade el costo económico incrementado producto del gasto adicional en educación especial, medicamentos y atención por parte de profesionales de la salud (6).

El paradigma de la historia natural de este desorden se centraba en la remisión de síntomas en la adultez temprana. Sin embargo, estudios de seguimiento prospectivo controlados muestran que los síntomas de TDAH persisten en un 40 a 60% de los individuos; particularmente los de inatención, causando una discapacidad funcional significativa (7).

En este contexto, las conclusiones de investigaciones prospectivas de un rango entre 20 a 41 años de seguimiento reconocen el efecto perjudicial que tiene crecer con TDAH a través de cada esfera principal de actividad en la vida; relaciones sociales, morbilidad psiquiátrica, funcionamiento ocupacional y académico, actividad sexual, relaciones interpersonales, manejo de automóviles, salud y finanzas (8).

En la literatura, se han publicado estudios que describen el impacto negativo de este trastorno en diferentes etapas de la vida: niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores (9). Debido a que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con efectos residuales prolongados, existe evidencia que reporta efectos en las personas con antecedentes del TDAH en la infancia pero que no reúnen criterios diagnósticos de TDAH como adultos (10). Sin embargo, esta información se centró en resaltar cuáles son los aspectos funcionales afectados por este trastorno. En este sentido, han sido limitados los estudios que miden el bienestar general en el individuo y evaluado el impacto que tiene en la calidad de vida (11). Este último es definido como un constructo multidimensional basado en la autopercepción del individuo con respecto al contexto en el que se desarrolla

(12). Además, permite reconocer implicancias clínicas claves como: planes de tratamiento individualizado, valoración de la eficacia de intervenciones y respuestas a los tratamientos (11,13). Por ello, su uso como herramienta de medida es útil para analizar la situación de salud en un momento determinado.

Asimismo, estos estudios, provienen de regiones como Norteamérica o Europa donde el medio ambiente (contexto social, sistema de salud, tratamientos disponibles, recursos económicos) no son comparables a nuestra realidad (14, 15).

En nuestro país, no se cuenta con estudios poblacionales que evalúen el impacto del TDAH en el adulto, por lo cual, este estudio sirve de preámbulo para evaluar nuevos hallazgos psicosociales. El mismo tiene por objetivo describir la prevalencia y características socio demográficas de adultos con antecedente de TDAH, así como estimar si existe diferencia en la calidad de vida de estos adultos con antecedente de TDAH en la niñez frente a los que no presentaron este antecedente.

#### **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un análisis secundario de la base de datos recolectada en el 2012, para el “Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao” realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio “Delgado-Hideyo Noguchi”, Se trató de un estudio poblacional, descriptivo, transversal, de tipo probabilístico y trietápico representativo de la ciudad de Lima y Callao (16). Los detalles del proceso de recolección y procesamiento de datos, herramientas utilizadas y otras características de la muestra se encuentran con mayor detalle en dicho estudio. La base de datos contó con 4445 registros de individuos adultos iguales o mayores de 18 años residentes en la ciudad de Lima metropolitana. Se adaptó los resultados del cuestionario creado en base al M.I.N.I PLUS (Mini International Neurophysiquiatric Interview v. en español 5.0) (17) a los criterios del

DSM-5 (18). Se definió como adulto con antecedente de TDAH en la niñez sin sospecha actual del trastorno, aquel que cumplió estos criterios y que resultara negativo ante el cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto- V1.1 (ASRS-V1.1) (19).

### **Evaluación de la calidad de vida**

Se usó el Índice de calidad de vida versión en español de Mezzich y colaboradores (20). Este instrumento cuenta con diez ítems: 1) Bienestar físico: sentirse con energía, sin dolores ni problemas físicos 2) bienestar psicológico: sentirse satisfecho consigo mismo 3) autocuidado y funcionamiento independiente: cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones 4) funcionamiento ocupacional: ser capaz de realizar trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas 5) funcionamiento interpersonal: ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos 6) apoyo social-emocional: poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional 7) apoyo comunitario: poseer un buen vecindario, disponer de apoyos financieros y otros servicios 8) plenitud personal: sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes 9) satisfacción espiritual: haber desarrollado una actitud hacia la vida más allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas 10) Calidad de vida global: sentirse satisfecho y feliz con su vida en general. Esta escala valora cada aspecto usando una puntuación de 1 a 10, siendo 1 malo y 10 excelente. La escala presenta una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,87) (21). Para el análisis, se usó el promedio de los diez dominios. (Anexo1)

