



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

Curso 2023-2024  
**Trabajo de Fin de Grado**

Impacto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Calidad de Vida de Adultos: una revisión sistemática.

**Claudia Valentín Herrera**  
**Tutora: María López Vallecillo**

## **AGRADECIMIENTOS**

Echo la vista atrás y veo lo difícil que ha sido el camino, pero también te veo a ti, conmigo en todo el proceso, agradecerte, mamá, tu paciencia, tus consejos, y tu cariño. Yo sola nunca hubiera sido capaz, porque como dice una canción “Tú que me enseñaste a perdonarme; a mirarme como tú me miras; tú que me haces bonita la vida”. Gracias por creer en mí incluso cuando ni yo misma era capaz de hacerlo, eres mi heroína.

Agradecerle al grupete todas las risas que me llenan el alma de energía y el corazón de felicidad, con vosotras he descubierto mi mejor versión, ojalá el destino nos siga uniendo incluso desde la distancia.

Agradecerle a mi tutora por confiar en mí para el desarrollo de este proyecto y al resto de mis amigos y familia que son una parte fundamental de mi vida y de este logro. En especial a mi abuelo Eugenio que ha sido y será siempre como un padre para mí, te lo dedico. Un saludo desde aquí abajo.

Y, por último, agradecerle al TDAH, que, aunque nuestra relación a veces se complique, hemos aprendido a convivir juntos e incluso a apreciarnos. Gracias por proporcionarme la extroversión, la espontaneidad y la comedia que tanto me caracterizan y me hacen ver la vida desde una perspectiva tan única y valiosa.

**“Soy así gracias al TDAH y no a pesar del TDAH”**

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, de inicio en la infancia, caracterizado por un patrón de inatención, hiperactividad e impulsividad, cuya cronicidad se da en aproximadamente la mitad de los casos.

**Objetivo:** Identificar la mayor evidencia posible disponible sobre cómo influye en la calidad de vida de adultos el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

**Método:** Se realizó una revisión sistemática de artículos publicados en los últimos 10 años en las bases de datos PubMed, CINAHL, Biblioteca Virtual de la Salud y Dialnet, en inglés y español. Los descriptores utilizados fueron "ADHD", "Attention Deficit Hyperactivity Disorder", "Adult", "Quality of Life". Los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos, con TDAH, con o sin tratamiento.

**Resultados:** De 945 estudios se seleccionaron únicamente 8 que se ajustaban a los criterios de inclusión, 5 estudios de casos y controles y 3 revisiones sistemáticas. Se analizaron las principales repercusiones en la calidad de vida de adultos con TDAH en función de la gravedad de los síntomas, y el tipo de tratamiento.

**Conclusiones:** Los síntomas del TDAH afectan a la calidad de vida de adultos en el ámbito académico, laboral, social y familiar, pero con el tratamiento se consigue un mejor manejo del trastorno.

**Palabras claves:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH, adulto, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), calidad de vida.

## **I. ÍNDICE DE CONTENIDOS**

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	5
3. OBJETIVOS .....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
4.1 Diseño.....	8
4.2 Fuentes de información y estrategias de búsqueda.....	8
4.3 Criterios de inclusión.....	9
4.4 Criterios de exclusión.....	9
4.5 Extracción de datos.....	9
4.6 Selección de estudios .....	9
5. RESULTADOS .....	10
5.1 Descripción del proceso de selección.....	10
5.2 Calidad metodológica y características de los estudios .....	11
5.3 Exposición narrativa de los resultados.....	11
6.DISCUSIÓN .....	17
6.1 Limitaciones .....	20
6.2 Implicaciones para la práctica.....	21
6.3 Futuras líneas de investigación.....	21
7. CONCLUSIONES.....	22
8. BIBLIOGRAFÍA .....	23
9. ANEXOS .....	26
9.1 Anexo I.....	26
9.2 Anexo II.....	28
9.3 Anexo III.....	34
9.4. Anexo IV .....	35

## II. ÍNDICE DE ABREVIATURAS

TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
DSM/MDE	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
ICD/CIE	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/Clasificación internacional de enfermedades
TDA	Trastorno por déficit de atención
THC	Trastorno hiperquinético
TDAc	Trastorno combinado
MeSH	Medical Subject Headings
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
CASPe	Critical Appraisal Skills Programme en español
QoL/CdV	Quality of Life/Calidad de Vida
CVRS	Calidad de vida relacionada con salud
AAQoL	The Adult ADHD Quality of Life
DE	Desregulación emocional
ASRS	Adult ADHD Self-Report Scale Version
CI	Coeficiente intelectual

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **Evolución histórica y concepto actual del TDAH**

Durante los años 40 del siglo XX, los niños que presentaban dificultades en el aprendizaje, se decía que tenían algún tipo de deficiencia intelectual, problemas sensoriales, culturales, o incluso emocionales, como ansiedad o depresión (1). Según fueron avanzando los años la preocupación por la educación, el conocimiento acerca de los mecanismos cerebrales y el interés ante aspectos psicológicos y sociales del comportamiento aumentaron de forma notoria, lo que hizo que algunos psicólogos y educadores se preguntaran por las verdaderas razones de un bajo rendimiento escolar (2,3). Se identificaron diferentes anomalías en diversas áreas del cerebro, etiquetándoles bajo la patología denominada “disfunción cerebral mínima” (1), un trastorno provocado por múltiples agresiones en las primeras etapas de desarrollo que provocan alteraciones en la inteligencia e impedimentos para el aprendizaje y/o problemas de conducta (2).

La etiqueta diagnóstica se fue modificando según el tipo de manifestaciones clínicas que se tuvieran en cuenta (1), hasta que, en 1987, se consideraron como síntomas principales la hiperactividad, la inatención y la impulsividad por lo que desde entonces se le denomina como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, fue más conocido como TDAH (3). Este trastorno solo se identificaba en la infancia, hasta que en 2013 con la entrada del DSM-V, permitió también su diagnóstico en la edad adulta (4).

Clínicamente esta enfermedad se define como una alteración neuropsicológica crónica y de inicio en la infancia, que afecta de manera diferente a la conducta de cada individuo, presentando comportamientos anómalos como la desorganización, la falta de planificación, la necesidad de un agradecimiento inmediato tras realizar alguna tarea, el bajo rendimiento académico, dificultades en las relaciones sociales, complicaciones emocionales, etc. (1).

A pesar de su heterogeneidad, existe un patrón común a todos caracterizado por una conducta de inatención y/o hiperactividad e impulsividad con una intensidad y frecuencia mayor de lo habitual (4). Aunque no afecta a su

inteligencia, sí interfiere de forma significativa en la etapa escolar, además de en otras actividades laborales, sociales, emocionales y cognitivas de la vida cotidiana (5).

Según la intensidad en la que se manifiesten los síntomas más comunes, el MDE-V y el CIE-11 clasifica a la enfermedad en tres tipos (6,7,8): En primer lugar el TDA (trastorno por déficit de atención) con un predominio de inatención, caracterizado por una dificultad en la organización y en la planificación; el THC (trastorno hiperquinético) en el que predomina un carácter hiperactivo e impulsivo, cuya característica neuropsicológica principal es la dificultad de autocontrolar el comportamiento; y por último, el más común entre la población con TDAH, el subtipo TDAc (trastorno combinado) caracterizado por un exceso de actividad e impulsividad y una sintomatología de inatención.

### **Epidemiología del TDAH**

Actualmente, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es la etiqueta diagnóstica empleada para denominar a uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la población infantil (5), y sin duda uno de los que mayor polémica suscita (9).

Identificar con exactitud la prevalencia del TDAH es una actividad compleja, debido a los criterios diagnósticos, los métodos utilizados, el tipo de muestra utilizada y las fuentes de información empleadas (4,10).

Los resultados del metaanálisis de Polanczyk et al. (11) arrojaron una prevalencia mundial equivalente al 5,29%, con valores similares para Europa y otras regiones desarrolladas.

