

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

Miyagusuku-Chang, Aida; Saavedra, Javier E

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

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 81, núm. 2, 2018

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372058069015>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3333>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

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

Quality of life in adults with history of attention deficit disorder and hyperactivity in childhood without current suspicious of the disorder in Metropolitan Lima

Aida Miyagusuku-Chang
Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano
Heredia, Perú
 miyagusuku.aida@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v8i2.3333>
 Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372058069015>

Javier E Saavedra
Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano
Heredia, Perú
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado –
Hideyo Noguchi., Perú

Recepción: 25 Abril 2018
 Aprobación: 28 Junio 2018

RESUMEN:

Objetivos: Evaluar la calidad de vida de adultos con antecedente de trastorno de déficit de atención (TDAH) en Lima metropolitana. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, se basó en los datos del “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y el Callao-2012” que se realizó mediante una encuesta directa a 4445 adultos, obtenidos mediante un muestreo probabilístico de tres etapas. La encuesta fue realizada por personal capacitado usando como instrumentos la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Plus (M.I.N.I PLUS), el cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto- V1.1 (ASRS-V1.1) y el Índice de Calidad de Vida desarrollado por Mezzich y col. Se usó las pruebas F de independencia para la evaluación de asociaciones bivariadas y el modelo lineal general para la comparación de la calidad de vida. **Resultados:** Se encontró una diferencia significativa en la calidad de vida entre adultos con antecedente de TDAH y sin este ($p=0,034$). El antecedente de TDAH en la niñez se relacionó al sexo masculino ($p=0,019$), a la pobreza ($p=0,025$) y a la presencia de otros trastornos psiquiátricos en la actualidad ($p<0,0001$). **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 por déficit de atención con hiperactividad, calidad de vida, técnicas y procedimientos diagnósticos.

ABSTRACT:

Objectives: To assess the quality of life (QoL) in adults with history of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) that live in Metropolitan Lima. **Material and methods:** Descriptive cross-sectional study based on data from the “Epidemiologic study on Mental Health in Metropolitan Lima and Callao-2012”, performed through a direct survey of 4445 adults that were obtained using a three-stage probability sampling. The survey was conducted by qualified personnel using the MINI International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I PLUS), the WHO Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) screener and the Quality of Life Index developed by Mezzich and col as instruments. F tests of independence were used for bivariate associations and the general linear model to compare the quality of life. **Results:** There was a statistically significant difference in quality of life between adults with history of ADHD and without. 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 ($p<0.0001$). **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 the history of ADHD 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 disorder with hyperactivity, quality of life, diagnostic techniques and procedures.

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. A ello se añade los efectos en la economía producto del costo incrementado en salud y ausentismo laboral (5).

El paradigma de la historia natural de este desorden describía 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 (6).

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 (7). Debido a que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con efectos residuales prolongados, existe evidencia que reporta efectos en las personas con antecedente del TDAH en la infancia pero que no reúnen criterios diagnósticos de TDAH como adultos (8). 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 evalúan el impacto que tiene en la calidad de vida (9). Esta última es definido como un constructo multidimensional basado en la autopercepción del individuo con respecto al contexto en el que se desarrolla (10). 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 no es comparable a nuestra realidad (11, 12).

En nuestro país, no se cuenta con estudios poblacionales que evalúen el impacto del TDAH ni como antecedente ni como diagnóstico en el adulto, por lo cual, este estudio sirve de preámbulo para evaluar nuevos hallazgos psicosociales.

El objetivo del presente trabajo fue 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 lo presentaron.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo de corte transversal, se usó la base de datos del “Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao” realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” en el año 2012 (EESMLMC-2012). La muestra final de adultos estuvo compuesta por 4445 encuestados. Los instrumentos utilizados en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-2012 (EEDMLMC-2012) fueron sometidos a ensayos pilotos y grupos focales siguiendo el mismo procedimiento de estudios epidemiológicos anteriores (13). Las preguntas del presente estudio se obtuvieron en base al M.I.N.I PLUS (Mini International Neuropsychiatric Interview v. en español 5.0) (14) con modificación posterior para los criterios del DSM-5 (15). Se definió como adulto con antecedente de TDAH en la niñez sin sospecha actual del trastorno, aquel que cumplió criterios de TDAH

en la niñez y que resultara negativo ante el cuestionario auto informado de cribado del TDAH del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) (16).

Para la evaluación de la calidad de vida se usó el Índice de Calidad de Vida elaborado por Mezzich y colaboradores en su versión en español (17). Este instrumento consta de diez dimensiones valoradas del uno al diez. Para el análisis, se usó el promedio de los diez dominios. Los datos sociodemográficos incluyeron edad en grupos etarios, sexo, nivel educativo, estado civil, situación laboral, nivel de pobreza según necesidades básicas insatisfechas (NBIs) (18). Así como la variable de prevalencia actual de cualquier trastorno psiquiátrico.