### **Variables sociodemográficas**

Se registró variables: edad en grupos etarios, sexo, nivel educativo (sin instrucción, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato, superior no universitario, superior universitario,

posgrado), estado civil (soltero, casado, conviviente, viudo, divorciado), situación laboral, nivel de pobreza según necesidades básicas insatisfechas (NBIs). (Anexo1)

### **Variable de trastorno clínico psiquiátrico**

Se incluyó la prevalencia de cualquier trastorno mental que abarca: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos de la alimentación y uso de sustancias nocivas según los criterios en el M.I.N.I PLUS (*Mini International Neuropsychiatric Interview* v. en español 5.0.0). (Anexo 1)

### **Análisis estadístico**

Los datos fueron ponderados para el ajuste probabilístico de la selección y diferencias de las variables demográficas entre la muestra y la población. Para describir a la muestra se usó como estadísticos descriptivos: frecuencias, medidas de tendencia central y estimación de proporciones. Luego se realizó el análisis de los determinantes sociodemográficos (variables nominales) para identificar asociaciones con el TDAH mediante la prueba de Rao-Scott con corrección de segundo orden. Si era nominal bivariado, se realizó adicionalmente regresión logística considerando el diseño de la muestra para hallar el odds ratio. Si la variable dependiente era continua (calidad de vida), se usó el modelo lineal general con F de Wald como contraste de hipótesis. Se consideró un nivel de significancia cuando  $p < 0,05$  para un intervalo de confianza (IC) de 95%. El software estadístico usado fue SPSS versión 22.0.

## **V. RESULTADOS**

La población adulta encuestada que conforma la base de datos es de 4445 individuos, que acorde con el diseño técnico de muestreo, otorga una inferencia de 5 682 992 habitantes mayores de 18 años en Lima Metropolitana y el Callao. Se encontró que la prevalencia en el adulto de tener el antecedente de TDAH en la niñez excluyendo la sospecha actual



del trastorno fue de 2,7% (Tabla 1). Las características demográficas de estos adultos se muestran en la tabla 2. Los hombres (61,7%) presentaron una proporción significativamente mayor frente a las mujeres (38,3%). El sexo masculino se asoció con el antecedente de TDAH ( $p=0,019$ ), presentando un riesgo 1,8 veces mayor que el femenino de presentar el antecedente de TDAH ( $OR= 1,79$ ;  $IC95\%= 1,09-2,92$ ). Se encontró una asociación estadísticamente significativa con respecto al nivel de pobreza por NBIs.

En el grupo de adultos con antecedentes de TDAH el 31,3% se encontraba en situación de pobreza frente al 21,4% de las personas sin este antecedente; donde se halló una asociación significativa entre ambas variables ( $p=0,025$ ). Dentro de esta última categoría, la probabilidad de ser pobre es 1,6 veces mayor al tener el antecedente de TDAH. Con respecto a la presencia de otro trastorno psiquiátrico; 23,8% de adultos con el antecedente de TDAH respondieron positivamente y se halló una asociación significativa ( $p<0,0001$ ). Los adultos que presentan otro trastorno psiquiátrico, tienen cerca de 4 veces mayor probabilidad de presentar este antecedente en la niñez ( $OR= 3,937$ ;  $IC95\%= 2,303-6,733$ ). No se encontraron diferencias significativas entre las personas con antecedentes de TDAH y las que no lo tenían; en relación con el estado civil, nivel educativo y situación laboral.

Para evaluar la influencia única del antecedente de TDAH en la niñez sobre la calidad de vida, se utilizó el modelo lineal general, encontrándose significativo y adecuado ( $p=0,005$ ). Se halló una correlación negativa entre ambas, es decir, la calidad de vida disminuye ante la presencia del antecedente de TDAH ( $B= -0,446$ ). En aquellos adultos que no presentan antecedente de TDAH, el puntaje promedio de la calidad de vida fue de 7,942 ( $IC95\% 7,892-7,991$ ) frente a 7,496 ( $IC95\% 7,19- 7,81$ ) cuando está presente. (Tabla 3)

Se ajustó el modelo lineal general con la adición de las variables demográficas y psiquiátricas y se encontró que, incluyendo el efecto de otras variables, el antecedente de TDAH sigue siendo significativo y asociado negativamente con la calidad de vida ( $B = -0,326$ ;  $p = 0,034$ ). Se obtuvo que la calidad de vida promedio cuando se tiene el antecedente de TDAH es de 7,253 (IC95% 6,994 -7,562) en comparación con 7,579 (IC95% 7,468-7,689) cuando no se presenta este antecedente (Tabla 3).