Hoy por hoy, se estima que el 6,8% de la población infanto-juvenil española padece este trastorno, siendo más frecuente el diagnóstico en hombres que en mujeres, en una proporción de 4:3 respectivamente (12). En el caso de los hombres el subtipo TDAc es el más común representando un 4,2%, seguido del THC con un 1,4%, siendo el TDA el subtipo predominante en mujeres con un 1,2% (13).

En Castilla y León, según un estudio epidemiológico en doble fase psicométrica – clínica (10), se estimó que, “la tasa de prevalencia en niños de edad escolar es de 6,66%”. Esta cifra aumenta con el paso del tiempo, debido a que todavía no se ha establecido con exactitud la frontera entre personalidad y patología (8).

Anteriormente se creía que el TDAH era único de la infancia y de la adolescencia debido a que su diagnóstico solo se daba en niños de entre 6 y 14 años de edad, siendo 7,89 la edad media de diagnóstico (4). A día de hoy, esta premisa sigue siendo tema de debate, ya que existen multitud de teorías en contra del trastorno y su continuidad (9). No obstante, los estudios realizados tasan su persistencia hasta en un 50-70% de los casos, siendo 4,4% la prevalencia establecida en adultos españoles (4).

### **Evolución del TDAH**

A pesar de que los síntomas del TDAH se dan desde los primeros meses de vida, no suele ser hasta los cinco años cuando los padres o profesores se dan cuenta de los rasgos distintivos del niño (5,8). Durante la etapa escolar-primaria, estos niños y niñas muestran problemas para mantener la atención, dificultades para finalizar tareas, además de un exceso de actividad e impulsividad (14).

Hoy en día, se sabe que “un adulto con TDAH siempre fue un niño con TDAH, pero no todo niño con el trastorno lo mantendrá obligatoriamente en la adultez”, afirmó Celorrio San Miguel et al (8). La persistencia de los síntomas en el adulto depende de factores como la severidad de los síntomas, número de síntomas que cumplía cuando le fue diagnosticado, subtipo de TDAH, aspectos psicosociales de riesgo, otros trastornos asociados (comorbilidad) y padres o familiares con alguna psicopatología, etc. En el caso de que se mantenga el trastorno en la edad adulta, los síntomas que se muestran son diferentes a la etapa infantil (14).

Exactamente el paso del tiempo en un TDAH va a conseguir una reducción notable de la sintomatología de hiperactividad respecto al déficit de atención, además de una atenuación de los síntomas de impulsividad (14). La

hiperactividad evoluciona hasta mostrarse como una inquietud interna, mientras que la impulsividad se refleja como reacciones exacerbadas que pueden ocasionar riesgos peligrosos y en cambio, la inatención se mantiene estable pudiendo llegar a aumentar manifestándose en forma de olvidos frecuentes y/o impuntualidades (15).

Gracias a las investigaciones de Kessler RC, et al. (13), se ha comprobado que los pacientes que siguen mostrando este trastorno en su etapa adulta, tienen mas riesgo de desarrollar otras patologías psiquiátricas que la población normal.

Un estudio realizado en Castilla y León señaló que más del 70% de los casos de TDAH presentaban algún tipo de comorbilidad (10), porcentaje que aumentaba con la edad (13). Siendo los trastornos por ansiedad, trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de la personalidad los mas comunes (18). Realmente el TDAH sin otras condiciones asociadas, es decir, sin comorbilidades es poco común (19).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Con la entrada del DSM-V (6) se ampliaron los criterios para diagnosticar a un adulto de TDAH, siendo necesario cumplir al menos 5 síntomas cuyo inicio sea previo a la adolescencia (<12 años) y que estén presentes en 2 o más contextos (Anexo I).

La sintomatología del TDAH tiene un gran impacto en el desarrollo funcional del individuo interfiriendo en su bienestar social, cognitivo y emocional (16).

Pese a ello, el principal motivo de consulta de los adultos con TDAH no procede de las características inherentes del trastorno, si no de las comorbilidades asociadas (17, 18).

No obstante, diversas investigaciones indican que no todos los niños con TDAH van a tener repercusiones negativas derivadas del trastorno durante su vida adulta (18,19). En ocasiones, a pesar de no haber sido tratados en la infancia adquieren estrategias para afrontar las dificultades académicas y laborales (20).

Pese a ello, se ha demostrado que para frenar la sintomatología y garantizar las menores consecuencias y comorbilidades posibles en la etapa adulta, es necesario una detección temprana y un tratamiento adecuado (21).

A día de hoy, la continuidad del TDAH en etapas adultas es un hecho (15), sin embargo, el conocimiento sobre la calidad de vida de estos pacientes sigue siendo investigado por la comunidad científica mediante el uso y desarrollo de herramientas generales que evalúan la calidad de vida (17) y escalas específicas que exploran aspectos más concretos del trastorno como la autoestima, salud física, funcionamiento psicológico y social, imagen corporal, apoyo social, relaciones sexuales, entorno familiar, espiritualidad, ocio, seguridad y protección, entre otros aspectos relacionados con la calidad de vida (19).

En este sentido, la escala Adult ADHD Quality of Life (AAQoL) emerge como una herramienta específica y sensible, que evalúa la salud psicológica, la productividad, las relaciones sociales y las perspectivas individuales, proporcionando una visión integral y detallada de la calidad de vida de esta

población (5,8). Las escalas WHOQoL-BREF, Q-LESQ-SF, SF-36, EQ-5D, EQ-VAS, SWLS, son otros instrumentos utilizados para valorar áreas más genéricas de la calidad y satisfacción de vida (18).

De esta manera, este trabajo tiene por finalidad recopilar la mayor evidencia posible publicada hasta la fecha acerca de la calidad de vida de estos pacientes. Ya que, el hecho de que la intensidad de los síntomas del TDAH disminuya no implica que los problemas se superen (16).

### **3.OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Identificar la mayor evidencia posible disponible sobre cómo influye en la calidad de vida de adultos el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

#### **Objetivos específicos**

Analizar si los síntomas nucleares del TDAH actúan como factores mediadores o moderadores en la relación entre el TDAH y la calidad de vida.

Estudiar cómo afecta el TDAH en la calidad de vida de la persona adulta y la influencia de factores sociodemográficos.

Describir las intervenciones y estrategias para lograr un mejor manejo del TDAH y su impacto en la calidad de vida.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Diseño

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos escritos en español e inglés publicados en los últimos 10 años en busca de la mayor evidencia sobre la calidad de vida en adultos con TDAH.

### 4.2 Fuentes de información y estrategias de búsqueda

En el presente trabajo, se formula una pregunta de investigación utilizando el sistema PICO para abordar cómo influye en la calidad de vida de adultos el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La estructura de la pregunta PICO se muestra en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1 - Pregunta PICO. Elaboración propia

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Paciente</b>	<b>Intervención</b>	<b>Comparación</b>	<b>Outcome</b>
Adultos mayores de 18 años	Diagnosticados con TDAH	No procede	Repercusión en la calidad de vida

Los artículos relevantes se identificaron utilizando los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) para las bases de datos en inglés, y los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) para las bases de datos en español combinados con el operador booleano AND y OR, con las siguientes ecuaciones de búsqueda: [(ADHD OR Attention Deficit Disorders with Hyperactivity OR Attention Deficit Hyperactivity Disorder) AND Quality of Life], [(Adult OR Young Adult) AND ADHD Quality of Life AND Comorbidity], [(Adult OR Young Adult) AND ADHD Quality of Life], [(TDAH OR Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad OR Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención) AND Calidad de vida relacionada con la salud], [(Adulto OR Adulto joven) AND TDAH AND Calidad de vida AND (Comorbilidad OR Comorbilidades asociadas)], y [(Adulto OR Adulto joven) AND TDAH AND Calidad de vida].

