



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS JÓVENES CON TRASTORNO POR  
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica  
que presenta el bachiller:

JUAN JOSÉ CALDERÓN FORT

MÓNICA CASSARETTO BARDALES

LIMA – PERÚ

2015



## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por todo el amor y el respaldo que me han dado siempre.  
A mi asesora, por toda la paciencia.  
A todos los que me alentaron durante la elaboración de este documento.





## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar cómo se da el bienestar psicológico, a nivel global y por escalas, en personas con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y las posibles diferencias que habría con personas que no presentan el trastorno. Se contó con 58 participantes universitarios entre las edades de 18 y 30 años, dentro de los cuales 29 presentaban el diagnóstico de TDAH y 29 que no. Se utilizó el ASRS v1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale versión 1) (Kessler et al., 2007) como instrumento de cribado y descarte para el grupo comparativo. Para la medición de bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico en la versión corta de 29 ítems (Díaz et al., 2006). Se halló que participantes con TDAH presentan puntajes más bajos en las escalas de autoaceptación, manejo del ambiente, propósito en la vida, crecimiento personal y a nivel de bienestar global que los que no presentan el trastorno. La investigación encuentra relaciones significativas entre ambos constructos donde personas con TDAH tienden a presentar menor bienestar psicológico que las personas que no lo presentan.

Palabras clave: bienestar psicológico, déficit de atención

## ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the way psychological well-being is present, overall and by scales, among people with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and the possible differences that can be found when compared to people without ADHD. The study was made among 58 college students between that ages of 18 and 30, where 29 were diagnosed with ADHD and 29 who weren't. For the comparative group the ASRS v1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale versión 1) (Kessler et al., 2007) was used for filter purposes. For psychological well-being the participants was assessed the 29 items short version Psychological Well-Being Scale (Díaz et al., 2006). Results found that participants diagnosed with ADHD score lower in the self-acceptance Environment management, purpose in life and personal growth scales and in overall well-being that those who weren't diagnosed. The research found significant relations among both constructs where people with ADHD show lower psychological well-being that those without ADHD. The present study does not state direct causality, but encourage follow up studies to keep investigating both subjects.

Keywords: psychological well-being, attention deficit and hyperactivity disorder

## TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	7
Método.....	16
Participantes.....	16
Medición.....	17
Análisis de datos.....	20
Resultados.....	21
Discusión.....	25
Referencias.....	31
Apéndices.....	39
Confiabilidad de la escala de bienestar psicológico.....	39
Consentimiento informado .....	43
Protocolo de elegibilidad .....	45

## INTRODUCCION

La investigación del trastorno por déficit de atención cobra mayor relevancia durante la infancia debido a que es la etapa donde la sintomatología empieza a hacerse notoria y problemática; siendo este uno de los diagnósticos clínicos más documentados y reportados a nivel mundial (ADHD Institute, 2014; Barkley, 2005, 2010, 2014; Bauermeister, 2003; Fundación ADANA, 2009; Hallberg, 2010).

Conforme transcurren las etapas de desarrollo, existe la expectativa de que algunas de las dificultades características del trastorno dejen de manifestarse o puedan ser manejadas de mejor manera (Barkley, 2010; Brod, Schmitt, Goodwin, Hodgkins y Niebler, 2012; Wolraich et al., 2005). Sin embargo, en la práctica la incidencia del TDAH y sus características adversas no desaparecen sino que se expresan de diferente manera, lo que puede ocasionar aún un impacto negativo en la vida de la persona. A ello se le suma, que a pesar de las complicaciones que ocasiona el trastorno, el diagnóstico e intervención suelen enfocarse mayormente en las dificultades académicas y de aprendizaje, descuidando la evaluación e intervención en otras (Evans, Serpell, Schultz y Pastor, 2007; Langberg, Molina, Arnold, Epstein & Altaye, 2011). Ello se torna más preocupante si tomamos en cuenta que los síntomas del TDAH son duraderos debido a que se trata de un trastorno neuroquímico, que acompañará siempre a la persona (Barkley, 2010; Buchanan, 2011; Verdejo-García y Bechara, 2010).

Dentro de las características principales del trastorno se encuentran la desatención, hiperactividad, impulsividad y alteración de las funciones ejecutivas. Éstas afectan de manera global el comportamiento, la ejecución de actividades y la forma de afrontar las responsabilidades y obligaciones que se esperan de la persona (Barkley, 2005, 2010, 2014; Bauermeister, 2003; Verdejo-García & Bechara, 2010).

La desatención consiste en problemas para atender a los detalles, recordar y retener indicaciones, establecer un orden estructurado y una planeación a largo plazo. La desatención también trae problemas para discriminar estímulos del ambiente, conduce a la evitación de actividades que demanden un prolongado esfuerzo mental así como al descuido de rutinas y hábitos diarios como los relacionados al aseo personal, la ubicación de objetos necesarios, la puntualidad y el cumplimiento de responsabilidades o deberes (Alban-Metcalf, 2002; Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2012;

Barkley, 2005; Bauermeister, 2003; Garnier-Dykstra, Pinchevsky, Caldeira, Vincent, Arria, 2010).

Por otro lado, la hiperactividad se caracteriza por el constante movimiento o agitación corporal, incapacidad para quedarse quieto cuando se requiere y habla excesiva (APA, 2000; APAL, 2012; Toplak et al., 2008). El exceso de energía proveniente de la hiperactividad también afecta el pensamiento, lo cual se evidencia en la proliferación de ideas y un hilo de pensamiento frecuentemente acelerado (Barkley, 2010; Mathews et al., 2004; Wolraich et al., 2005).

Además de la desatención y la hiperactividad, las personas con TDAH suelen ser intensas, volubles, erráticas y poco controladas como resultado de un pobre control de impulsos (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2004; Hakkart-Van Rojen et al., 2007; Taman et al., 2006). La impulsividad se evidencia en una notable disminución en la tolerancia a la frustración, comportamiento intrusivo y en el patrón de inicio de varias actividades a la vez sin llevarlas a término. También se manifiesta en reacciones efusivas, sobre-sensibilidad, decisiones aceleradas y en una mayor participación en actividades y conductas de riesgo (Barkley et al., 2004; Floy, 2006; Harty et al., 2009; Mikami, 2010; Montano, 2004; Toplak et al., 2008; Wolraich et al., 2005)

Un aspecto adicional en la presencia del TDAH es la notable deficiencia en el desempeño de las funciones ejecutivas, que regulan la capacidad de iniciar y mantener actividades y conductas (Alban- Metcalfe, 2002; Barkley, 2010; Brod, 2012; Floy, 2006; Harty et al., 2009; Toplak et al., 2008; Verdejo-García y Bechara, 2010; Wigal, 2009). En relación a ello, las principales alteraciones serían a nivel de la activación, entendida como la capacidad para organizar e iniciar determinadas actividades; la concentración, el esfuerzo sostenido que permite mantenerse en la tarea, la memoria, específicamente el uso de la memoria de trabajo; y el automonitoreo (Alban- Metcalfe, 2002; Brod, 2012; Floy, 2006; Harty et al., 2009; Toplak et al., 2008; Verdejo-García & Bechara, 2010; Wigal, 2009).

La interacción entre las características del TDAH repercute significativamente en el desenvolvimiento de la persona (APA, 2000; APAL, 2012; OMS, 1992). Ello se torna más complejo cuando tomamos en cuenta que en el ingreso a la adultez, el individuo se ve confrontado con una demanda de mayor autosuficiencia propia de la edad, lo cual puede afectar la capacidad de afrontar las nuevas exigencias del entorno social (Barkley, 2010; Brod, Schmitt, Goodwin, Hodgkins y Niebler, 2012; Toner, O'Donoghue, Houghton, 2006). Lamentablemente, existe escasez de estudios que se



concentren en evaluar el impacto de este diagnóstico sobre la sensación de realización y autoaceptación personal.

Una de las repercusiones negativas del TDAH, especialmente en la adultez, tiene que ver con las dificultades que persisten a nivel de la interacción social, la cual muchas veces puede ser desatendida o vista como un mero problema conductual (Barkley, 2005; Brod et al., 2012; Montano, 2004; Martinson, 2008; Taman; Tuglu, Karatas & Ozcan, 2006; Wolraich et al., 2005). Por un lado, la impulsividad característica del TDAH puede verse asociada en ocasiones con ciertas formas de agresividad, tales como un umbral más bajo para conductas agresivas y respuestas motoras y verbales bruscas frente a estímulos ambientales desconcertantes (Dowson & Blackwell, 2010). Por otro lado, los déficits ejecutivos del TDAH también pueden entorpecer la inhibición conductual, lo que afecta la autorregulación de afectos, del arousal y de la motivación. Las dificultades a nivel de planificación, organización y memoria de trabajo pueden comprometer la capacidad de articular diferentes piezas de información, necesarias para la habilidad de comprender que la perspectiva del otro es diferente a la propia (Mikami, 2010).