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para el cálculo de frecuencias y porcentajes. Además, para la evaluación de asociaciones bivariadas se utilizaron pruebas F de independencia para muestras complejas y regresión logística. Se usó el modelo lineal general para relacionar el antecedente de TDAH con la calidad de vida. El análisis estadístico se realizó tomando en consideración el diseño muestral complejo del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-2012. Se procesó la información con el programa SPSS versión 22.0.

RESULTADOS

La población adulta encuestada que conforma la base de datos es de 4445 individuos. 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). El sexo masculino se asoció con el antecedente de TDAH ($p=0,019$), presentando un riesgo 1,79 veces mayor que el femenino de presentar el antecedente de TDAH ($OR=1,79$; $IC95\%= 1,09-2,92$).

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 1.

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; siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,025$). 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 ($OR= 3,937$; $IC95\%= 2,303-6,733$) (tabla 2). 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.

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
Sexo					
Masculino	61,7% (49,8-72,4)	47,5% (45,2-49,8)	Fc= 5,539 df1=1 df2=694 p=0,019	1,79 (1,09-2,92)	47,9% (45,6- 50,1)
Femenino	38,3% (27,6- 50,2)	52,5% (50,2- 54,8)			52,1% (49,9- 54,4)
Edad en grupos etarios					
18 a 24 años	19% (11,7- 29,5)	18,2% (16,6- 19,9)	Fc= 0,987 df1= 1,973 df2= 2063,164 p= 0,397		18,2% (16,7- 19,9)
25 a 44 años	46,5% (36,1- 57,2)	40,4% (38,6- 42,2)			40,6% (38,8- 42,4)
45 a 64 años	26,6% (17,6- 38)	27,5% (25,9- 29,1)			27,4% (25,9- 29,1)
65 a más años	7,9% (3,6- 16,5)	13,9% (12,6- 15,4)			13,7% (12,4- 15,2)
Estado Civil					
Soltero	34,7% (24,3- 46,9)	26,8% (25,1- 28,6)	Fc= 1,432 df1=3,739 df2= 2595,06 p=0,224		27% (25,3- 28,8)
Conviviente	20,8% (14,1- 29,6)	25,3% (23,6- 27)			25,1% (23,5-26, 9)
Casado	25,2% (16,5- 36,2)	31,5% (29,7- 33,3)			31,3% (29,6- 33,1)
Separado o divorciado	16,2% (9,9-25,4)	11,3% (10,3-12,4)			11,4% (10,4- 12,5)
Viudo	3,1% (0,9-10,1)	5,1% (4,4- 5,9)			5,1% (4,4- 5,8)
Nivel educativo					
Sin nivel a primaria	14,8% (9,2- 16,5)	15,1% (13,3- 16,5)	Fc= 0,498 df1= 2,843 df2=1972, 937 p=0,674		15% (13,8- 16,4)
Secundaria	46,1% (35,2- 57,4)	44,8% (42,7- 46,8)			44,8% (42,8- 46,8)
Superior no universitaria	23,7% (14,6-36)	19,9% (18,4-21,5)			20% (18,5- 21,5)
Superior universitaria o posgrado	15,4% (8,5- 26,2)	20,3% (18,6- 22,2)			20,2% (18,4- 22)
Situación laboral					
No trabaja	33,8% (24,4- 44,7)	36,5% (34,7- 38,4)	Fc= 0,254 df1=1 df2=694 p=0,614	1,13 (0,70-1,81)	36,4% (34,7- 38,3)
Si trabaja	66,2% (55,3- 75,6)	63,5% (61,6- 65,3)			63,6% (61,7- 65,3)
Nivel de pobreza					

Tabla 2.

Con respecto al análisis con el modelo lineal general, se halló una correlación negativa entre la presencia del antecedente de TDAH y la calidad de vida, controlando con el efecto de las variables sociodemográficas y la prevalencia de cualquier trastorno mental actual ($B=-0,326$; $p=0,034$). 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).

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 df2= 694 p=0,005	7,253	6,944- 7,562	B= -0,326 F wald= 4,538 EE=0,153 df1=1 df2=694 p=0,034
Sin antecedente de TDAH en la niñez	7,942	7,892- 7,991		7,579	7,468- 7,689	

*variables sociodemográficas y prevalencia de cualquier trastorno mental

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).

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

Tabla 4.

DISCUSIÓN

El reconocimiento del TDAH depende en gran medida de 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. Por lo cual, un gran número de individuos se mantienen vulnerables a lo largo de su vida presentando impedimentos funcionales en la etapa adulta (19).