Los artículos seleccionados para realizar la revisión sistemática se obtuvieron mediante una búsqueda electrónica en las siguientes bases de datos:

PubMed, CINAHL, Biblioteca Virtual de la Salud y Dialnet. El 30 de abril de 2024 se realizó la última búsqueda.

#### **4.3 Criterios de inclusión**

Se incluyeron aquellos artículos sobre personas mayores de 18 años, diagnosticadas en la infancia o adultez de TDAH, que estuvieran o no en tratamiento, y publicados en los últimos 10 años, en inglés o español. Se incluyeron artículos que usaran escalas validadas específicas para el TDAH y cuya población de estudio tuviera TDAH como trastorno principal y no como una comorbilidad psiquiátrica asociada a otra patología.

#### **4.4 Criterios de exclusión**

Se excluyeron todos aquellos artículos que estudiaban pacientes de edades pediátricas, artículos de validación de escalas generales acerca de la calidad de vida y aquellos cuyo formato fueran artículos de opinión y cartas al editor.

#### **4.5 Extracción de datos**

En la recogida de datos relevantes para el estudio se elaboró una tabla (Anexo II) en la que se incluyó la siguiente información de cada artículo: autores, año y lugar de publicación, tipo de estudio, población, objetivo, resultados y comentarios.

Se consideró adecuado sintetizar los resultados obtenidos mediante un resumen narrativo que diera respuesta a la pregunta de investigación, procurando dar un sentido integrador a los mismos.

#### **4.6 Selección de estudios**

La herramienta de lectura crítica utilizada para la valoración de la calidad de los estudios fue la Guía de Valoración Crítica de Casos y Controles y La Guía de Valoración Crítica de Revisiones Sistemáticas del Critical Appraisal Skills Programme en español (CASPe) (22), decidiendo incluir aquellos estudios de casos y controles con una puntuación igual o superior a 8 sobre 11 ítems y aquellas revisiones sistemáticas con una puntuación igual o superior a 7 sobre 10 ítems, tratando de asegurar una buena calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Descripción del proceso de selección

En la búsqueda inicial se localizaron un total de 945 artículos. Tras eliminar duplicados en varias bases de datos y cribar por título y resumen, se seleccionaron 230, que eran los que trataban el tema objeto de estudio y cumplían criterios de inclusión. De estos, se seleccionaron 31 artículos para su lectura de texto completo, de los cuales se excluyeron 23 por no incluir información relevante relacionada con el objeto de la revisión. Finalmente, se incluyeron 8 artículos en esta revisión. De los cuales 5 fueron estudios de casos y controles (23, 24, 25, 26, 27) y 3 fueron revisiones sistemáticas (28, 29, 30) (Figura 1).

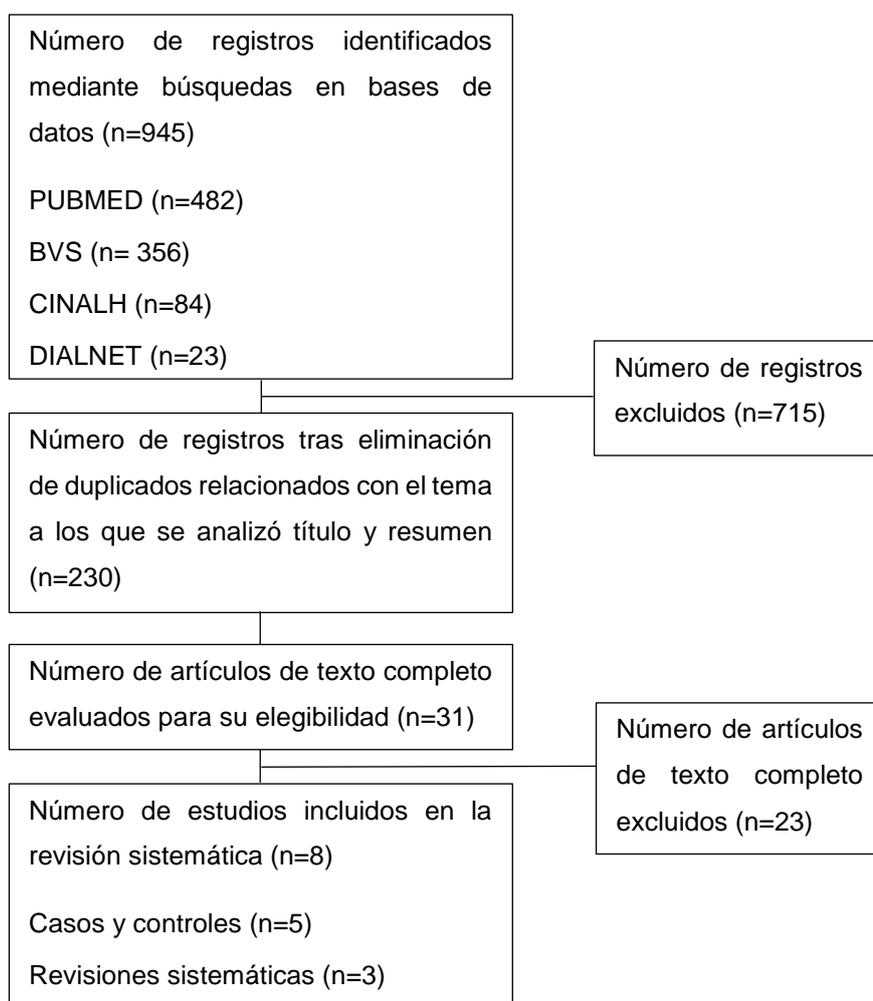


Figura 1 - Diagrama de flujo para la selección de artículos. Elaboración propia

## **5.2 Calidad metodológica y características de los estudios**

Los estudios revisados presentaron viabilidad en cuanto a calidad metodológica. La puntuación media de CASPe para los estudios de casos y controles fue de 9,2 y para las revisiones sistemáticas de 8,0. Ver tabla de valoración de CASPe (Anexo III y IV).

El número total de pacientes incluidos en los estudios de casos y controles fue de 809. Solo un artículo (26) mostró un pequeño tamaño muestral. Los participantes tratados en los diferentes estudios tenían una edad >18 años.

La principal variable medida fue la influencia de la función ejecutiva en la calidad de vida (23, 25, 26, 27, 29) pero también se valoró la influencia de la gravedad de los síntomas cardinales (24, 25, 27, 28). El intervalo de confianza fue >95% para todos los estudios, considerándose resultados precisos.

El número total de artículos incluidos en las revisiones sistemáticas fue de 225, entre los que se incluyen artículos de revisión, estudios descriptivos, cuantitativos y estudios de métodos mixtos. Solo un artículo (28) mostró una escasez de artículos analizados. Todas determinaron sus criterios de inclusión en población >18 años.

En todas las revisiones seleccionadas se incluyeron estudios pertinentes o relevantes, aunque el esfuerzo por valorar la calidad metodológica de los mismos varía. Así mismo, todas extraen un resultado global y consideran resultados importantes.

## **5.3 Exposición narrativa de los resultados**

La mayoría de los artículos (23-29) conceptualizan la calidad de vida como un constructo multidimensional de naturaleza subjetiva e individual y destacan las diferencias entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la calidad de vida general (CdV).

La CVRS comprende aspectos del individuo relacionados con la enfermedad y el tratamiento, como el dolor, las limitaciones en la capacidad motora, el nivel de energía o el estado de ánimo. Sin embargo, la calidad de vida general abarca aspectos no médicos de la vida de una persona, como la satisfacción con el funcionamiento social, educativo y ocupacional.

Algunos de los artículos (23-25, 27) utilizan la escala “The Adult ADHD Quality of Life (AAQoL)” para cuantificar las consecuencias en la calidad de vida relacionada con la salud del TDAH en adultos, mediante la evaluación de cuatro dominios: [1] Productividad de la vida, [2] Salud psicológica, [3] Relaciones y [4] Perspectivas de vida. Puntuaciones más altas en la escala se asocian con una mayor calidad de vida.