Una prueba de las dificultades en la interacción social podría expresarse en el caso específico de las relaciones de pareja, ya que se han encontrado altos índices de separación y divorcio en personas con TDAH (Biederman et al., 1993; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy & LaPadula, 1998). Estas dificultades para formar vínculos cercanos son consecuencia de la intrusividad, desatención de los contextos de interacción y descuido de las formalidades sociales (Fleischmann & Miller, 2013; Hallberg, 2010; Hallowell & Ratey, 2001; Mikami, 2010).

Otro ámbito afectado por el TDAH durante la adultez suele ser la estabilidad académica y laboral. Los adultos jóvenes presentan mayor riesgo de fracaso académico, deserción escolar o universitaria y otros problemas asociados, como embarazos no deseados, conductas temerarias para conducir y conductas criminales (Harpin, 2005; Toner, O'Donoghue y Houghton, 2006).

Entre las causas del fracaso académico se considera la importancia de la motivación y las estrategias de control para el aprendizaje efectivo (Alban-Metcalf, 2002). Uno de los problemas relacionados con la motivación y las funciones ejecutivas en el caso de las personas con TDAH es el discurso interno. Una de las funciones del discurso interno es brindar motivación en momentos de ausencia de la recompensa inmediata. En el TDAH sucede que la motivación se ve afectada significativamente

cuando se pierde de vista el objetivo, o cuando se trabaja por periodos largos de tiempo sin alcanzarlo. A esto se añaden las fallas en la planificación, monitoreo y memoria de trabajo antes mencionadas (Barkley, 2010; Mikami, 2010).

En relación con las actividades laborales, es necesario comprender que con la adultez, la hiperactividad tiende a aminorar mientras que los problemas relacionados a las funciones ejecutivas tienden a agudizarse. De esta manera, los adultos con TDAH reportan sentir que las demandas de la vida les resultan abrumadoras, y que el día a día puede parecerles fuera de control (Nadeau, 2005). Esto se evidencia en sus pobres habilidades para el manejo del tiempo, desorganización de sus tareas y prioridades, y necesidad de estructura externa, que afecta el desempeño independiente y multifuncional (Nadeau, 2005).

En esta línea, diversos autores registran mayor recurrencia de despidos, renuncias y riesgo de precariedad económica en el caso de personas con este trastorno (Barkley, 2010; Toner, O'Donoghue y Houghton, 2006). Es probable que los adultos con TDAH tengan que pasar por diferentes empleos antes de encontrar aquel en el que se pueden desempeñar con éxito. Aun en estos casos, es probable que persistan las dificultades interpersonales con los compañeros, además de otros problemas como tardanzas, ausentismo, constantes equivocaciones e incapacidad para afrontar la carga laboral esperada (Biederman, Mick, Fried, Aleardi, Potter & Herzig, 2005; Harpin, 2005; Nadeau, 2005)

Las dificultades que enfrenta la persona con TDAH además pueden afectar la confianza en sus propias capacidades. El sentido de autoeficacia se construye a partir de las experiencias pasadas y presentes, que en el caso de estas personas, están asociadas a fracasos y expectativas no satisfechas (Barkley, 2005; Bauermeister, 2003; Cho et al., 2008; Hallberg, 2010; Hallowell, 2001; Weissman et al., 2012). De esta manera, la persona adoptaría una actitud negativa y presentaría una menor iniciativa a participar en eventos y dinámicas sociales (Bauermeister, 2003; Buitelaar, et al., 2010; Chavez et al., 2012).

La ausencia de conocimiento de las consecuencias del TDAH descritas en la vida adulta, así como la falta de tratamiento temprano, pueden afectar el desenvolvimiento y la capacidad de adaptación y con ello, la salud mental de la persona (Taman et al., 2006; Wolraich et al., 2005). Un obstáculo importante para abordar el TDAH y su impacto en la salud mental en la adultez tiene que ver con la confusión que puede generar su sintomatología para el diagnóstico diferencial con otros trastornos.

Esto podría estar relacionado a la frecuente comorbilidad del TDAH con otros trastornos clínicos y de personalidad (Biederman et al., 1993; Barkley, 2010; Cumyn, French & Hechtman, 2009).

A partir de diversos estudios, se ha encontrado evidencia de la comorbilidad del TDAH con los trastornos de ansiedad así como con síntomas depresivos, lo cual complejiza el tratamiento y en ocasiones, agudiza los síntomas (Cho et al., 2008; Garnier-Dykstra et al., 2010; Van Ameringen et al., 2011).

En esta línea, Van Ameringen y colaboradores (2011) encontraron en un grupo de 129 pacientes adultos que acudían a una clínica especializada en trastornos de ansiedad en Canadá, que el porcentaje con TDAH fue de 27.9%. Las comorbilidades más asociadas al TDAH fueron depresión mayor (53.8%), fobia social (38.5%), trastorno de ansiedad generalizada (23.1%) y trastorno del control de impulsos (30.8%). Por otra parte, la investigación de Cho y colaboradores (2010) estudió la asociación entre síntomas de TDAH, síntomas depresivos e ideación suicida en adolescentes coreanas. Al respecto, se encontró que los síntomas depresivos mediaban parcialmente la relación entre los síntomas del TDAH y la ideación suicida, y que las manifestaciones conductuales del TDAH estaban asociadas directamente a la ideación suicida e indirectamente a través de los síntomas depresivos (Garnier-Dykstra et al., 2010).

Otras investigaciones reúnen evidencia de que ciertas características del TDAH, como la impulsividad, pueden generar una rápida adquisición de conductas de riesgo, tales como las adicciones al alcohol o a las drogas (Biederman, Wilens, Mick, Spencer & Faraone, 2013; Cumyn, French & Hechtman, 2009; Hallowell, 2001; Harpin, 2005; Hushijima et al., 2012; Klassen et al., 2004; Levy et al., 2014; Wigal, 2009)

Estos hallazgos revelan la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportunos del TDAH, ya que sus consecuencias negativas pueden afectar diferentes áreas de la vida (Biederman et al., 2013; Buchanan, 2011; Levy et al., 2014). De esta forma, con el tiempo, los logros personales, la sensación de comodidad, la capacidad de percibir goce y la satisfacción personal podrían encontrarse seriamente comprometidos (Barkley et al., 2004; Biederman et al., 2007; Brod et al., 2012; Cho et al., 2008; Halperin, et al., 2008). Además, el historial de fracasos reales y percibidos tiñen toda la vivencia afectiva de la persona y la llevarían a cuestionar sus propias capacidades y su satisfacción personal, lo que afectaría su bienestar (Buchanan, 2011).

Desde el ámbito de la psicología positiva, el bienestar psicológico es un concepto que se ajusta a la mejor comprensión de la vivencia del TDAH; ya que el

bienestar trasciende la satisfacción de necesidades y se enfoca más en el desarrollo de capacidades y la autorrealización, aún ante las adversidades (Eid, 2008).

El bienestar psicológico, desde la postura eudaimónica, recalca la importancia de la autorrealización como eje esencial para el desarrollo personal (Ryff & Singer, 2008). La eudaimonia se enfoca en encontrar la manera más satisfactoria de vivir, mediante el reconocimiento de las propias debilidades y su compensación a partir de la potenciación de los recursos disponibles a nivel individual y en el entorno (Ryff, 2008; Huta et al., 2010; Kimiecik, 2011).

A pesar del impacto negativo que puede tener el TDAH, no se ha encontrado suficiente información de cómo es el bienestar psicológico en personas con el trastorno, ya que el énfasis está colocado en estudios sobre efectos farmacológicos, desempeño de funciones ejecutivas, comorbilidad y eficacia de propuestas terapéuticas, es decir, en la connotación patologizante del TDAH más no en las posibilidades de crecimiento para esta población (Harpin, 2005; Rebollo & Montie, 2006; Robbins, 2005).