Los hallazgos de este estudio mostraron, con respecto a las características de los adultos con antecedente de TDAH sin sospecha actual del trastorno, una mayor prevalencia en el sexo masculino, una mayor prevalencia de pobreza y mayor prevalencia de 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 individuos con el diagnóstico actual reportados en la literatura tanto en estudios transversales como longitudinales. El estudio de Kessler et al., mostró una mayor prevalencia de TDAH en los hombres, en un nivel de educación bajo, en individuos con un ingreso familiar bajo, en personas solteras y en desempleados (20). En el estudio de Montreal, se evaluó a sujetos de forma prospectiva hasta un intervalo de tiempo de 15 años, encontrándose las mismas características sociodemográficas aunadas a mayor incidencia de desórdenes psiquiátricos y criminalidad considerando la persistencia de sintomatología mas no el diagnóstico en comparación con un grupo control (21).

En este estudio se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida de los adultos con el antecedente de TDAH con respecto a los que no presentaron el antecedente. Asimismo, se halló una correlación negativa entre ambas, es decir, la calidad de vida disminuye cuando se presenta el antecedente. Lo que implicaría que el este trastorno tiene efectos persistentes en otras etapas de la vida sin considerar su estado actual. 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 y no evaluados de acuerdo a criterios de desarrollo específicos para cada grupo etario (22).

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 (23). 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 (24). 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 espiritualidad y disminución en autodeterminación y cooperatividad (25).

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 funcionan como una herramienta de desarrollo brindando expectativas y proyección al futuro no solo del colectivo sino a nivel individual (26), 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 las relaciones de pareja llegando a la agresión física y verbal, aunque este estudio se relaciona con TDAH presente en el adulto (27). El contraste con los resultados del presente estudio puede deberse a que la esfera de funcionamiento interpersonal abarca varias variables que en conjunto pueden balancear el promedio y que, si se indaga de forma separada, se podría observar la relación negativa con el TDAH. En cuanto a la disfuncionalidad en las relaciones interpersonales de pareja, el mínimo impacto podría deberse al contexto social del Perú; en el cual, el 68,2% de mujeres han sufrido algún tipo de violencia física, psicológica o sexual por parte de su actual o último esposo o compañero (28).

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 (29). 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 (30).

Dado que la discapacidad funcional es un factor predictivo importante para una baja calidad de vida, los resultados de estudios longitudinales como el de Hechtman y colaboradores (31)—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 conlleva a reflexiones respecto a la prevención, diagnóstico y manejo de este trastorno a través de las etapas de desarrollo de un individuo y en la que debe de hacerse una distinción entre persistencia de síntomas (con el subsecuente diagnóstico) y el impedimento funcional relacionada 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 (32). Este último impactando de sobremanera en el desarrollo de un individuo y en la calidad de vida de este.

El presente trabajo es un acercamiento hacia la identificación del trastorno en diferentes etapas de la vida y la naturaleza del antecedente como factor de vigilancia activa en estos individuos. No se han indagado otras variables que pueden afectar el curso clínico de una enfermedad como el acceso y atención con profesionales de la salud, así como el tratamiento farmacológico.

Se constituye como limitación de esta investigación el sesgo de recuerdo por la metodología retrospectiva para hallar el antecedente, así como la posible falta de voluntad para responder o temor a la estigmatización por parte de los encuestados.

La importancia de los datos obtenidos reside en resaltar el efecto persistente del trastorno y fundamentar estrategias para incentivar el seguimiento del TDAH más allá de la adolescencia en nuestro país.

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, 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. 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; 28 (S1):0-0.
5. Küpper T, Haavik J, Drexler H, Ramos-Quiroga JA, Wermelskirchen D, Prutz C, et al. The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(2):279.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Universidad de Salamanca.
11. 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.
12. Biederman J, Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder: a worldwide concern. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(7):453-4.
13. 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.
14. Lecrubier Y, Weiller E, Ergueta T, Amorim O, Bonora LI, Lépine JP, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus), Versión en español 50. Tampa: Dr. Sheehan, Dr. Lecrubier; 2000.
15. American Psychiatric Association. Neurodevelopmental Disorders. In: American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013. doi: [https:// doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm01](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm01)

16. 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.
17. Fresneda O. La medida de necesidades básicas insatisfechas (NBI) como instrumento de medición de la pobreza y focalización de programas. Bogotá: Naciones Unidas-CEPAL; 2007.
18. 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.
19. Hechtman L, editors. Attention deficit hyperactivity disorder: Adult outcomes and its predictors. New York: Oxford University Press; 2016. p.1-2.
20. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatr*. 2006;163(4):716-723.
21. 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.
22. 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.
23. 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):0-0.
24. 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.
25. Faraone SV, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med*. 2009; 39(4):685-93.
26. 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.
27. 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.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Violencia familiar y sexual, 2000-2017. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017.p. 7.
29. Matza LS, Paramore C, Prasad M. A review of the economic burden of ADHD. *Cost Eff Resour Alloc*. 2005; 3:5.
30. Velapatiño V, Grippa F, Perea H. Perú-Informalidad laboral y algunas propuestas para reducirla. Lima: Observatorio Económico; 2017.
31. 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.
32. Eme R. A review of the most recent longitudinal studies of ADHD. *J Mem Disord Rehabil*. 2017;2(1):1004.