Se analizó las diez dimensiones de calidad de vida y su relación con el antecedente de TDAH en la infancia. Se encontró que cada dimensión influye de forma distinta cuando hay y no hay presencia de TDAH. Las dimensiones de bienestar físico ( $B = -0,877$ ;  $p < 0,0001$ ), bienestar psicológico ( $B = -0,671$ ;  $p = 0,0001$ ), apoyo comunitario ( $B = -0,671$ ;  $p = 0,026$ ), plenitud personal ( $B = -0,588$ ;  $p = 0,009$ ), satisfacción espiritual ( $B = -0,445$ ;  $p = 0,026$ ) y calidad de vida global ( $B = -0,443$ ;  $p < 0,016$ ) se correlacionan negativamente con el antecedente de TDAH, siendo el bienestar físico, el que otorga mayor cambio. No se encontró asociaciones estadísticamente significativas con: Autocuidado y funcionamiento independiente ( $B = -0,289$ ;  $p = 0,115$ ), funcionamiento interpersonal ( $B = 0,114$ ;  $p = 0,513$ ), funcionamiento ocupacional ( $B = -0,216$ ;  $p = 0,243$ ) y apoyo social ( $B = -0,37$ ;  $p = 0,175$ ) (Tabla 4).

## **VI. DISCUSIÓN**

En el presente estudio se encontró que la prevalencia del antecedente de TDAH en la niñez, en los adultos habitantes de Lima Metropolitana fue de 2,7%. La prevalencia hallada en este estudio es menor a la encontrada previamente en otro estudio epidemiológico de nuestro país enfocada en niños y adolescentes (4). La comparación de ambas prevalencias, a pesar de la metodología retrospectiva del presente estudio permite suponer un sub-diagnóstico del antecedente en la población adulta estudiada. Estas

fluctuaciones de prevalencia también son halladas inclusive en estudios con metodología similar. Polanczyk y col. (22) realizaron una revisión sistemática y una meta regresión para evaluar los cambios de la prevalencia en este trastorno en particular. Se halló que la localización geográfica juega un papel muy limitado para explicar estos cambios y que la variabilidad se explica principalmente por la metodología usada de los investigadores. Es decir, debido a que no existe hasta el momento un biomarcador causal, el diagnóstico se mantiene sindrómico (DSM-5, CIE-10). Por lo cual, el reconocimiento de este trastorno depende en gran medida en las expectativas de la sociedad en la que el individuo se desenvuelve y si éste es considerado o no como una desviación de la norma aceptable.

Con respecto a las características de los adultos con antecedente de TDAH sin sospecha actual del trastorno, en este estudio se observó una mayor prevalencia en el sexo masculino, una mayor prevalencia de pobreza y mayor prevalencia presentar otro trastorno psiquiátrico. Si bien, se tomó el TDAH como antecedente más que como diagnóstico actual, los individuos que estuvieron afectados por este antecedente mantienen un perfil similar a los reportados en la literatura tanto en estudios transversales como longitudinales. El estudio de Kessler y col (23); mostró una mayor prevalencia del TDAH en los hombres, en un nivel de educación bajo, en individuos con un ingreso familiar bajo, en personas solteras y en desempleados. En el estudio de Montreal con un promedio de 26 años de seguimiento, se encontró las mismas características sociodemográficas aunadas a mayor incidencia de desórdenes psiquiátricos y criminalidad (24).

Como hallazgo importante de este estudio, en el aspecto socioeconómico, es el mayor porcentaje de individuos con antecedente de TDAH dentro de la categoría de “pobre” aún en las personas que en la actualidad no presentarían TDAH del adulto. Esto podría

considerarse un resultado objetivo de la disfuncionalidad que crea este trastorno y que abarca distintas esferas de la persona.

La calidad de vida promedio ajustada en adultos con antecedente de TDAH fue de 7,253 (IC95% 6,944-7,562) mientras que el promedio alcanza la cifra de 7,579 (IC95% 7,468-7,689) en los que no lo presentaron. Estos resultados son comparables con otros estudios relacionados con escalas de satisfacción de vida que encuentran entre poblaciones con diversos niveles de afecciones; diferencias numéricas similares y baja variabilidad en la distribución de puntajes (16, 25). Aun cuando los resultados demostraron una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.034$ ), es importante cuestionarse hasta qué punto esta diferencia provee de impacto clínico en un individuo; puesto que puede no presentarse a pesar de los resultados estadísticamente significativos (26). No obstante, el potencial inherente del uso de las escalas de calidad de vida es el de proveer información de parámetros para evaluar la relevancia clínica (27).