Carol Ryff plantea que el bienestar psicológico es un concepto multidimensional de seis factores, los cuales son: dominio ambiental, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas con otros, autonomía, y autoaceptación. (Ryan et al., 2001; Ryff, 1995, 2008). Las tres primeras dimensiones tienen que ver con un adecuado funcionamiento de la capacidad de organización personal, mientras que las otras tres tienen que ver con las comparaciones sociales que se realizan en función a los demás (Buchanan, 2011; Ryff & Singer, 2008). Esta distinción resulta relevante ya que permitiría conocer matices del funcionamiento de la persona con TDAH (Augusto-Landa, Pulido-Martos & Lopez-Zafra, 2011; Brod et al., 2012; Halperin et al., 2005).

Existen diversas variables que podrían afectar el nivel de bienestar de la persona. El sexo y la edad son las más citadas (Martínez-Martí & Ruch, 2014; Ryff, 1989, 1995; Ryff & Singer, 2008; Sweeting, Bhaskar, Benzeval, Popham & Hunt, 2014); sin embargo, la literatura científica encuentra que dichos vínculos son complejos.

Por ejemplo, en relación al bienestar psicológico según sexo, se ha encontrado que la única escala que presenta diferencias significativas es relaciones positivas con otros, siendo las mujeres quienes puntúan más alto. Otra escala con diferencias cercanas a la significación fue crecimiento personal, nuevamente con mayores puntajes para las mujeres (Ryff 1989, 1995). En estudios posteriores, Hori (2010) agrega que condiciones como el empleo, los roles de género y las características socioeconómicas y políticas del lugar de residencia, tienen un efecto significativo que moldeará su impacto en el



bienestar. La autora analiza algunos de estos condicionantes y encuentra que los hombres suelen tener ventajas sociales que se manifiestan en mayores niveles de bienestar psicológico que las mujeres. Si a esto se añade el efecto de la condición laboral, el panorama se complejiza. En el caso de las mujeres, trabajar horario extendido o tiempo completo se asocia negativamente al bienestar psicológico, lo que podría relacionarse con el conflicto que genera el trabajo con otros roles significativos para la mujer, como su papel en la familia (Hori, 2010).

Respecto a las variaciones en el bienestar psicológico según la edad, estudios conducidos por Ryff y colaboradores (Ryff, 1989; Ryff, Lee, Essex & Schmutte, 1994; Ryff y Singer, 2008) han encontrado que ciertos aspectos del bienestar evidencian un incremento con la edad, tales como autonomía y dominio ambiental, mientras otros disminuyen notablemente en el tránsito de la adultez joven a la adultez mayor, como propósito en la vida y crecimiento personal. Una de las dimensiones que no presenta variaciones según la edad ha sido autoaceptación. No obstante, investigaciones más recientes, como el estudio longitudinal de Hauser y colaboradores (2005) encuentran que las dimensiones de propósito en la vida, autoaceptación, dominio ambiental y crecimiento personal no varían sustancialmente en el paso de una década. Las diferencias, que suponen disminuciones sutiles conforme avanza la edad, podrían estar más asociadas con el nivel educativo de la persona, que en cierta medida, amortigua los declives del bienestar (Hauser, Springer, Pudrovská, 2005; Springer, Pudrovská & Hauser, 2011).

Debido a la falta de información sobre cómo sería el bienestar psicológico en personas con TDAH, Buchanan (2011) realizó una investigación con estudiantes universitarios de 18 a 25 años. El propósito del estudio fue responder a dos preguntas específicas: cómo se diferencian los estudiantes universitarios con diagnóstico de TDAH de otros sin el trastorno a nivel de las dimensiones del bienestar psicológico, y si las diferencias en el bienestar psicológico eran menos pronunciadas en las dimensiones relacionadas al funcionamiento social. De los 317 participantes, 34 reportaron contar con un diagnóstico previo de TDAH.

El estudio encontró que los estudiantes con TDAH obtuvieron puntajes más bajos en bienestar global y en las dimensiones de dominio ambiental, crecimiento personal y propósito en la vida. Estos resultados fueron consistentes aun cuando se controlaron variables como sexo, ingreso familiar, raza, participación en actividades extracurriculares, entre otras. De manera específica, los participantes con TDAH

reportaron niveles de autonomía, autoaceptación y relaciones positivas con otros similares a los de sus pares. En función a estos resultados, el autor señala que los estudiantes con TDAH presentan percepciones de bienestar similares a las de sus pares, sin embargo, reconocen más dificultades en sus competencias ligadas a la organización y realización de sus metas.

Las implicancias de este estudio se orientan a la comprensión de la vivencia de los estudiantes universitarios con TDAH. Como principal aporte, el autor señala que se corroboran las menores puntuaciones en las dimensiones de propósito en la vida, dominio ambiental y crecimiento personal para los alumnos con TDAH. Sin embargo, este es el único estudio que vincula TDAH y bienestar, lo que amerita mayor investigación y búsqueda de evidencia en este tema.

Como se ha reportado previamente, el TDAH supone una serie de consecuencias adversas para la vida del individuo; sin embargo, no existe suficiente evidencia (más allá del estudio de Buchanan, 2011) que señale de qué forma puede afectar el bienestar de la persona. Por su parte, el modelo de Ryff plantea al bienestar psicológico como un concepto que incluye no solo las sensaciones de satisfacción y afectos positivos y negativos (bienestar subjetivo); sino que se centra en la forma en que la persona autoevalúa sus propias fortalezas y debilidades, y de qué forma sus relaciones sociales y con el entorno se han establecido (Ryan et al., 2001; Ryff, 2008; Ryff & Singer, 2008). Varias de estas características son justamente las que se encuentran notoriamente afectadas en personas con TDAH, y por tanto es razonable esperar que el bienestar psicológico pueda verse disminuido.

En esta línea, la presente investigación tiene como propósito contribuir a la descripción del bienestar psicológico reportado por adultos jóvenes que presentan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en comparación con quienes no lo presentan. Asimismo, se plantea hacer una descripción sobre la posibilidad de encontrar diferencias en los niveles de bienestar psicológico según variables sociodemográficas, tales como sexo y edad, y explorar las posibles diferencias en términos de variables de tratamiento y de comorbilidades reportadas en ambos grupos.

Se eligió como participantes a adultos jóvenes con estudios superiores universitarios o técnicos en curso debido a la importancia de los estudios a nivel social e individual durante esta etapa de la vida, así como también por los retos que representa la formación académica para las personas con TDAH y su bienestar psicológico.

Para esto, se realizó una recolección de datos en un solo momento a dos grupos de personas, un grupo con el diagnóstico y el otro como grupo de comparación.







## MÉTODO

### Participantes

La presente investigación contó con la participación de 58 adultos jóvenes, 31 hombres (53.4%) y 27 mujeres (46.6%), en un rango de edades entre 19 y 30 años ( $M=23$ ,  $DE=2.99$ ). Respecto al nivel de instrucción de los participantes, 8 eran estudiantes de una carrera técnica y 50, estudiantes universitarios. El grupo original contó con 87 participantes, de los que se eliminaron 29 por no llenar adecuadamente el protocolo, superar el puntaje mínimo en la prueba de cribado o no cumplir los criterios para el estudio.

Los criterios de participación en el estudio fueron tener entre 18 y 30 años de edad, haber terminado la educación secundaria y residir en Lima. Para formar parte del grupo sin el diagnóstico de TDAH, los participantes no debían presentar el trastorno o evidencia de sus características. Para ello, se incluyó una prueba de cribado general de TDAH (ASRS v1.1) y en la ficha de datos se agregó una pregunta referente a si alguna vez habían sido diagnosticados con esta condición. Aquellos participantes que obtuvieron puntajes mayores a 3 en la prueba de cribado fueron eliminados, debido a que contarían con indicadores de TDAH.

Los participantes se distribuyeron en dos grupos, con 29 participantes cada uno, en función a si presentan o no el diagnóstico de TDAH. Del grupo con TDAH, 17 son hombres (58.6%) y 12 mujeres (41.4%), con un rango de edad de 19 a 30 ( $M= 23.83$ ;  $DE= 3.34$ ), 28 con estudios universitarios en curso y 1 con estudios técnicos. En el grupo sin el diagnóstico, 14 son hombres (48.3%) y 15 son mujeres (51.7%), con edades de 19 a 26 ( $M= 22.17$ ;  $DE= 2.36$ ), 22 estudiantes universitarios y 7 pertenecientes a un instituto técnico.

Además de las variables sociodemográficas de sexo, edad y nivel de instrucción, se incluyó información referida a los tipos de tratamiento utilizados y a la medicación recetada.