Globalmente, los artículos revisados (23-30) concluyen que los adultos con TDAH tienen puntuaciones menores en todas las áreas de la escala AAQoL, produciéndose un deterioro en los dominios académico, familiar, social y laboral.

A continuación, se desarrollarán de forma narrativa los principales hallazgos presentados en los artículos revisados que dan respuesta a los objetivos de investigación del presente trabajo.

### **A) Síntomas y otros predictores y moderadores de la calidad de vida en los TDAH**

Quintero et al. (24) señalaron que la gravedad de los síntomas nucleares tiene una relación proporcional con la CdV, siendo la impulsividad la que más afecta a la adaptación laboral y social. Por el contrario, Thorell et al. (25) identificaron en los participantes de su estudio como la hiperactividad tenía un impacto positivo sobre la CVRS, concretamente sobre la subescala Productividad vital, ya que esta se relaciona con la creatividad, el entusiasmo o el hiperfoco de concentración.

En el estudio de Thorell et al. (25) se evidenció que algunos déficits neuropsicológicos asociados trastorno actuaban como un moderador negativo en la relación entre los síntomas del TDAH y la CVRS afectando a las variables Relaciones y Perspectivas de vida y en menor medida a la Productividad de la vida y la Salud psicológica. En esta misma línea, Miranda et al., Lin et al. y Kosheleff et al. (26, 27, 29) también vieron influenciada la calidad de vida por el control negativo que ejercía estos déficits sobre el funcionamiento de la vida diaria.

Así mismo, Thorell et al. (25) indicaron que la inatención en adultos se relaciona con una mala gestión del tiempo, incapacidad para realizar una tarea,

desorganización, etc. y que, por índole, es este déficit es el que mayor repercusión negativa tiene sobre la productividad laboral y funcionamiento de la vida diaria.

Quintero et al., Lin et al., Mazurkiewicz et al. y Kosheleff et al. (24, 27-29) concluyeron que la presencia de trastornos comórbidos no solo agrava los síntomas nucleares, si no que afectan negativamente en la calidad de vida de los sujetos. La psicopatología comórbida más común asociada al TDAH emerge cuando el sujeto abandona el entorno familiar controlado, siendo los trastornos ansioso-depresivos, el trastorno por uso de sustancias y los trastornos del sueño los más comunes en la adolescencia y los desencadenantes del deterioro de la calidad de vida en la edad adulta, caracterizada por inestabilidad de trabajo, problemas de autoestima, incremento en los accidentes, deterioro de las relaciones interpersonales, etc. (28, 30).

Por otro lado, uno de los estudios revisados por De Crescenzo et al. (30) comparó un grupo de adultos con TDAH que estaban en remisión completa del trastorno con otro grupo en remisión sintomática, estos sujetos seguían presentando el trastorno, pero experimentaban menos síntomas que cuando recibieron el diagnóstico en la infancia. Se encontró que en ambos colectivos persistían ciertas limitaciones funcionales, especialmente en el ámbito social.

En discordancia con estos autores, Ben Dor et al. (23) en su artículo plantearon la hipótesis de que el mayor modulador de la CVRS es la desregulación emocional (DE) independientemente del nivel de los síntomas o de la influencia de los trastornos comórbidos. Los resultados a los que llegaron fueron que niveles más altos de DE predijeron niveles más bajos de CdV, ya que este síntoma se asocia con la participación social, estado civil, conducción, administración de dinero y arrestos.

## **B) Repercusiones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la calidad de vida de adultos e influencia de factores sociodemográficos**

En las últimas décadas, diversos estudios recogidos por Kosheleff et al. (29) han investigado los problemas de salud asociados al TDAH, como la obesidad, alteraciones del sueño y lesiones físicas. La presencia de estos problemas se da en un 31%, 67%, 35,8% respectivamente, e influyen en la

percepción de bienestar de adultos con TDAH, lo que conduce a una reducción en los niveles de calidad de vida.

El ensayo de casos y controles de Lin et al. (27) ha evidenciado que “ciertas experiencias durante la infancia y adolescencia impactan en la calidad de vida adulta, como la falta de apoyo familiar y escolar, el sentimiento de ser diferente y la exclusión por parte de los compañeros”. Estas vivencias, son más comunes en aquellos TDAH de inicio tardío (>7 años) y pueden generar sentimientos de inutilidad y baja autoestima, contribuyendo a síntomas ansioso – depresivos y resentimiento en la vida adulta.

Un metaanálisis incluido en la revisión sistemática de Mazurkiewicz et al. (28) informó que “las mujeres con TDAH a menudo tienen mayores dificultades intelectuales que los hombres con el trastorno”. Independientemente del sexo, el TDAH se relaciona con un nivel educativo más bajo, un aumento de la tasa de abandono universitario, mayor número de repeticiones del curso académico y peores calificaciones (24-26), debido a una falta de confianza y automotivación, entre otras, lo que en el futuro limitará el acceso a puestos de trabajo cualificados (29). Thorell et al. (25) no encontró diferencias en la calidad de vida entre mayores y jóvenes con TDAH en función del sexo o la educación.

Según Kosheleff et al. (29), los adultos con TDAH tienden a cambiar de trabajo más a menudo que sus iguales, ya que la ausencia de planificación y organización les suele conllevar al despido. Miranda et al. (26) afirmaron que, “entre los sujetos de estudio, solo un 6,7% de los adultos con TDAH y disfunción ejecutiva tenían trabajo”. De hecho, según Mazurkiewicz et al. (28) el principal predictor de CdV en hombres son los ingresos mensuales. Kosheleff et al. (29) concluyeron que los adultos con TDAH, especialmente los del subtipo inatento, tienen un alto índice de inestabilidad laboral y económica.

En cuanto a la edad, los adultos TDAH mayores (60 a 75 años) informaron de una calidad de vida relacionada con la salud significativamente menor en comparación con los adultos TDAH jóvenes (18 a 45 años), excepto en Salud psicológica (25). Los adultos jóvenes presentan una alta desregulación emocional especialmente a la hora de controlar el temperamento y la labilidad afectiva (23). La Productividad vital destaca entre los jóvenes por una memoria

de trabajo y velocidad de procesamiento que los más mayores ya han perdido (23).

Thorell et al. (25) evidenciaron como las mujeres jóvenes tenían puntuaciones de Salud psicológica más bajas que los hombres jóvenes. Premisa explicada por Mazurkiewicz et al. (28) al señalar que los problemas de autoconcepto, ansiedad, depresión y tasa de suicidio son más comunes en ellas.

Kosheleff et al. (29) relacionaron la impulsividad en la adolescencia con una práctica sexual precoz, ausencia de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual y con embarazos no deseados. Y en la edad adulta con accidentes de tráfico.

En lo referente a las Relaciones y habilidades interpersonales, Lin et al. y Kosheleff et al. (27, 29) indicaron que las personas con TDAH, tienen menos amistades y mayor probabilidad de divorcio, ya sea por el pobre control emocional que caracteriza a las mujeres o por el erróneo funcionamiento social de los hombres (23, 24, 28). Sin embargo, según los hallazgos de una investigación revisada por Mazurkiewicz et al. (28) se constató que aquellos sujetos con un mayor nivel de inteligencia emocional mantenían relaciones familiares, íntimas y sociales más saludables, lo que contribuyó a su bienestar personal y a una mayor satisfacción con su calidad de vida.

La crianza de los hijos representa un desafío para quienes deciden formar una familia, ya que conlleva cumplir con numerosas obligaciones y tareas que demandan la utilización de funciones ejecutivas, las cuales pueden estar afectadas (29).

### **C) Intervenciones y estrategias para lograr un mejor manejo del TDAH y su impacto en la calidad de vida.**

Las guías para el abordaje del TDAH recomiendan el tratamiento multimodal, en el que se combine la farmacoterapia con la psicoterapia (24, 28-30).