Desde el punto vista nosológico, los hallazgos de este estudio nos llevan a otras consideraciones, como en qué medida los criterios actuales del TDAH del adulto son restrictivos o no adecuados para la población adulta. Según Hechtman (28), este fenómeno podría deberse a que los criterios actuales de diagnóstico posicionan al individuo en el percentil 99 y que, aun reduciendo el número de criterios necesarios, impiden la correcta identificación de “sub síndromes” dentro de la población. Asimismo, otros factores que podrían intervenir o enmascarar son: inicio de síntomas, duración y curso (persistencia, remisión, disminución de severidad) del trastorno e intervenciones (tratamiento farmacológico o psiquiátrico) (29). En este contexto, también llama la atención que los síntomas primarios son típicos de una presentación entre la primera y segunda década de vida y no evaluados acorde a criterios de desarrollo específicos para cada grupo etario (30).

En el análisis de los dominios evaluados dentro del Índice Calidad de vida, se encontró que el “bienestar físico” es el que provee el mayor cambio negativo para la calidad de vida ( $B = -0,984$ ;  $p < 0,0001$ ). En estudios previos, se halló que adultos con TDAH eran más probables de incurrir en lesiones y accidentes tanto en situaciones laborales como de recreación (31). Los dominios de plenitud personal ( $B = -0,588$ ;  $p = 0,026$ ) y de bienestar psicológico ( $B = -0,671$ ;  $p = 0,001$ ) también se encontraron asociados concordando con modelos propuestos en individuos que presentan síntomas de TDAH; que adoptan esquemas mal adaptativos de fracaso e indisciplina contribuyendo negativamente al desarrollo de respuestas adecuadas ante eventos estresantes de la vida (32). Otra dimensión afectada es la de satisfacción espiritual ( $B = -0,445$ ;  $p = 0,026$ ). Esto contrasta, con estudios de evaluación de rasgos de personalidad en adultos con TDAH en la cual se halló que éstos presentaron un alto nivel de auto trascendencia y espiritualidad y disminución en autodeterminación y cooperatividad (33).

Es importante resaltar el dominio “apoyo comunitario”. Este presenta un efecto negativo significativo en la calidad de vida en adultos con antecedente de TDAH. En América Latina y el Perú la cohesión social, comunidad y sentido de pertenencia aún son prevalentes en la sociedad y funciona como una herramienta de desarrollo brindando expectativas y proyección al futuro no solo del colectivo sino a nivel individual (34), mitigando adversidades y ofreciendo soporte emocional, por lo cual, aun cuando se supone que este dominio se encuentre afectado en adultos con el antecedente de TDAH en comparación con adultos sin este trastorno, la magnitud del impacto se encuentra por encima de lo esperado.

El dominio de menor cambio es la dimensión de “Funcionamiento Interpersonal” ( $B = 0,0671$ ;  $p = 0,729$ ). Estos resultados difieren con los estudios publicados con anterioridad. Por ejemplo, en el estudio de Pittsburgh, se hace hincapié en los problemas

sociales como: menor cantidad de amigos, amigos con influencia negativa para el abuso de sustancias y delincuencia; así como disfunción en relaciones con parejas llegando a agresión física y verbal, aunque este estudio se relaciona con TDAH presente en el adulto (35). Otra dimensión que no es afectada significativamente, en el presente estudio, es el “funcionamiento ocupacional” ( $B = -0,366$ ;  $p = 0,067$ ). Esto contrasta con los resultados en adultos con el diagnóstico actual y una de las principales razones por la que es considerado como problema de salud pública, el costo económico. Este costo económico proviene de productividad baja, ausentismo laboral y desempleo (36). Esta diferencia puede deberse a la naturaleza del sector laboral en nuestro país, donde la informalidad laboral alcanza el 70% presentando flexibilidad en las normas de trabajo que significaría en otro contexto, eventos inadmisibles (37).