Respecto a la comorbilidad, se preguntó específicamente “¿Alguna vez algún profesional de la salud le ha dicho que usted tiene (depresión, trastorno de ansiedad, problemas de aprendizaje, trastorno de Tourette, trastorno de la conducta, adicción o dependencia a alguna sustancia)?”. Asimismo, se dejó espacio para que los participantes consignen otros trastornos. En este caso, dos participantes señalaron contar con otro trastorno, pero no especificaron cuál. Asimismo, 13 personas reportaron haber sido informadas por un profesional de la salud de que tenían problemas de tipo depresivo (44.8%) y 9 de tipo ansioso (31%).

Ambos grupos de participantes firmaron un consentimiento informado, donde se consignó que podían dejar de participar cuando lo desearan, que la información sería confidencial y que sería procesada de manera grupal, por lo que no sería posible obtener resultados individuales.

### **Medición**

Con el fin de excluir la presencia de características del TDAH en el grupo de comparación, se evaluó a este grupo con el ASRS v1.1 (AdultADHD Self-Report Scale version 1.1). El ASRS fue creado por Ronald C. Kessler en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, en el 2004. Esta prueba es un instrumento de filtraje confiable para indicar la presencia de indicadores conductuales de déficit de atención con hiperactividad (Kessler, et al., 2007).

El ASRS cuenta con dos versiones, una de 18 ítems y otra de 6 ítems, traducidas en varios idiomas (Harvard Medical School, 2005; Kessler et al., 2007; Reyes-Zamorano, García-Vargas & Palacios-Cruz, 2013). El conjunto original de ítems del ASRS incluía 18 preguntas basadas en los síntomas del criterio A del DSM IV. En base a un análisis de regresión logística, se seleccionaron 6 preguntas, que capturaban la fuerza de la asociación entre los ítems y los diagnósticos clínicos (Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2007; Reyes-Zamorano, García-Vargas & Palacios-Cruz, 2013).

La primera versión en español del ASRS se obtuvo a partir de un estudio conducido en Barcelona, en el cual se encontró evidencia sólida sobre sus propiedades psicométricas (Daigre et al., 2009). El ASRS, en su versión de 6 ítems, también ha sido utilizado en Sudamérica, en el estudio conducido por Montiel-Nava, Ortiz León, Jaimes Medrano y González-Ávila (2012) en Venezuela con 411 estudiantes universitarios. En

dicho estudio, el ASRS evidenció una sensibilidad de 82.2% y especificidad de 95.6%. Posteriormente, cuando se realizó la asociación entre la fase de cribado (ASRS y FASCT) y la fase diagnóstica, los instrumentos en conjunto evidenciaron alta sensibilidad (94,3%) y moderada especificidad (37,4%).

En el caso peruano, no se han encontrado estudios que hayan empleado el ASRS. Para la presente investigación, la confiabilidad obtenida inicialmente fue de 0.47, con correlaciones ítem-test negativas en los ítems 1 y 2. Cabe mencionar que los autores de la prueba no esperaban coeficientes de confiabilidad muy altos debido al sistema de selección de ítems que emplearon. De esta manera, refieren que el análisis de regresión logística selecciona los síntomas menos redundantes del conjunto, lo cual maximizaría el poder predictivo en base a un criterio externo, que en este caso fue el diagnóstico dado a partir del DSM IV. Sin embargo, este tipo de análisis potencia la inconsistencia entre los ítems (Kessler et al., 2007).

Para la medición del bienestar psicológico se utilizó la *Escala de Bienestar Psicológico*, cuya versión original fue creada por Carol Ryff (1989). Su objetivo es medir diferentes aspectos del funcionamiento positivo, según el modelo eudaimónico del bienestar. En el caso de la presente investigación, se utilizó la versión corta de 29 ítems de Díaz (2006), la cual se responde en una escala Likert de 6 opciones, que van de *Totalmente de acuerdo* a *Totalmente en desacuerdo*. Los ítems se agrupan en seis dimensiones: Autoaceptación, Relación positivas con otros, Autonomía, Dominio Ambiental, Propósito en la vida y Crecimiento personal.

La versión original de Ryff (1989) contaba con 32 ítems por área (16 positivos y 16 negativos), los cuales fueron aplicados a 321 hombres y mujeres adultos jóvenes, medios y adultos mayores, contactados a través de instituciones educativas y organizaciones de la comunidad, en Wisconsin. En primer lugar, se calcularon las correlaciones ítem-test, para eliminar los ítems que puntuaron bajo. Cada dimensión quedó compuesta por 20 ítems, entre positivos y negativos, lo que resultó en un total de 120 ítems. Ya que esta primera versión era muy extensa, Ryff, Lee, Essex y Schumutte (1994) desarrollaron una versión de 14 ítems por escala (84 ítems en total). Las correlaciones entre esta versión y la primera de 120 ítems oscilaron entre .97 y .98.

Posteriormente, Díaz y colaboradores (2006) proponen una versión más corta de la prueba, compuesta de 39 ítems. Su estudio se realizó con 467 participantes españoles, 258 hombres y 209 mujeres. La consistencia interna mostró que la totalidad de las

escalas comprendía valores de alfa de Cronbach entre .71 y .83, salvo la escala de crecimiento personal (.68). La validez de esta versión se comprobó mediante análisis factorial confirmatorio. A partir de estos análisis, se encontró que los valores de ajuste aún resultaban insatisfactorios. Por esta razón, se desarrolló una nueva versión de las escalas, para lo cual se eliminaron 10 ítems, considerando como criterios de selección que presentasen una correlación ítem-total superior a 0.30 en su escala y bajas cargas factoriales en el resto de dimensiones ( $<.40$ ).

La versión de 29 ítems obtuvo buenos indicadores de ajuste al modelo de seis factores y uno de segundo orden. Además, presentó un alfa de Cronbach en las escalas entre .71 y .84, mejorando incluso la escala de crecimiento personal (.71) (Díaz et al., 2006; Van Dierendonck, 2004).

Si bien en el Perú existe una adaptación de Cubas (2003) de la versión de 84 ítems con una muestra de estudiantes universitarios, para el presente estudio se consideró pertinente usar la versión corta de 29 ítems, ya que se requería una versión que no fuera muy extensa, debido a que las características particulares del TDAH podrían influir en la confiabilidad de los resultados o en la propia decisión de participar del proceso de evaluación. Las dificultades en la aplicación tienen que ver con el aburrimiento, desatención, pérdida de motivación para la tarea y respuestas impulsivas debido a la impaciencia (Barkley, 2010; Bauermeister, 2003).

Asimismo, se encontró que la versión española de 29 ítems había sido utilizada en el Perú por Trigo (2010), con 108 pacientes oncológicos. La autora realizó una evaluación lingüística de los ítems, con el objetivo de facilitar su comprensión en población peruana y oncológica. Con este propósito, contó con el apoyo de especialistas en el tema, quienes revisaron el contenido y la coherencia con la teoría. Los índices de confiabilidad en su estudio fueron de .57 para autoaceptación, .50 en crecimiento personal, propósito en la vida con .64, autonomía con .55, relaciones positivas con otros con .63, dominio ambiental con .25 y bienestar psicológico global con .82.

Con respecto a la confiabilidad en el presente estudio, en términos globales se obtuvo un alfa de Cronbach de .93, mientras que por escalas fue de .82 para autoaceptación, crecimiento personal con .79, propósito en la vida con .88, autonomía con .73, relaciones positivas con otros con .80 y dominio ambiental con .64 (apéndice A).

## Procedimiento

El proceso de evaluación difirió según el grupo de participantes evaluados. En el caso de los participantes con diagnóstico de TDAH, fueron contactados a través de una institución especializada en identificación, diagnóstico y tratamiento del TDAH, la cual invitó a participar a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. Aquellos que aceptaban, pasaban a un espacio asignado para las evaluaciones, las cuales se realizaron de manera individual.

En el caso de los participantes sin TDAH, provinieron de una universidad y un instituto de educación superior de Lima, ambos privados, y las aplicaciones fueron grupales, realizadas solo por el investigador. Se consideraron estos centros de estudios ya que los participantes con TDAH contaban con estos niveles de formación.

## Análisis de Datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 para realizar los análisis pertinentes. En primer lugar, se analizó la consistencia interna de la escala de bienestar psicológico a partir de la prueba de confiabilidad, con el coeficiente de alfa de Cronbach, tanto para las dimensiones como para la escala global.

Seguidamente, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con la cual se halló una distribución paramétrica de los datos únicamente para la subescala de autonomía, por lo cual se decidió optar por análisis no paramétricos.