En ensayos recientes controlados con placebo, se ha demostrado que la intensidad de los síntomas centrales de los TDAH tratados farmacológicamente es significativamente menor que la de los no tratados (23, 30). Al menos a corto

plazo se mejora la capacidad de concentración, la organización y la toma de decisiones, lo que potencialmente conduce a una mejoría en la calidad de vida (29).

Las recomendaciones terapéuticas muestran que los fármacos estimulantes deben elegirse como primera elección frente a los no estimulantes (29, 30), pero ambos han demostrado efectos beneficiosos en la calidad de vida de adultos con TDAH (28-30).

Estudios recientes vieron como los estimulantes eran eficaces no solo para minimizar los síntomas del TDAH si no también las consecuencias funcionales (25, 29, 30). No obstante, los no estimulantes tienen menos efectos secundarios, reportándose una mayor calidad de vida en aquellos que optan por esta opción (29). Una de las revisiones analizadas por De Crescenzo et al. (30) concluyó que “la satisfacción con los fármacos es una medida directa que predice los beneficios en la calidad de vida”.

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC), son la herramienta psicosocial más utilizada en la psicoterapia del tratamiento para el TDAH ya que han demostrado modificar los patrones de pensamiento y comportamiento asociados con el trastorno, mediante estrategias de afrontamiento adaptativas y habilidades de autorregulación (29). Estas intervenciones han demostrado ser capaces de mejorar la calidad de vida en adultos a largo plazo (29-30).

## 6.DISCUSIÓN

La calidad de vida es un concepto que ha sido estudiado por múltiples ciencias como las políticas, económicas, sociología o medicina entre otras (28, 31). En el campo de la salud, es una variable que se evalúa de forma continua, se sabe que los pacientes con epilepsia, cáncer o enfermedades cardíacas tienen una calidad de vida significativamente inferior a la media de la población. Los estudios sobre la calidad de vida se han extendido hasta la psiquiatría, aunque existen muchas dudas sobre la validez de estas investigaciones (31, 32).

Desde la entrada del DSM5 y su ampliación de criterios para el diagnóstico del TDAH en adultos, la medición objetiva de la calidad de vida ha adquirido una importancia crucial (33). Los estudios sobre la calidad de vida y el TDAH en adultos han aumentado exponencialmente en la última década, sin embargo, hay discrepancias entre sus resultados ya que no existe consenso universal sobre el mejor instrumento de medición (31).

La literatura científica demuestra que diversas dimensiones de la calidad de vida están más afectadas en adultos con el trastorno que en los controles. Sin embargo, la disparidad aparece a la hora de determinar esas dimensiones (31). Autores que usan escalas específicas (23-25, 27) perciben un impacto negativo en Productividad de la vida, Salud psicológica, Relaciones y Perspectivas de vida mientras que los que utilizan herramientas generales (26, 29) observan un deterioro en la salud física, el estado de ánimo, el trabajo y actividades de clase y de casa. Estos datos están en línea con los resultados hallados en estudios realizados en población pediátrica TDAH (32).

En lo que sí que concuerdan es en la importancia de una correcta identificación. A día de hoy, el diagnóstico del TDAH se basa principalmente en criterios clínicos y requiere evidencia de un deterioro de las actividades sociales y académicas/laborales, destacando como los síntomas principales impactan sobre la CVRS (6, 27, 31, 33, 34).

Esta definición generó en la comunidad científica un debate sobre si solo podría verse influenciada la CVRS por los síntomas, la evidencia preliminar defiende que cuanto mas graves son los síntomas de TDAH de una persona, más probable es que su calidad de vida se vea afectada negativamente (24-26).

Sin embargo, como señala la literatura, no hay un acuerdo sobre el grado de persistencia de los síntomas durante la edad adulta y por ende deberían ser otros factores los que contribuyesen a la CVRS en adultos con TDAH (23, 26, 28).

En congruencia con los artículos analizados, la calidad de vida también puede verse modulada por la presentación y magnitud de los déficits neuropsicológicos asociados al trastorno, como el déficit ejecutivo, la desregulación emocional o las conductas relacionadas con la necesidad de inmediatez en el tiempo de espera, que intensifican la probabilidad de ludopatía, abuso de sustancias y criminalidad (34, 35).

De hecho, autores como Ben Dor et al. o Soler et al. (23, 35) consideran a la desregulación emocional un síntoma central por estar presente hasta en un 86% de los adultos con TDAH y responder al tratamiento de manera similar a la que lo hacen los síntomas nucleares, por lo que induce a una menor calidad de vida de igual forma a la que lo hacen el resto de síntomas nucleares.

La idea de que la desregulación emocional impacta negativamente sobre la calidad de vida es bien conocida, pero aceptada desde la perspectiva comórbida (27-29). Agarwal et al. (34) vieron como la ausencia de diagnóstico y presencia de comorbilidad son las variables con mayor impacto sobre la CVRS de adultos, sin embargo, esta asociación no queda demostrada en otros estudios (36).

Los conocimientos neurológicos de hace unos años, confirman que el TDAH en adultos, al igual que el resto de problemas de salud mental, tiene más impacto en las dimensiones psicosociales de la CdV que en los dominios físicos, a diferencia de las enfermedades somáticas crónicas (32). El deterioro funcional que causan los trastornos mentales provoca una sensación menor de bienestar y satisfacción con la vida (31), estas consecuencias se ven en gran medida abatidas por un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado (32, 34).

En la práctica, el diagnóstico del TDAH en la infancia suele ocurrir después de que los padres o docentes observen comportamientos inusuales (28). Los niños son más propensos a ser derivados para recibir tratamiento, ya que sus síntomas externos, como la hiperactividad, son más evidentes y

notables. En contraste, las mujeres con TDAH tienden a experimentar síntomas internos, lo que suele retrasar el diagnóstico, en muchas ocasiones hasta la edad adulta, cuando son madres y reconocen sus síntomas a través de sus propios hijos (27, 28).

Sin embargo, a pesar de los avances, el DSM5 sigue siendo inapropiado y restrictivo para la población adulta, ya que se siguen usando criterios diagnósticos validados en niños (33), por lo que no se tiene en cuenta el enmascaramiento que pueden provocar las comorbilidades, el impacto de los déficits ejecutivos, el sesgo de recuerdo, ni que los síntomas en el adulto son más heterogéneos y sutiles (24, 28, 33, 34, 37).

La presencia del diagnóstico sirve a los pacientes para entender los acontecimientos vitales adversos. Aumentado así, su bienestar personal, ya que el hecho de tener un diagnóstico favorece la búsqueda de ayuda profesional para el desarrollo de todo su potencial académico y social (24, 28, 30).

Existen también investigaciones (23, 25, 29, 30), que manifiestan que la mera existencia del diagnóstico de TDAH, en ausencia de intervención psicosocial, puede desencadenar un ciclo de retroalimentación negativa. Este fenómeno se explica por el hecho de que muchos individuos diagnosticados con TDAH adoptan estrategias de afrontamiento desadaptativas, las cuales perpetúan y refuerzan sus creencias disfuncionales sobre sí mismos. Esto, a su vez, resulta en niveles elevados de estrés, desilusión, síntomas depresivos y una baja calidad de vida (27, 33).

A pesar de que las recomendaciones científicas evidencien que la mejor opción de tratamiento es la multimodal, la primera línea de tratamiento sigue siendo la farmacológica, ya que su administración precoz tiene un impacto positivo con pronóstico a largo plazo en la calidad de vida de los adultos (24, 28-30, 34, 36).

Sin embargo, solo el 11% de los TDAH adultos reciben tratamiento farmacológico (26), y la mitad de ellos lo acabaran abandonando en los primeros tres años debido a los efectos secundarios adversos que provocan como disminución del apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño, retraso en el crecimiento o eventos cardiovasculares, entre otros (29, 30, 34). Este hecho,

sumado a que el 20-35% de los adultos en tratamiento continúan experimentando síntomas significativos y su calidad de vida se ve desfavorecida, ha llevado a la comunidad científica a cuestionar su eficacia y a considerar la importancia de fomentar la psicoterapia u otras alternativas (24, 29, 31, 36).