Dentro de las implicancias clínicas de este estudio, los datos mostraron que los adultos con antecedente de TDAH presentaron un perfil con características similares a los adultos que poseen el diagnóstico actual del trastorno. Así como el tener el antecedente de TDAH está asociado a una menor calidad de vida aun cuando en el adulto los criterios establecidos no son alcanzados. Dado que la discapacidad funcional es un factor predictivo importante para una baja calidad de vida, los resultados de estudios longitudinales como el de Hetcham y col (38) —en el que se encontró que adultos con el diagnóstico de TDAH en la niñez que no llegaban a tener el diagnóstico en la etapa adulta, poseían un patrón de resultados funcionales dentro de un rango intermedio; por encima de los adultos con TDAH, pero por debajo del grupo control— son comparables a los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Esto nos lleva a concluir que debe de hacerse una distinción entre persistencia de síntomas (con el subsecuente diagnóstico) y el impedimento funcional relacionado al TDAH. Como se ha observado en varios estudios longitudinales, aun cuando la severidad de los

síntomas parece declinar, la discapacidad funcional relacionado al TDAH persiste o incluso incrementa (39). Este último impactando de sobremanera en el desarrollo de un individuo y en la calidad de vida de este.

## **VII. LIMITACIONES**

Entre las limitaciones del estudio se encuentra: a) que la encuesta no fue concebida específicamente para responder la pregunta de investigación de este estudio; b) como sucede en este tipo de estudios, no se puede descartar respuestas con omisiones sistemáticas de las personas por temor al estigma; c) el sesgo de recuerdo es otra desventaja importante, debido a que el antecedente de TDAH se identificó con instrumentos en el adulto en base a su experiencia en la niñez; d) los criterios diagnósticos en el cuestionario fueron modificados posterior a la recolección de datos; y e) por tratarse de un estudio transversal no se puede establecer relaciones de causalidad, por lo cual serían necesarios estudio longitudinales para confirmar estos hallazgos.

## **VIII. CONCLUSIONES**

Los adultos que presentaron el antecedente del TDAH se caracterizaron por ser preponderantemente de sexo masculino, una mayor prevalencia a presentar otro trastorno psiquiátrico actual y encontrarse en un nivel socioeconómico pobre. Se encontró una correlación negativa entre la presencia del antecedente de TDAH y el promedio de calidad de vida. Es decir, cuando el antecedente de TDAH está presente, la calidad de vida disminuye con respecto a adultos que no lo presentan. Dentro de las diez dimensiones de la escala de Calidad de vida de Mezzich y colaboradores, la dimensión de “bienestar físico” tuvo mayor impacto negativo en adultos con antecedente de TDAH. La disfuncionalidad causada por el TDAH no disminuiría en el transcurso del tiempo aun

cuando el diagnóstico ya no está presente. El eventual impacto persistente del TDAH, aún como antecedente, conlleva a reflexiones en la prevención, diagnóstico y manejo de este trastorno a través de las etapas de desarrollo de un individuo.

## **IX. RECOMENDACIONES**

Debido a los resultados obtenidos, se recomienda realizar estudios con corroboración del diagnóstico por parte de profesionales de la salud, así como precisar la patología psiquiátrica comórbida en caso de presentarse. Asimismo, se podrían realizar otros estudios con la identificación del TDAH en distintas etapas de la vida para una mejor aproximación de la variabilidad de presentación clínica. Finalmente, con la información recabada, considerar la factibilidad de estudios prospectivos en caso ocurra algún tipo de intervención ya sea farmacológica o conductual.

## **X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Lopez CA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014, p 59-66.



2. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, Hedden SL, et al., Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental health surveillance among children-United States, 2005-2011. *MMWR Suppl.* 2013;62(2):1.
3. Buitelaar JK, Barton J, Danckaerts M, Friedrichs E, et al. A comparison of North American versus non-North American ADHD study populations. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15(3): 177-81.
4. Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao-2007. *Anales de salud mental.* 2012; Vol XXVIII. Suplemento 1.
5. Roy A, Hechtman L, Arnold LE, Swanson JM, Molina BSG, Sibley MH, Howard AL; MTA Cooperative Group. Childhood predictors of adult functional outcomes in the Multimodal Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder(MTA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 07,56(8):687-695.
6. Küpper T, Haavik J, Drexler H, Ramos-Quiroga JA, Wermelskirchen D, Prutz C, Schauble B. The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(2):279.
7. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(2):279.
8. Harpin V. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child.* 2005; 90(1):2-7.
9. Uchida M, Spencer TJ, Faraone SV, Biederman J. Adult outcomes of ADHD: An overview of results from the MGH longitudinal family studies of pediatrically and psychiatrically referred youth with and without ADHD of both sexes. *J Atten Disor.* 2015;22(6):523-534.