Se obtuvieron estadísticos descriptivos para el total de participantes, con el objetivo de conocer las frecuencias de las variables exploradas en ambos grupos. Para realizar las comparaciones de los grupos con y sin TDAH, a fin de explorar las diferencias significativas que se pueden encontrar por subescalas y por bienestar global, se realizó análisis no paramétricos de U de Mann-Whitney, que establecen comparaciones entre medianas. Finalmente, para estudiar la relación que ciertas variables, tales como la presencia de TDAH, el género y los diagnósticos de depresión y ansiedad, pudieran tener con el bienestar se realizaron análisis de regresión lineal múltiple.





## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los análisis que se realizaron para responder a los objetivos de la presente investigación.

Con respecto a los análisis descriptivos, se encuentra que la mediana del bienestar global para el grupo de participantes diagnosticados con TDAH es de 118 ( $DE= 24.62$ ), mientras que el promedio de las medianas de las subescalas oscilan entre 17 y 26.

En respuesta al objetivo principal, se realizó la comparación entre el grupo con TDAH y el grupo que no presenta el diagnóstico, y se encontró que los participantes que no tienen TDAH presentan a nivel global mayores niveles de bienestar psicológico y mayores puntajes en cuatro de las seis subescalas (tabla 1).

Tabla 1  
*Comparación de medianas entre los participantes con TDAH y los que no presentan TDAH*

Dimensiones	TDAH (N=29)		NO TDAH (N=29)		U	p
	Mdn	DE	Mdn	DE		
Crecimiento personal	17.00	4.94	21.00	2.43	180.00	.00***
Propósito en la vida	18.00	6.17	25.00	3.45	134.00	.00***
Dominio ambiental	20.00	4.44	25.00	3.13	174.50	.00***
Autoaceptación	17.00	4.63	20.00	2.70	177.00	.00***
Autonomía	26.00	6.03	26.00	5.40	387.50	.61
Relaciones positivas	24.00	5.67	25.00	4.69	330.00	.16
Bienestar global	118.00	24.62	142.00	16.77	183.50	.00***

\*\*\*  $p < .001$

En el caso de las comparaciones según las variables sociodemográficas, que respondían a los objetivos específicos del presente estudio, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad, sexo y grado de instrucción. Asimismo, al considerar las variables asociadas al tratamiento, las comparaciones según los tipos de terapia no arrojaron diferencias significativas.

Sin embargo, se encontraron diferencias en los grupos de participantes de acuerdo a su reporte de contar con los diagnósticos clínicos previos de depresión y ansiedad.

Tabla 2

*Frecuencias de diagnósticos clínicos reportados*

Diagnósticos	TDAH		No TDAH	
	Frecuencia	% <sup>a</sup>	Frecuencia	% <sup>a</sup>
Depresión	13	44.8	6	20.7
Ansiedad	9	31	6	20.7
Problemas de aprendizaje	5	17.2	1	3.4
Trastornos de la conducta	6	20.7	2	6.9
Adicción	2	6.9	0	0
Otros trastornos	2	6.9	0	0

<sup>a</sup> El número total de participantes por cada grupo es 29. Los porcentajes se han calculado considerando 29 como el 100%

No obstante, cuando se realizaron los análisis en función a la presencia de comorbilidades diagnósticas en general, no se encontraron diferencias significativas (apéndice F), ni cuando se analizaron los resultados en función al reporte de problemas de ansiedad y depresión en el grupo con TDAH. Es decir, dentro del grupo con diagnóstico de TDAH no existen diferencias estadísticamente significativas en términos de bienestar y sus áreas entre aquellos que reportan estos diagnósticos adicionales en su historia.

De esta manera, para conocer el rol del TDAH y otras variables sobre el bienestar psicológico se realizaron, a manera exploratoria, otros análisis. En primera instancia, en el caso de los participantes que reportaron haber tenido depresión, aquellos que solo cuentan con el cuadro clínico depresivo presentan mayores puntuaciones en la dimensión de crecimiento personal, en comparación con los que presentan comorbilidad de TDAH y depresión (tabla 3).

Tabla 3

*Comparación de medianas entre los participantes con reporte de diagnóstico de depresión con TDAH y los que no presentan TDAH*

Dimensiones	TDAH (N=13)		No TDAH (N=6)		u	p
	Mdn	DE	Mdn	DE		
Crecimiento personal	19.00	4.20	23.50	2.07	11.50	.02*
Propósito en la vida	21.00	5.64	23.50	1.63	26.50	.27
Dominio ambiental	21.00	4.23	22.50	3.73	31.00	.48
Autoaceptación	17.00	4.41	18.50	3.46	28.50	.36
Autonomía	26.00	5.19	24.50	6.52	31.50	.51
Relaciones positivas	26.00	5.31	21.00	5.96	27.50	.31
Bienestar global	133.00	23.55	137.00	20.42	32.00	.58

\* p < .05



Con respecto a los participantes con diagnóstico de ansiedad, se encontraron medianas menores y estadísticamente significativas a nivel de bienestar global y cuatro subescalas en el grupo con comorbilidad con TDAH (tabla 4).

Tabla 4

*Comparación de medianas entre los participantes con reporte de diagnóstico de ansiedad con TDAH y los que no presentan TDAH*

Dimensiones	TDAH (N=9)		No TDAH (N=6)		u	p
	Mdn	DE	Mdn	DE		
Crecimiento personal	15.00	4.51	21.50	2.66	1.50	.00**
Propósito en la vida	17.00	5.21	23.50	2.16	3.50	.01*
Dominio ambiental	18.00	4.06	24.00	2.88	7.00	.02*
Autoaceptación	14.00	4.00	20.00	3.43	9.00	.03*
Autonomía	26.00	7.32	22.50	6.99	25.50	.86
Relaciones positivas	20.00	5.00	25.00	6.74	18.00	.29
Bienestar global	101.00	19.76	137.00	18.68	7.00	.02*

\*\* p < .01, \* p < .05

Finalmente, en función a lo hallado anteriormente se realizó, a modo de exploración, un análisis de regresión lineal múltiple para conocer la posible relación de ciertas variables con el bienestar y sus dimensiones.

En primer lugar, se analizó si el género, la presencia de TDAH, recibir medicación, estar en psicoterapia y las comorbilidades de depresión y ansiedad explicarían parte de las variaciones en los niveles de bienestar psicológico y sus dimensiones. De esta manera, se realizaron sucesivos análisis hasta llegar a los modelos finales. En la mayoría de los casos, se puede observar que el TDAH y la ansiedad resultaron ser variables predictoras significativas (tabla 5).

Tabla 5

*Análisis de regresión que predice el bienestar psicológico y sus dimensiones*

Variable dependiente y variables predictoras	B	SE B	$\beta$	P	Modelo R <sup>2</sup>
Bienestar					.31**
TDAH	23.29	5.42	.48	.00	
Ansiedad	12.49	6.19	.23	.04	
Autoaceptación					.28**
TDAH	4.59	.99	.52	.00	
Crecimiento personal					.37**
TDAH	4.92	1.00	.55	.00	
Depresión	-2.34	1.08	-.25	.04	
Ansiedad	2.56	1.12	.25	.03	
Propósito en la vida					.37**
TDAH	7.59	1.31	.61	.00	
Dominio ambiental					.33**
TDAH	4.37	.99	.49	.00	
Ansiedad	2.39	1.13	.24	.04	
Relaciones positivas					.06
TDAH	2.53	1.36	.25	.07	
Autonomía					.01
TDAH	1.17	1.53	.11	.48	

\*\*p<.01

## DISCUSION

La presente investigación fue realizada con el objetivo de describir el nivel de bienestar psicológico de un grupo de adultos jóvenes que presentan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en comparación con quienes no lo presentan. Se consideraron, además, variables sociodemográficas para explorar las posibles diferencias entre ambos grupos, así como variables de la condición de tratamiento para hacer comparaciones al interior del grupo con TDAH.

Los resultados muestran que, al comparar los niveles de bienestar psicológico de los participantes con TDAH y aquellos que no contaban con el diagnóstico, las puntuaciones fueron menores para aquellos que tenían el trastorno. Asimismo, al interior de las dimensiones, se encontraron diferencias significativas en las áreas de propósito en la vida, crecimiento personal, dominio ambiental y autoaceptación. De manera general, estos resultados apoyan la hipótesis de que existen asociaciones entre el diagnóstico de TDAH y el nivel de bienestar de los participantes. Estos resultados son ratificados al realizar análisis de regresión simple, con los que se obtuvieron modelos explicativos con  $R^2$  bastantes significativos.