No obstante, los estudios sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para el trastorno son limitados y no concluyentes, ya que algunos afirman su eficacia para reducir los síntomas centrales del TDAH (23, 30), mientras que otros sugieren que solo tienen efectos beneficiosos sobre las comorbilidades asociadas (26, 29, 36).

### **6.1 Limitaciones**

La ejecución de este estudio se ha visto afectada por limitaciones principalmente metodológicas, ya que son escasas e incluso contradictorias las investigaciones que cuentan con datos relevantes sobre el impacto de tener el trastorno en distintos ámbitos (académico, familiar, social, emocional, etc.).

La mayor parte de los artículos publicados sobre el tema a tratar están destinados al paciente pediátrico, por lo que es complejo encontrar estudios con validez científica que evalúen la calidad de vida del adulto con TDAH. Por ello, se ha recurrido a examinar trabajos orientados desde otras disciplinas como la medicina o la psicología, aunque sin encontrar un artículo que recogiera todos los aspectos planteados en la población adulta.

Ha sido necesario limitar el número de estudios a analizar, ya que muchos de los seleccionados no tenían peso científico, calidad metodológica o simplemente no eran concluyentes con la literatura existente. Además, los cambios introducidos en la última edición del DSM pueden implicar que algunos de los datos representados no reflejen la realidad actual. Del mismo modo, es importante señalar que parte de la muestra evaluada en los artículos seleccionados no era española, lo que implica la posibilidad de variaciones en aspectos sociales, culturales, económicos u otros.

También es interesante destacar, que ninguno de los artículos seleccionados tuvo en cuenta el factor de confusión del entorno cercano, ya que no se consideró las repercusiones de tener otro miembro con el trastorno en el

círculo más próximo del individuo con TDAH y como esto podría influir en los resultados del estudio.

## **6.2 Implicaciones para la práctica**

El TDAH es un trastorno que las enfermeras y enfermeros pueden encontrarse en su práctica clínica. Por lo tanto, es crucial abordarlo desde una perspectiva multidisciplinaria e idealmente interdisciplinaria. Es esencial que los profesionales estén actualizados y posean las herramientas necesarias para abordar y cuidar a las personas con TDAH.

A día de hoy, la cartera de servicios de Castilla y León solo contempla la atención al TDAH infantil. La cronicidad del trastorno y la evidencia del impacto negativo en la calidad de vida deberían ser motivos suficientes para su revisión y actualización. De esta manera, se garantizaría que los adultos con TDAH también puedan acceder a una atención integral y continuada adaptada a sus necesidades.

Desde los centros de salud y desde las diversas asociaciones privadas que existen por todo el país, se deberían desarrollar terapias grupales para adultos con TDAH, en las que se fomente el apoyo y se promuevan estrategias de autorregulación que mejoren la satisfacción general con la vida.

## **6.3 Futuras líneas de investigación**

Parece pertinente señalar que, debido a limitaciones de espacio, se descartó realizar un análisis detallado del actual dilema sobre la inclusión de adultos diagnosticados con TDAH en programas de atención diseñados para niños, y cómo esta transición afecta a su calidad de vida. En este sentido, sería interesante realizar una investigación complementaria que abordara tal campo.

La investigación continua es vital para comprender cómo el personal sanitario puede brindar apoyo a los adultos con TDAH en la adopción de hábitos saludables y estilos de vida beneficiosos. En este sentido, los hallazgos de este estudio se emplearán para informar y diseñar el contenido de una futura intervención en el estilo de vida liderada por enfermeras.

## **7. CONCLUSIONES**

El diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad influye en la calidad de vida de adultos en los dominios de Productividad, Salud psicológica, Relaciones y Perspectiva vital, especialmente cuando no se realiza un diagnóstico precoz.

Los síntomas nucleares del TDAH actúan como los principales factores mediadores y moderadores en la relación entre el TDAH y la calidad de vida, junto con las alteraciones neuropsicológicas y las comorbilidades.

El TDAH afecta en la calidad de vida de la persona adulta ocasionando problemas académicos y laborales, así como dificultades en las relaciones íntimas, sociales y familiares. Los factores sociodemográficos que acentúan estas dificultades son ser mujer, ser mayor y el subtipo inatento.

Las intervenciones y estrategias para lograr un mejor manejo del TDAH y su impacto en la calidad de vida son aquellas que combinan la farmacoterapia y la psicoterapia desde etapas tempranas.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240-1250.
2. Rajaprakash M, Leppert ML. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatr Rev*. 2022;43(3):135-147.
3. Leahy LG. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Review (1775 to Present). *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2017;55(9):10-16.
4. Sánchez García C, Bachiller Luque MR. (dir). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el área de Valladolid Este [trabajo final de grado en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, 2017 [citado 25 de abril de 2024]. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24422>
5. Leahy LG. Diagnosis and treatment of ADHD in children vs adults: What nurses should know. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(6):890-895.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
7. Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2022.
8. Celorrio San Miguel M, Bachiller Luque MR. (dir). Estudio de rasgos compatibles con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su repercusión en población juvenil [tesis doctoral en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, 2016 [citado 25 de abril de 2024]. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/29459>
9. Hinshaw SP. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Controversy, Developmental Mechanisms, and Multiple Levels of Analysis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018;14:291-316.
10. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JA, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(42):251-270.
11. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007 Jun;164(6):942-8.
12. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. 2012;12:168.
13. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-723.
14. Lefka DT, Caye A, Rohde LA. ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. *Curr Top Behav Neurosci*. 2022;57:1-18.

15. Abdelnour E, Jansen MO, Gold JA. ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? *Mo Med*. 2022;119(5):467-473.
16. Cortese S, Coghill D. Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *Evid Based Ment Health*. 2018;21(4):173-176.
17. Zalsman G, Shilton T. Adult ADHD: A new disease? *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016;20(2).
18. Josephine Laverne H, Tyler-Brown C. (dir). *The Experience of Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the Workplace* [doctoral dissertation en Internet]. [MINNEAPOLIS]: Walden University, 2020 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/8052>
19. Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B, Zencir M, Buber A, Isildar Y. The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD Among School-Age Children in Turkey. *J Atten Disord*. 2020;24(9):1237-1245.
20. Sibley MH, Arnold LE, Swanson JM, Hechtman LT, Kennedy TM, Owens E, et al. Variable Patterns of Remission From ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *Am J Psychiatry*. 2022;179(2):142-151.
21. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med*. 2012;10:99.
22. Redcaspe. Programa de Habilidades de Lectura Crítica en Español [Internet]. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://redcaspe.org/>
23. Ben-Dor Cohen M, Eldar E, Maeir A, Nahum M. Emotional dysregulation and health related quality of life in young adults with ADHD: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):270.
24. Quintero J, Morales I, Vera R, Zuluaga P, Fernández A. The Impact of Adult ADHD in the Quality of Life Profile. *J Atten Disord*. 2019;23(9):1007-1016.
25. Thorell LB, Holst Y, Sjöwall D. Quality of life in older adults with ADHD: links to ADHD symptom levels and executive functioning deficits. *Nord J Psychiatry*. 2019;73(7):409-416.
26. Miranda Casas A, Berenguer Forner C, Colomer Diago C, Roselló Miranda B. Relaciones entre Funciones ejecutivas y calidad de vida de jóvenes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *R INFAD Psic. Int J Dev Educational Psychology*. 2015;2(1):301-310.
27. Lin YJ, Lo KW, Yang LK, Gau SS. Validation of DSM-5 age-of-onset criterion of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Comparison of life quality, functional impairment, and family function. *Res Dev Disabil*. 2015;47:48-60.
28. Mazurkiewicz Rodríguez HJ, Marcano B. Calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH diagnosticados en la adultez: revisión sistemática. *Act Psi*. 2021;35(130):97-113.