10. Onnink AM, Zwiers MP, Hoogman M, Mostert JC, Kan C, Buitelaar J, Franke B. Brain alterations in adult ADHD: Effects of gender, treatment and comorbid depression. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2014; 24(3):397-409.
11. Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, Ishak WW. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innov Clin Neurosci.* 2012;9(5-6):10-21.
12. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
13. Adler LA, Spencer T, Brown TE. Once-daily atomoxetine for adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a 6-month, double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2009; 29:44–50.
14. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67(4):524-40.
15. Biederman J, Faraone SV, Attention deficit hyperactivity disorder: a worldwide concern. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(7):453-4.
16. Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. *Anales de salud mental.* 2013; 29(1):73-134.
17. Lecrubier Y, Weiller E, Ergueta T, Amorim O, Bonora LI, Lépine JP, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I Plus). Versión en español 5.0.0. 2000.
18. American Psychiatric Association. Neurodevelopmental Disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders.* 5th ed. Washington DC. 2013 Available

from:<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425596>.

dsm01

19. Kessler R, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS: a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med.* 2005; 35 (2):245-56.
20. Mezzich J, Ruipérez M, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Ner Ment Dis* 2000; 188:301-305.
21. Robles Y, Saavedra J, Mezzich J. E. Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. *Anales de salud mental.* 2010; 26(12): 33-43.
22. Polanczyk GV, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systemic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(6):942-8.
23. Kessler RC, Adler L, Barkley RA, Biederman J, Conner CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(4): 716-723.
24. Cherkasova M, Sulla EM, Dalena KL, Ponde MP, Hechtman L. Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(1):47–54.
25. Sica da Rocha N, Power M, Bushnell D, Fleck M. The EUROHIS-QOL 8 item Index: Comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health.* 2012;15(3): 449-457.
26. Page P. Beyond statistical significance: Clinical interpretation of rehabilitation research literature. *Int J Sports Phys Ther.* 2014; 9:726–736.
27. Higginson IJ, Carr AJ. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ: BMJ.* 2001;322(7297):1297-1300.

28. Hechtman L, editors. *Attention deficit hyperactivity disorder: Adult outcomes and its predictors*. Oxford University Press; 2016. 1-2p.
29. Lee S, Sibley M, Epstein J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder development: Predictors, resilience and future directions. *J Abnorm Psychol*. 2016;15(2): 151-153.
30. Barkley R. Recent longitudinal studies of childhood Attention-deficit hyperactivity disorder: Important themes and questions for further research. *J Abnorm Psychol*. 2016; 125: 248-255.
31. Hodgkins P, Montejano L, Sasane R, Huse D. Risk of injury associated with attention-deficit/hyperactivity disorder in adults enrolled in employer-sponsored health plans: a retrospective analysis. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(2).
32. Miklósi M, Mate O, Somogyi K, Szabó M. Adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms, perceived stress and well-being: The role of early maladaptive schemata. *J Nerv Ment Dis*. 2016 ;204(5): 364-9.
33. Faraone SV, Kunwar A, Adamson J, Bierderman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med*. 2009; 39(4):685-93.
34. Cueto RM, Espinosa A, Guillén H, Seminario M. Sentido de comunidad como fuente de bienestar en poblaciones socialmente vulnerables de Lima, Perú. *Psykhé*. 2016; 25(1), 1-18.
35. Molina BSG, Sibley MH, Pedersen SL, Pelham WE. The Pittsburgh ADHD Longitudinal Study. In Hechtman L, Editors. *Attention-deficit hyperactivity disorder: Adult outcomes and its predictors*. New York: Oxford University Press; 2017. p. 105-156.
36. Matza LS, Paramore C, Prasad M. A review of the economic burden of ADHD. *Cost Eff Resour Alloc*. 2005 Jun 9; 3:5.

37. Velapatiño V., Grippa F., Perea H. Perú-Informalidad laboral y algunas propuestas para reducirla. *Observatorio Económico*. 2017.
38. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, Stehli A, Owens EB, Mitchell JT, et al. Functional Adult Outcomes 16 Years After Childhood Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: MTA Results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55: 945-952
39. Eme R. A review of the most recent longitudinal studies of ADHD. *J Mem Disord Rehabil*. 2017; 2(1):1004.