Esta relación podría entenderse a la luz de lo que implica el bienestar psicológico según el modelo de Ryff (1989, 1995), el cual va más allá del balance de afectos positivos y negativos, y supone las percepciones acerca del propio potencial y funcionamiento, así como la actualización de estos recursos (Ryff et al., 1994; Ryff & Singer, 2008). En ese sentido, la naturaleza del TDAH puede tener un rol importante ya que se trata de un trastorno neurológico que acompañará a la persona a lo largo de toda su vida y que supone fallas en las funciones ejecutivas, que son las encargadas de la regulación del comportamiento, el inicio y mantenimiento de diversas tareas, la organización y monitoreo de responsabilidades y obligaciones, y el establecimiento de metas (Barkley, 2005, 2010, 2014; Bauermeister, 2003; Verdejo-García & Bechara, 2010). Además, la impulsividad asociada al trastorno puede generar una mayor propensión a realizar conductas de riesgo (Biederman, Wilens, Mick, Spencer & Faraone, 2013; Cumyn, French & Hechtman, 2009; Hallowell, 2001; Harpin, 2005; Hushijima et al., 2012; Klassen et al., 2004; Levy et al., 2014; Wigal, 2009).

Todas estas dificultades, a su vez, pueden contribuir a acumular un historial de fracasos académicos y de problemas para la adaptación en general lo que afectará la

capacidad de reconocer y potenciar los recursos propios, que es lo que define el bienestar psicológico (Barkley, 2005; Brod et al., 2012; Evans et al., 2007; Langberg et al., 2011; Montano, 2004; Martinson, 2008; Taman et al., 2006; Wolraich et al., 2005).

Si se considera, además, las dimensiones de crecimiento personal, propósito en la vida, dominio ambiental y autoaceptación y la relación de éstas con el diagnóstico de TDAH, surgen alcances importantes respecto a qué aspectos del bienestar se ven más mermados por el trastorno y su posible explicación.

Por un lado, las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida presentaron puntajes significativamente menores para los participantes con TDAH, lo que implicaría que estas personas perciben como limitado el crecimiento de sus potencialidades y les cuesta creer que la vida tiene un fin y significado. En ese sentido, es posible que las deficiencias ejecutivas, la dificultad en el manejo de los impulsos y la hiperactividad afecten el desarrollo de tareas y, por tanto, le transmitirían a la persona una pobre expectativa de metas y desafíos futuros, aspectos específicos del sentido de bienestar (Ryan et al., 2001; Ryff & Singer, 2008; Toplak et al., 2008).

En el caso de la dimensión de dominio ambiental, los menores puntajes de los participantes con TDAH tendrían que ver con dificultades para manejar las herramientas del ambiente, tanto porque a estas personas les cuesta aprovecharlas como por la falta de disposición del entorno para adaptarse a ellos (Barkley, 2005; Brod et al., 2012; Evans et al., 2007; Langberg et al., 2011; Montano, 2004; Martinson, 2008; Taman et al., 2006; Wolraich et al., 2005). Esto se ilustra en los problemas que las persona con TDAH tienen a lo largo de su vida con figuras de autoridad como sus padres, maestros y jefes (Nadeau, 2005). Por ello, Buchanan (2011) enfatiza que en los jóvenes con TDAH es necesario el apoyo de los padres y las instituciones educativas para dar estructura y fomentar un mayor sentido de dominio del entorno.

Respecto a los menores niveles de autoaceptación, diversos autores consideran que esta es una de las dimensiones del bienestar relacionadas con las comparaciones sociales que hace el sujeto sobre sus competencias y capacidades (Buchanan, 2011; Ryff & Singer, 2008). En ese sentido, las dificultades constantes que una persona con TDAH enfrenta para el inicio y mantenimiento en la ejecución de una tarea pueden generar frustración y tristeza, ya que encuentra que esto no ocurre en las demás personas (Bauermeister, 2003; Buitelaar, et al., 2010; Chavez et al., 2012). Estas complicaciones y los afectos negativos que ocasionan llevarían a la persona a asumir

una actitud negativa hacia sí mismos y al menosprecio de sus esfuerzos, lo que explicaría los bajos niveles de autoaceptación (Bauermeister, 2003; Buitelaar, et al., 2010; Chavez et al., 2012).

Sin embargo, llama la atención que las áreas de relaciones positivas y autonomía no presenten diferencias estadísticamente significativas; especialmente cuando estas son dos áreas fuertemente influenciadas por la comparación social. La ausencia de diferencias entre ambos grupos en estas dimensiones podría tener que ver con los recursos con los que cuentan los participantes con TDAH de este estudio como grupo particular. Se trata de adultos jóvenes que han recibido algún tipo de tratamiento y que cursan estudios superiores, en su mayoría de nivel universitario. Esto implicaría un cierto grado de manejo de las condiciones del trastorno, lo que favorece la socialización y relación con su entorno, además de la capacidad de regirse por parámetros individuales. En esta línea, Hallowell y Ratey (2001) y Hoza y colaboradores (2004), señalan que el problema para la socialización en personas con TDAH es más propio de la infancia, y que en la adultez, por el contrario, las personas pueden desarrollar un grupo sólido de amistades.

Otro de los objetivos del estudio era describir las posibles diferencias en el bienestar tomando en cuenta características sociodemográficas y de tratamiento. En este sentido, se prestó particular atención a las diferencias encontradas en función a la comorbilidad. Del total de participantes con diagnóstico de TDAH, el 44.8% presentaba reporte de depresión, y el 31%, ansiedad. Sin embargo, cuando se analizó si la presencia o ausencia de comorbilidades generaba diferencias en los niveles de bienestar, no se encontraron diferencias significativas. En cambio, al hacer esta comparación dentro del grupo total de personas con autoreporte de depresión y ansiedad según la presencia de TDAH, se encontraron diferencias significativas en algunas dimensiones del bienestar, con puntajes menores para aquellos que tenían el diagnóstico adicional de TDAH. Esto llevó a explorar el poder predictivo de estas condiciones sobre los niveles de bienestar, el cual fue confirmado en el análisis para varias dimensiones, especialmente en el caso de la ansiedad.

Estos hallazgos abren una serie de interrogantes acerca del rol de la ansiedad y la depresión en el proceso de actualización de potencialidades, y cuál es su relación con el TDAH. En primer lugar, la literatura científica ya había evidenciado que estas comorbilidades suelen presentarse en el caso del TDAH (Cho et al., 2008; Garnier-



Dykstra et al., 2010; Van Ameringen et al., 2011). Además, estos resultados brindan apoyo a la evidencia de que las características propias del TDAH y las dificultades que implicarían para los niveles de bienestar pueden verse incrementadas si hay además, un trastorno anímico o de ansiedad (Cho et al., 2008; Garnier-Dykstra et al., 2010; Mathews et al., 2004; Van Ameringen et al., 2011; Weissman et al., 2012).

En este estudio se analizaron por separado la influencia de la ansiedad y de la depresión sobre el bienestar. En el caso de la ansiedad, las deficiencias que el TDAH podría ocasionar sobre las funciones ejecutivas llevarían a que la persona que cuenta con ambos diagnósticos se enfrente a más situaciones que le angustien y lo lleven a anticipar situaciones negativas, debido a la expectativa de fracaso en diferentes tareas (Barkley, 2005; Bauermeister, 2003; Cho et al., 2008; Hallberg, 2010; Hallowell, 2001; Weissman et al., 2012). Esto se refleja en las diferencias significativas en el bienestar psicológico y las dimensiones de crecimiento personal, propósito en la vida, dominio ambiental y autoaceptación, con puntajes menores para el grupo de personas con TDAH y ansiedad.

En el caso de la depresión, la menor cantidad de diferencias significativas podría deberse a que su sintomatología se orienta más hacia la inactividad, lo que supone una falta de iniciativa y voluntad para involucrarse en tareas y cumplir responsabilidades. En este grupo particular, se trata de personas que a pesar del TDAH y el reporte histórico de depresión, siguen con sus estudios, tienen consciencia del diagnóstico y llevan tratamiento.

Sin embargo, una limitación del estudio fue que la comorbilidad no fue recabada con precisión y no se contó con sustento objetivo a través de un reporte clínico de apoyo, como pudo ser el diagnóstico médico obtenido por la historia clínica o una entrevista con un experto en el tema, o con la inclusión de pruebas de despistaje para depresión y ansiedad. Asimismo, si se considera que la ansiedad y la depresión están comúnmente asociadas (Yang, Tai, Yang & Gau, 2013), no conocemos del rol específico de estos cuadros a nivel de bienestar en esta población, aspecto que podría incorporarse en estudios posteriores. Otro aspecto relacionado a la presencia de comórbidos es el tratamiento farmacológico de los mismos, lo cual no fue especificado en la ficha de datos. Otras medicaciones que no fueron consideradas, como ansiolíticos y antidepresivos, tendrían un efecto positivo en el bienestar de la persona y podrían afectar la comprensión de los resultados.