29. Kosheleff AR, Mason O, Jain R, Koch J, Rubin J. Functional Impairments Associated With ADHD in Adulthood and the Impact of Pharmacological Treatment. *J Atten Disord*. 2023;27(7):669-697.
30. De Crescenzo F, Cortese S, Adamo N, Janiri L. Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evid Based Ment Health*. 2017;20(1):4-11.
31. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(2):83-105.
32. Velő SZ, Keresztény Á, Szentiványi D, Balázs J. Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatának szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2013;15(2):73-82.
33. Morales Gil I, Fernández Lucas A (dir), Quintero Gutiérrez del Álamo J (dir). *Calidad de vida en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: disfunción ejecutiva y comorbilidad [tesis doctoral en Internet]*. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid, 2017 [citado 25 de abril de 2024]. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/22613>
34. 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.
35. Soler Gutiérrez AM, Pérez González JC, Mayas J. Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PLoS One*. 2023;18(1):1-18
36. Pinho TD, Manz PH, DuPaul GJ, Anastopoulos AD, Weyandt LL. Predictors and Moderators of Quality of Life Among College Students With ADHD. *J Atten Disord*. 2019;23(14):1736-1745.
37. Hechtman L, French LR, Mongia M, Cherkasova MV. Diagnosing ADHD in adults: limitations to DSM-IV and DSM-V proposals and challenges ahead. *Future Med*. 2011;1(6):579-590.

## 9. ANEXOS

### 9.1 Anexo I - Criterios diagnósticos del TDAH especificados en el DSM-V (6)

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por Inatención y/o Hiperactividad e Impulsividad:

---

**Inatención:** 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses, inadecuados con el nivel de desarrollo y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
  - A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
  - A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
  - A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo
  - A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
  - A menudo evita, le disgusta o rechaza dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
  - A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades
  - A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
  - A menudo es descuidado en las actividades diarias
- 

**Hiperactividad e impulsividad:** 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años o 5 o más para adolescentes igual o mayores de 17 años y adultos; los síntomas han persistido durante al menos 6 meses hasta un grado disruptivo e inapropiado con el nivel de desarrollo de la persona y que

impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- A menudo habla en exceso
- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- A menudo tiene dificultades para guardar turno
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

---

**Además, se deben cumplir las siguientes condiciones**

- \* Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad
- \* Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (p. ej. en casa, escuela o trabajo: con amigos o familiares, en otras actividades)
- \* Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral
- \* Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se aplican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad)

## 9.2 Anexo II – Tabla de extracción de datos.

<b>Maayan Ben-Dor Cohen, Eran Eldar, Adina Maeir, y Mor Nahúm/ Estudio de casos y controles/ Israel 2021</b>			
<b>POBLACIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>COMENTARIO</b>
<p>132 adultos jóvenes de 18 a 33 años: Sanos (controles) (n=69) Adultos con TDAH (casos) (n=63)</p> <p>Se considera del grupo control a los pacientes con una puntuación &lt;5 puntos en la escala autoinforme de TDAH en adultos (ASRS) y ausencia de trastorno neurológico.</p>	<p>Evaluar la gravedad de la desregulación emocional (DE) entre adultos jóvenes con y sin TDAH, y medir el posible papel moderador de la DE en la asociación entre los síntomas del TDAH y la calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH.</p>	<p>Los adultos jóvenes con TDAH tienen dos veces más probabilidades de sufrir DE y su calidad de vida es significativamente peor que la de los controles sin TDAH.</p>	<p>El diagnóstico de TDAH se basó en un diagnóstico médico válido de TDAH autoinformado y confirmado por puntuaciones de la ASRS por encima del límite clínico, en lugar de en una entrevista clínica basada en los criterios del DSM-5.</p>
<b>Javier Quintero, Isabel Morales, Rosa Vera, Pilar Zuluaga, y Alberto Fernández/ Estudio de casos y controles/ España 2019</b>			
<b>POBLACIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>COMENTARIO</b>
<p>119 sujetos: Sanos (controles) (n=25) Adultos con TDAH (casos) (n=91) divididos según instauración del diagnóstico y comorbilidad: Diagnóstico reciente + ausencia de comorbilidad (TDAH-C-D) (n=31) Diagnóstico reciente + comorbilidad (TDAH+C-D) (n=31)</p>	<p>Investigar la calidad de vida y las características clínicas y neuropsicológicas de adultos con TDAH.</p>	<p>En comparación con los controles, los TDAH tuvieron pocas diferencias en el desempeño de la atención, pero mostraron mayor impulsividad, síntomas más graves de depresión y ansiedad y menor calidad de vida. El grupo TDAH+C-D mostró síntomas más graves de depresión y ansiedad que el grupo TDAH+C+D (<math>p = 0,037</math> y <math>p = 0,008</math>, respectivamente) y peor calidad de vida en el ámbito de la salud psicológica (<math>p = 0,003</math>).</p>	<p>En general la muestra estaba equilibrada en cuanto al sexo, pero mostraba diferencias significativas en la mayoría de las características sociodemográficas. La representatividad de los resultados podría verse limitada por un sesgo de selección potencialmente</p>

<p>Diagnóstico anterior + comorbilidad (TDAH+C+D) (n=29)</p> <p>Se considera grupo control a los familiares adultos de los casos que no presentaban TDAH.</p>			<p>asociado al proceso de reclutamiento, debido a las dificultades de reclutar sujetos con TDAH no diagnosticados.</p>
<p><b>Lisa B. Thorell, Ylva Holst, y Douglas Sjowall/ Estudio de casos y controles/ Suecia 2019</b></p>			
<p style="text-align: center;"><b>POBLACIÓN</b></p> <p>153 participantes:  Sanos (controles) (n=58)  Adultos con TDAH (casos) (n=95) divididos según edad:  Adultos mayores de 60-75 años (n=42)  Adultos jóvenes de 18-45 años (n=53)</p> <p>Se considera grupo control a adultos mayores sin ningún trastorno psiquiátrico.  Todos los casos habían sido diagnosticados en la edad adulta según los criterios del DSM-V.  Entre los criterios de exclusión para ambos grupos clínicos se encuentra el tener un coeficiente intelectual (CI) &lt;70.</p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>Examinar si los déficits de las funciones ejecutivas son un factor subyacente de las variaciones en la calidad de vida entre las personas con TDAH.</p>	<p style="text-align: center;"><b>RESULTADOS</b></p> <p>Los adultos mayores con TDAH difirieron significativamente de los controles de la misma edad en todos los aspectos de la calidad de vida, con grandes tamaños del efecto. Sin embargo, mostraron niveles similares de calidad de vida en comparación con los adultos más jóvenes con TDAH.</p>	<p style="text-align: center;"><b>COMENTARIO</b></p> <p>Las asociaciones entre la calidad de vida y los niveles de síntomas del TDAH y los déficits ejecutivos podrían haber sido exageradas debido a la variación del método compartido. Aun así, los resultados del estudio contribuyen con nueva información valiosa al ser el primer estudio que investiga la calidad de vida en una muestra de adultos mayores con TDAH clínicamente referido.</p>