## XI. TABLAS

**Tabla 1.** Prevalencia del antecedente de TDAH en la niñez excluyendo la sospecha de diagnóstico actual en adultos en Lima Metropolitana y Callao 2012

	Parámetro estimado (%)	Error Estándar %	IC95%	DEFF	Coefficiente de variación
Con antecedente de TDAH	156.051 (2,7%)	0,3%	2,1- 3,4	1,819	0,123
Sin antecedente de TDAH	5 .682.992 (97,3%)	0,3%	96,6- 97,9	46,452	0,017

**Tabla 2.** Características demográficas de adultos encuestados en Lima Metropolitana y Callao 2012 en base a la presencia del antecedente de TDAH en la niñez excluyendo la sospecha actual

	Con antecedente de TDAH	Sin antecedente de TDAH	Estadístico	OR (IC95%)	Total
<b>Sexo</b>					
	61,7%	47,5%	Fc= 5,539		47,9%
Masculino	(49,8-72,4)	(45,2-49,8)	<i>df</i> 1=1	1,79	(45,6- 50,1)
	38,3%	52,5%	<i>df</i> 2=694	(1,09-	52,1%
Femenino	(27,6- 50,2)	(50,2- 54,8)	p=0,019	2,92)	(49,9- 54,4)
<b>Edad en grupos etarios</b>					
18 a 24 años	19%	18,2%			18,2%
	(11,7- 29,5)	(16,6- 19,9)			(16,7- 19,9)
25 a 44 años	46,5%	40,4%	Fc= 0,987		40,6%
	(36,1- 57,2)	(38,6- 42,2)	<i>df</i> 1= 1,973		(38,8- 42,4)
45 a 64 años	26,6%	27,5%	<i>df</i> 2=		27,4%
	(17,6- 38)	(25,9- 29,1)	2063,164		(25,9- 29,1)
65 a más años	7,9%	13,9%	p= 0,397		13,7%
	(3,6- 16,5)	(12,6- 15,4)			(12,4- 15,2)
<b>Estado Civil</b>					
	34,7%	26,8%			27%
Soltero	(24,3- 46,9)	(25,1- 28,6)			(25,3- 28,8)
	20,8%	25,3%			25,1%
Conviviente	(14,1- 29,6)	(23,6- 27)	Fc= 1,432		(23,5-26, 9)
	25,2%	31,5%	<i>df</i> 1=3,739		31,3%
Casado	(16,5- 36,2)	(29,7- 33,3)	<i>df</i> 2=		(29,6- 33,1)
Separado o divorciado	16,2%	11,3%	2595,06		11,4%
	(9,9-25,4)	(10,3-12,4)	p=0,224		(10,4- 12,5)
	3,1%	5,1%			5,1%
Viudo	(0,9-10,1)	(4,4- 5,9)			(4,4- 5,8)
<b>Nivel educativo</b>					
Sin nivel a primaria	14,8%	15,1%			15%
	(9,2- 16,5)	(13,- 16,5)			(13,8- 16,4)
Secundaria (icl bachillerato )	46,1%	44,8%	Fc= 0,498		44,8%
	(35,2- 57,4)	(42,7- 46,8)	<i>df</i> 1= 2,843		(42,8- 46,8)
Superior no universitaria	23,7%	19,9%	<i>df</i> 2=1972,		20%
	(14,6-36)	(18,4-21,5)	937		(18,5- 21,5)
Superior universitaria o posgrado	15,4%	20,3%	p=0,674		20,2%
	(8,5- 26,2)	(18,6- 22,2)			(18,4- 22)
<b>Situación laboral</b>					
	33,8%	36,5%	Fc= 0,254		36,4%
No trabaja	(24,4- 44,7)	(34,7- 38,4)	<i>df</i> 1=1		(34,7- 38,3)

	66,2%	63,5%	$df2=694$	1,13	
Sí trabaja	(55,3- 75,6)	(61,6- 65,3)	$p=0,614$	(0,70- 1,81)	63,6% (61,7- 65,3)
Nivel de pobreza					
Pobre	31,3%	21,4%	$F_c= 5,067$		21,7% (19,7- 23,8)
	(22,5- 41,9)	(19,5- 23,6)	$df1= 1$	1,61	
No pobre	68,7%	78,6%	$df2=694$	(1,03- 2,54)	78,3% (76,2-80,3)
	(58,1- 77,5)	(76,4- 80,5)	$p= 0,025$		
Prevalencia actual de cualquier otro trastorno psiquiátrico					
No	76,2%	92,7%	$F_c= 19,89$	3,94	92,2% (91,2- 93,2)
	(65,9- 84,2)	(91,6- 93,6)	$df1=1$	(2,30- 6,73)	
Sí	23,8%	7,3%	$df2=694$		7,8% (6,8- 8,8)
	(15,8- 34,1)	(6,4- 8,4)	$p<0,0001$		