Otro objetivo del presente estudio fue realizar comparaciones en función a las variables sociodemográficas de sexo y edad, según las cuales se ha encontrado diferencias significativas en otros estudios sobre bienestar (Martínez-Martí & Ruch, 2014; Ryff, 1989, 1995; Ryff & Singer, 2008; Sweeting, Bhaskar, Benzeval, Popham & Hunt, 2014). Sin embargo, en este caso estas diferencias no fueron halladas, lo que podría deberse a factores como el número de participantes en el estudio, así como la homogeneidad de los grupos.

En primer lugar, el proceso de contacto de los participantes con TDAH se dio a través de una sola institución. Esto limitó el número de participantes y la homogeneidad de las condiciones, dado que estudiaban varias carreras, en distintas instituciones académicas, a nivel universitario y técnico. Sin embargo, coincidieron en que eran pacientes que habían recibido tratamiento, conscientes e informados de sus diagnósticos, y probablemente con recursos a nivel material y psicológico. El contacto de participantes sin el diagnóstico fue más controlado, ya que procedieron de determinadas instituciones educativas, en las que se seleccionó la carrera, el salón de clase y el momento de aplicación. Una recomendación dada, en los casos en que se trabaja con grupos seleccionados a partir de los contactos y la accesibilidad del investigador, es que se diversifiquen las ubicaciones y horarios de evaluación de los participantes (Argibay, 2009). Al no cumplir con esta recomendación, la información recabada para conformar el grupo con TDAH estaría limitada a las características particulares de un grupo específico.

El proceso de selección del grupo con TDAH influyó, a su vez, en el tamaño de muestra alcanzado. Se sabe que a mayor tamaño, mayor es la representatividad, la fiabilidad y la significación estadística (Argibay, 2009). Por esta razón, es importante reflexionar sobre los alcances de estos resultados sin caer en el error de considerarlos generalizables o representativos de la población adulta joven con TDAH en Lima. Ejemplo de ello, es el propio estudio de Buchanan (2011), que contó con 317 sujetos de 18 a 25 años de una misma universidad, de los cuales 34 reportaron contar con un diagnóstico previo de TDAH.

Otra limitación, en cuanto al análisis de datos, fue que al no encontrar diferencias entre grupos y realizar los análisis intra-grupo, la información obtenida, a pesar de ser significativa, no puede ser suficientemente explicada. Esto tiene que ver con las variables que se eligieron controlar, las cuales, según el diseño del presente

estudio, se orientaron a la comparación de grupos independientes y no contemplaron la heterogeneidad dentro de cada grupo. En esta línea, hubiese sido importante controlar el nivel socioeconómico, del cual se asumió homogeneidad por el hecho de haber contactado a los participantes por instituciones privadas, tanto en el caso de la universidad e instituto superior, como con el centro especializado en TDAH.

Estas limitaciones presentadas, sumadas a los hallazgos del presente estudio, permiten esbozar ciertos lineamientos para investigaciones futuras. Como primera recomendación, se reconoce la importancia de contar con una ficha de datos más específica, que tome en cuenta las variables sociodemográficas y de tratamiento antes mencionadas y que cuente con indicaciones más claras y precisas para el recojo de esta información.

Otra información que serviría para definir con más claridad las diferencias entre los participantes con TDAH y aquellos que no lo presentan, tiene que ver con la adaptación a la vida académica. Con este propósito, se incluirían preguntas respecto a si ha cambiado de carrera, cantidad de cursos desaprobados en la historia universitaria, si cuentan con cursos que repiten por segunda o tercera vez, cantidad de cursos en que se inscribe por ciclo académico, calificación del desempeño académico, entre otros.

Respecto a la edad, el rango de 18 a 30 años se mantendría debido a que coincide con otros estudios acerca del TDAH en adultos jóvenes (Adler, Clemow, Williams & Durell, 2014; Estévez, Eich-Höchli, Dey, Gmel, Studer & Mohler-Kuo, 2014). Sin embargo, se debería considerar que con este rango de edad tan limitado sería difícil encontrar diferencias significativas en función de esta variable.

Asimismo, y en coincidencia con los resultados de Buchanan (2011), hubo un grupo de personas evaluadas como parte del grupo de comparación que presentaron indicadores de TDAH en la prueba de cribado y que tuvieron que ser excluidas. Sin embargo, estudios a futuro con un número de participantes mucho mayor podrían incluir a este grupo, para analizar si la presencia de síntomas de TDAH, aun sin el diagnóstico, podría relacionarse con los niveles de bienestar.

En conclusión, los hallazgos del presente estudio evidenciarían la relación del TDAH en el bienestar psicológico de los adultos jóvenes que cuentan con esta condición. El uso del modelo de Ryff como marco de comprensión de la vivencia del TDAH ayuda a entender que el tratamiento en adultos jóvenes debe tener un abordaje



centrado en el desarrollo de habilidades y competencias para la adaptación a las exigencias propias de la edad, complementario al tratamiento farmacológico.

No obstante, los alcances de este estudio deben ser comprendidos dentro del contexto en que se realizaron, que en este caso, se trata del resultado de un estudio inicial que no tiene antecedentes en nuestro medio. Por esta razón, se espera que, para consolidar esta línea de investigación y profundizar en la comprensión del TDAH y su impacto a lo largo del ciclo vital, las siguientes investigaciones sean más amplias y rigurosas.

Algunas direcciones considerar podrían ayudar a futuras investigaciones a poder ampliar y profundizar los resultados hallados a partir del presente estudio. Por un lado, contar con una mayor cantidad de participantes ayudaría a fortalecer aún más los resultados hallados, así como contar que ellos provengan de otras organizaciones que también trabajen y traten el TDAH. De la misma forma, podría contarse con instrumentos de cribado para comorbilidades como la ansiedad y depresión, de forma que se daría un mejor control de las variables, así como de tener poder contar con un indicador más objetivo de las mismas. Estas recomendaciones ayudarían a continuar el trabajo iniciado por la presente investigación en orden de poder contar con una mayor y aún más sólida información respecto al bienestar psicológico en el TDAH.



## Referencias Bibliográficas

- ADHD Institute: an educational platform developed and funded by Shire (2014). *Epidemiology*. Recuperado el 02 de octubre de 2014, de <http://www.adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/>
- Adler, L. A., Clemow, D. B., Williams, D. W., Durell, T. M. (2014) Atomoxetine effects on executive function as measured by the BRIEF-A in young adults with ADHD: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *PLOS ONE*, Volume 9, Issue 8, DOI: 10.1371/journal.pone.0104175.
- Agawal, R., Goldenberg, M., Perry, R., Ishak, W. (2012). The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *InnovClinNeurosci*, 9(5–6), 10–21.
- Alban-Metcalf, J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder-type behaviors among undergraduate and their relation to learning style. *Research in education*, 68, 89-109.
- Aliaga, D. (2012) *Burnout y bienestar psicológico en técnicas de enfermería de un hospital nacional de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados- APEIM (2005). Niveles socioeconómicos en Lima Metropolitana y Callao. Recuperado el 04 de diciembre de 2014, de <http://apeim.com.pe/niveles-anteriores.php>
- Argibay, J. C. (2009) Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, pág. 13-29.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina-APAL (2012). *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico TR*. Graficas ARES S.A.C, Lima.
- Augusto-Landa, J. M., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E. (2011). Does perceived emotional intelligence and optimism/pessimism predict psychological well-being? *J Happiness Stud* 12, 463–474. DOI 10.1007/s10902-010-9209-7
- Bauermeister, J. (2003). *Hiperactivo, Impulsivo, Distraído, ¿me conoces?* The Guildford Press: London.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., and Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 195–211.
- Barkley, R. (2005). *ADHD and the nature of self-control*. The Guildford Press: New York.
- Barkley, R. (2010). *Taking Charge of Adult ADHD*. The Guildford Press: New York.
- Becerra, I; Otero, S. (2013) *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792–1798.
- Biederman, J., Mick, E., Fried, R., Aleardi, M., Potter, A., Herzig, K. (2005) A simulated workplace experience for nonmedicated adults with and without ADHD. *Psychiatric Services*, 56 (12): 1617-20.
- Biederman, J., Petty, C., R., Fried, R., Doyle, A., E., Spencer, T., Seidman, L., J., Gross, L., Poetzl, K., Faraone, S., V. (2007). Stability of executive function deficits into young adult years: a prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD. *Acta Psychiatrica Scand*, 116, 129–136. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2007.01008.x
- Biederman, J., Petty, C. R., Hammerness, P., Woodworth, K. Y., Faraone, S. V. (2013). Examining the nature of the association between attention-deficit hyperactivity disorder and nicotine dependence: a familial risk analysis. *Can. J. Psychiatry*, 58 (3), 177-183.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., Faraone, S. (2013). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104.
- Buitelaar, J., Medori, R. (2010). Treating attention-deficit/hyperactivity disorder beyond symptom control alone in children and adolescents: a review of the potential benefits of long-acting stimulants. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (19), 325–340. DOI 10.1007/s00787-009-0056-1
- Brod, M., Schmitt, E., Goodwin, M., Hodgkins, P., Niebler, G. (2012) ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Qual Life Res*. 21, 795–799. DOI 10.1007/s11136-011-9981-9
- Brod, M., Johnston, J., Able, S., y Swindle, R. (2006) Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-lifescala (AAQoL): A disease-specific quality-of-life measure. *Quality of Life Research* 15, 117–129. DOI 10.1007/s11136-005-8325-z
- Buchanan, T. (2011) Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Well-being: Is Social Impairment an Issue for College Students with ADHD? *Journal of Postsecondary Education and Disability* 24(3), 193 – 210.
- Burris, J. L., Brechting, E. H., Salsman, J., Carlson, C. R. (2009) Factors Associated With the Psychological Well-Being and Distress of University Students. *Journal of American College Health*, 57(5). DOI: 10.3200/JACH.57.5.536-544.
- Carroll, C., & Ponterotto, J. (1998). Employment counselling for adults with attention deficit hyperactivity disorder: Issues without answers. *Journal of Employment Counselling*, 35, 79–95.
- Cingolani, J., Quiñonez, M. (2007). El bienestar psicológico en la ciudad del Mar del Plata. *Perspectivas en Psicología*, (4).