<b>Ana Miranda Casas, Carmen Berenguer Forner, Carla Colomer Diago, Belén Roselló Miranda/ Estudio de casos y controles/ España 2015</b>			
<b>POBLACIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>COMENTARIO</b>
<p>63 adultos jóvenes de 18 a 24 años: Sanos (control) (n=27) TDAH subtipo combinado de diagnóstico en la infancia (casos) (n=36)</p> <p>Se considera grupo control a la ausencia de trastornos neurológicos, déficits sensoriales y motores.</p>	<p>Analizar las diferencias entre adultos con y sin TDAH en la CdV en los dominios salud establecidos por la escala Q-LES-Q-SF (estado de ánimo, actividades de la casa, tareas de clase, ocio, relaciones sociales) y el impacto del funcionamiento ejecutivo.</p>	<p>Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre jóvenes TDAH con y sin deterioro en el funcionamiento ejecutivo en áreas de calidad de vida. En particular los problemas en la metacognición se asociaron con una menor percepción de calidad de vida. La salud, las actividades generales y en las actividades de casa los jóvenes con TDAH y baja función ejecutiva perciben que tienen una peor calidad de vida.</p>	<p>Evidencia limitada por pequeño tamaño muestral.</p>
<b>Yu-Ju Lin, Kuan-Wu Lo, Li-Kuang Yang, Susan Shur-Fen Gau/ Estudio de casos y controles/ China 2015</b>			
<b>POBLACIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>COMENTARIO</b>
<p>342 adultos de 18 a 40 años: Sanos (control) (n=153) Adultos con TDAH (n=189) divididos según el momento del diagnóstico: TDAH inicio temprano (antes de 7 años) (n=147) TDAH inicio tardío (entre 7 y 12 años) (n=42)</p> <p>Se considera grupo control a adultos mayores sin TDAH.</p>	<p>Evaluar la calidad de vida y el deterioro funcional de adultos con TDAH que tuvieron síntomas de aparición a los 7 años o a posteriori.</p> <p>Examinar el efecto de mediación de la función</p>	<p>El TDAH de inicio tardío autopercebe menor apoyo familiar y mayor deterioro funcional, especialmente en la esfera laboral. Sin embargo, ambos grupos presentan deterioro en otras áreas.</p> <p>Independientemente de la edad de inicio, menor apoyo familiar percibido y síntomas actuales de ansiedad/depresión impactan</p>	<p>Es probable que haya existido sesgo de recuerdo y de la secuencia temporal del apoyo familiar percibido. El deterioro funcional y la calidad de vida no estén claras debido a que la muestra es adulta y se está evaluando su pasado.</p>

<p>Entre los criterios de exclusión para ambos grupos clínicos se encuentra el tener un coeficiente intelectual (CI) &lt;80, enfermedad cardiovascular, problemas de aprendizaje y trastorno del espectro autista.</p>	<p>familiar y los síntomas de ansiedad/depresión entre el diagnóstico de TDAH y la calidad de vida y el deterioro funcional.</p>	<p>negativamente sobre la calidad de vida y el deterioro funcional.</p>	
<p><b>Héctor José Mazurkiewicz Rodríguez, y Beatriz Marcano/ Revisión sistemática/ Venezuela 2021</b></p>			
<p><b>POBLACIÓN</b></p>	<p><b>OBJETIVO</b></p>	<p><b>RESULTADOS</b></p>	<p><b>COMENTARIO</b></p>
<p>Análisis de 6 artículos publicados entre 2015 y 2019.</p> <p>Criterios de inclusión: Artículos científicos publicados y tesis doctorales, sin restricción de diseño de investigación, cuyas variables u objetos de estudio fueran el TDAH en adultos y la calidad de vida de estos sujetos.</p> <p>Criterios de exclusión: Publicación con data mayor a 5 años, baja calidad científica de los estudios publicados, estudios sobre el TDAH en niños y adolescentes, estudios de adultos con TDAH tratados en etapas anteriores o la omisión de esta.</p>	<p>Determinar la calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH diagnosticados por primera vez en la adultez, o que en las etapas anteriores no recibieron ningún tipo de tratamiento.</p>	<p>El TDAH afecta negativamente al bienestar personal, emocional, físico y material del adulto joven sin diagnóstico ni tratamiento durante la etapa infanto-juvenil. La gran mayoría de los adultos jóvenes con TDAH, principalmente aquellos con trastornos comórbidos, tienen una pobre valoración de su calidad de vida.</p>	<p>La estrategia de búsqueda de este artículo podría refinarse ampliando el número de bases de datos. Además, el autor no especifica los tipos de estudio incluidos, ni la muestra total analizada.</p>

<b>Kosheleff R. Kosheleff, Oren Mason, Rakesh jainista, Jennifer Kochy Jonathan Rubin/ Revisión Sistemática/ Estados Unidos 2023</b>			
<b>POBLACIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>COMENTARIO</b>
<p>Análisis de 179 artículos, de los cuales:            Ensayos clínicos (n=122)            Metaanálisis (n=12)            Revisiones sistemáticas (n=34)            Otros (n=11)</p> <p>La muestra total de población estudiada fue &gt;40.000 pacientes ambulatorios adultos (<math>\geq 18</math> años) con TDAH con impedimentos funcionales en diferentes esferas (académica, social, familiar y laboral)</p>	<p>Revisar las deficiencias funcionales más destacadas en adultos con TDAH y resumir la evidencia que describe el papel potencial de la medicación en la mejora de los resultados.</p>	<p>El tratamiento con medicamentos para el TDAH tanto en estimulantes como en no estimulantes mejora significativamente los síntomas, el deterioro funcional y la calidad de vida relacionada con la salud entre los adultos con TDAH.</p>	<p>La estrategia de búsqueda de este artículo podría refinarse definiendo mejor los criterios de inclusión y exclusión y aumentando el número de bases de datos.</p>
<b>Franco De Crescenzo, Samuele Cortese, Nicoletta Adamo, y Luigi Janiri/ Revisión sistemática/ Italia 2016</b>			
<b>POBLACIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>COMENTARIO</b>
<p>Análisis de 40 revisiones sistemáticas publicados entre 2010 y 2016 que incluían a TDAH adultos en tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.</p> <p>Los psicoestimulantes (como el metilfenidato, la dextanfetamina, las sales mixtas de anfetamina y la lisdexanfetamina) y los no psicoestimulantes</p>	<p>Identificar la mayor evidencia sobre la eficacia de los tratamiento farmacológicos y no farmacológicos en adultos.</p>	<p>En general, los tratamientos farmacológicos fueron significativamente más eficaces que el placebo (diferencia de medias estandarizada [DME] 0,45; IC del 95%: 0,37 a 0,52), aunque menos bien aceptados (OR 1,18; IC del 95%: 1,02 a 1,36) y tolerados (OR 2,29; IC del 95%: 0,37 a 0,52). IC 1,97 a 2,66).</p>	<p>La estrategia de búsqueda de este artículo podría refinarse definiendo mejor los criterios de inclusión y exclusión. Además, el autor no especifica ni la calidad de los estudios incluidos ni la muestra analizada de algunos de los estudios.</p>

(como la atomoxetina) fueron los agentes más estudiados.			
--	--	--	--

### 9.3 Anexo III – Tabla de análisis de la lectura crítica para la evaluación de estudios de casos y controles (CASPe) (22)

	Ben-Dor M, et al.	Quintero J, et al.	Thorell LB, et al.	Miranda A, et al.	Lin YJ, et al.
Tema claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Método apropiado para responder la pregunta	Sí	Sí	No	No	Sí
Casos reclutados de forma aceptable	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Controles seleccionados de forma aceptable	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Medición precisa	Sí	Si	Sí	No	Sí
Se tienen en cuenta factores de confusión	No	No	Sí	Sí	No
Resultados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Precisión de resultados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Credibilidad de resultados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aplicabilidad de resultados	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Coincidencia de resultados con otras evidencias	No	Sí	Sí	Sí	No
Total	9	10	9	9	9

**9.4. Anexo IV – Tabla de análisis de la lectura crítica para la evaluación de revisiones sistemáticas (CASPe) (22)**

	Mazurkiewicz HJ, et al.	Kosheleff AR, et al.	De Crescenzo F, et al.
Tema claro	Sí	Sí	Sí
Artículos adecuados	Sí	No	Sí
Estudios importantes y pertinentes	Sí	Sí	Sí
Calidad de los estudios	Sí	¿?	¿?
Resultados combinados	Sí	Sí	Sí
Resultado global	Sí	Sí	Sí
Precisión del resultado	Sí	Sí	Sí
Aplicabilidad de resultados	Sí	Sí	Sí
Correcta toma de decisión	No	No	No
Beneficios superiores a costes	Sí	Sí	Sí
TOTAL	9	7	8