**Tabla 3.** Calidad de vida en adultos con antecedente de TDAH en la niñez en Lima Metropolitana y el Callao

	No Ajustado			Ajustado		
	Media	IC (95%)	Estadístico	Media	IC (95%)	Estadísticos
Con antecedente de TDAH en la niñez	7,496	7,19- 7,81	$B= -0,446$ $F_{wald}= 7,909$ $EE= 0,158$ $df1= 1$	7,253	6,944- 7,562	$B= -0,326$ $F_{wald}= 4,538$ $EE=0,153$ $df1= 1$
Sin antecedente de TDAH en la niñez	7,942	7,892- 7,991	$df2= 694$ $p=0,005$	7,579	7,468- 7,689	$df2=694$ $p=0,034$

**Tabla 4.** Análisis de cada dimensión perteneciente al Índice de Calidad de vida de Mezzich y Colaboradores sobre la presencia del TDAH como antecedente

Dimensiones del índice de CD de Mezzich y Col	Diferencia en la CV en presencia del antecedente de TDAH*		Significancia e influencia del antecedente de TDAH sobre las dimensiones de CV*		
	F wald	Estimación	t	p	
Bienestar físico	17,986	- 0,877	4,239	<0.001	
Bienestar psicológico	10,266	-0,671	3,204	0,001	

Autocuidado y funcionamiento independiente	2,494	-0,289	1,579	0,115
Funcionamiento ocupacional	1,366	-0,216	1,169	0,243
Funcionamiento interpersonal	0,428	0,114	-0,654	0,513
Apoyo social	1,842	-0,37	1,357	0,175
Apoyo comunitario	5,006	-0,671	2,237	0,026
Plenitud personal	6,868	-0,588	2,621	0,009
Satisfacción espiritual	4,951	-0,445	2,225	0,026
Calidad de vida global	5,864	-0,443	2,422	0,016

\* Ajustado con variables demográficas y otros trastornos psiquiátricos previamente especificados

## XII. ANEXOS

### Anexo 1. Definición operacional de las variables de estudio

Variable	Definición	Naturaleza	Escala	Dimensiones evaluadas
Variables demográficas				
Edad	Variable definida como el tiempo en años transcurrido entre la fecha de nacimiento del individuo y la fecha al momento de la encuesta	Cualitativa	Ordinal	18-24 años, 25-44 años, 45-64 años, 65 años o más



Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación, matrimonio que se hace constatar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales	Cualitativa	Nominal	Soltero(a), conviviente, casado(a), separado(a)/divorciado(a), viudo(a)
Nivel educativo	Grado más elevado de estudios realizados o en curso en el momento de la encuesta	Cualitativa	Ordinal	Sin nivel a primaria (incl inicial), secundaria, superior no universitario, Superior universitaria (incl posgrado)
Situación laboral	Condición de trabajo hasta la semana anterior al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	Trabajó la semana anterior, está buscando trabajo
Nivel de pobreza por NBIs	Medición y establecimiento de umbrales de satisfacción según las necesidades básicas insatisfechas (hacinamiento, vivienda inadecuada, abastecimiento inadecuado de agua, carencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas, inasistencia a escuelas primarias en menores de edad)	Cualitativa	Ordinal	Pobre extremo (dos o más NBIs), pobre (1 NBIs), no pobre (ninguna NBIs). Para fines metodológicos se unió pobre extremo y pobre en una sola categoría
Sexo	Variable definida por el órgano sexual externo de la persona (genitales)	Cualitativa	Nominal	Femenino, Masculino

Variabes psiquiátricas

Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad	Trastorno neurobiológico de carácter crónico y sintomatología evolutiva. Con un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo.	Cualitativa	Nominal	Presenta antecedente trastorno, presenta antecedente trastorno	el del no el
Prevalencia de trastorno psiquiátrico	Presencia de casos de un trastorno psiquiátrico: afectivos, ansiedad, alimentación y adictivo al momento de la encuesta Estado de bienestar físico, emocional, social y espiritual de la persona.	Cualitativa	Nominal	Presencia, presencia	No
Calidad de vida promedio	Medido con la escala de índice de Calidad de Vida de Mezzich y col (presenta 10 dimensiones). Promedio de las dimensiones	Cuantitativa	De razón	Valor numérico entre 2,5 a 10	

---