- Chávez, S. (2008) *Bienestar psicológico en practicantes de yoga*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Chavez, L., Mir, K., Canino, G. (2012) Starting from scratch: the development of the adolescent quality of life-mental health scale (AQOL-MHS). *Cult Med Psychiatry*, 36, 465-479. DOI: 10.1007/s11013-012-9264-0.
- Cho, S., Kim, J., Hyun-Jung Choi, H., Kim, B., Shin, M., Lee, J., Kim, E. (2008). Associations between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, depression, and suicide in Korean female adolescents. *Depression and Anxiety*, 25, 142–146. DOI 10.1002/da.20399
- Coalman, M. (2007). Positive psychology: a new way to support wellness in older adults? *Journal on Active Aging*, 6(4), 50-5.
- Coghill, D. (2010) The Impact of Medications on Quality of Life in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder A Systematic Review. *CNS Drugs*, 24(10), 843-866.
- Cubas, M. (2003). *Bienestar y rendimiento académico en universitarios*. Lima: Universidad de Lima.
- Cumyn, L., French, L., Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*, 54(10), 673–683.
- Daigre, C., Ramos-Quiroga, J. A., Valero, S., Bosch, R., Roncero, C., Gonzalvo, B., Nogueira, M., Casas, M. (2009). Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist inpatients with substance use disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6):299-305
- Diaz, D., Rodriguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dowson, J. H., Blackwell, A. D. (2010) Impulsive aggression in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121: 103-110. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01460.x
- Duda, B. (2011). *El Coaching para el TDAH: aspectos teóricos y prácticos*. Aleph Impresiones: Lima.
- Eid, M. (2008). *The science of subjective well-being*. New York: Guilford Press.
- Escobar, R., Soutullo, C., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116, 364–369. DOI: 10.1542/peds.2005-0386
- Estévez, N., Eich-Höchli, D., Dey, M., Gmel, G., Studer, J., Mohler-Kuo, M. (2014) Prevalence of and associated factors for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in young Swiss men. *PLOS ONE*, Volume 9, Issue 2, DOI: 10.1371/journal.pone.0089298.
- Evans, S. W.; Serpell, Z. N.; Schultz, B. K.; Pastor, D. A. (2007) Cumulative benefits of secondary school-based treatment of students with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 36(2), 256-273.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., Fletcher, K. (2005). Executive functioning in hyperactive children as young adults: attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. *Developmental Neuropsychology*, 27(1), 107–133.



- Fleischmann, A., Miller, E. (2013). Online Narratives by Adults With ADHD Who Were Diagnosed in Adulthood. *Learning Disability Quarterly* 36(1) 47– 60. DOI: 10.1177/0731948712461448
- Flory, K., Molina, B., Pelham, W.Jr., and Gnagy, E., Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 571–577. DOI:10.1207/s15374424jccp3504\_8
- Fundación ADANA (2009). *TDAH: Prevalencia*. Recuperado el 02 de octubre de 2014, de <http://www.fundacionadana.org/prevalencia>
- García- Andalete, J. (2013) Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. *Salud & Sociedad*, vol. 4, No. 1, pp.48-58.
- Garnier-Dykstra, L., Pinchevsky, G., Caldeira, M., Vincent, K., Arria, A. (2010). Self-reported adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among college students. *Journal of American CollegeHealth*, 59(2). DOI: 10.1080/07448481.2010.483718
- Guimet, M. (2011) Bienestar psicológico en un grupo de mujeres privadas de su libertad que realizan ejercicio físico. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Hakkaart-van Roijen, L., Zwirs B., Bouwmans C., Tan, S., Schulpen, T., Vlasveld, L., Buitelaar, J. (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, 316–326. DOI 10.1007/s00787-007-0603-6
- Hallberg, U. (2010). Hiding part of one self form other – A grounded theory study on teenagers diagnosed with ADHD. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 12, 211-220.
- Hallowell, E., Ratey, J. (2001). *TDA: controlando la hiperactividad. Cómo superar el ADHD desde la infancia hasta la edad adulta*. Paidós: Barcelona.
- Halperin, J., Trampush, J., Miller, C., Marks, D., Newcorn, J. (2008). Neuropsychological outcome in adolescents/young adults with childhood ADHD: profiles of persisters, remitters and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 958–966. DOI:10.1111/j.1469-7610.2008.01926.x
- Harpin, V. A. (2005) The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90 (Suppl 1): i2-i7. DOI: 10.1136/adc.2004.059006
- Harty, S., Miller, C., Newcorn, J., Halperin, J. (2009). Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: aggression, anger and hostility. *Child Psychiatry Hum Dev*, 40, 85–97. DOI 10.1007/s10578-008-0110-0
- Hauser, R., Springer, K., Pudrovskaya, T. (2005) Temporal structures of psychological well-being: continuity or change? Presentado en los 2005 Meetings of the Gerontological Society of America, Orlando, Florida.

- Hirokage, U., Masahide, U., Kazuhiko, S., Masaki K., Manabu, I. (2012). Time course of the development of depressive mood and oppositional defiant behavior among boys with attention deficit hyperactivity disorder: Differences between subtypes. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 285–291. DOI:10.1111/j.1440-1819.2012.02340.x
- Howell, R., Chenot, D., Graham Hill, G., Howell, C. (2009). Momentary happiness: the role of psychological need satisfaction. *J Happiness Stud*, 12, 1–15. DOI 10.1007/s10902-009-9166-1
- Hori, M. (2010) Gender differences and cultural contexts: psychological well-being in cross-national perspective. Submitted to the Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and mechanical College in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Philosophy.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. E., Abikoff, Howard, B., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J. M., Wigal, T. (2004) Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 382-391.
- Huta, V., Ryan, R. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *J Happiness Stud* 11, 735–762. DOI: 10.1007/s10902-009-9171-4
- IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jastrowski, K., Berlin, K., Sato, A., Davies, W. (2007). Disclosure of attention-deficit/hyperactivity disorder may minimize risk of social rejection. *Psychiatry* 70(3) DOI: 10.1521/psyc.2007.70.3.274.
- Kernberg, O., Yeomans, F. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clini*, 77(1). DOI: 10.1521/bumc.2013.77.1.1.
- Kessler, R. C. & Ustun, T. B. (2000). The World Health Organization World Mental Health 2000 Initiative. *Hospital Management International*, 195-196.
- Kessler, R., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, C., Spencer, T., Ustun, B., Walters, E. E. (2005) The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256. DOI: 10.1017/S0033291704002892
- Kessler, R., Adler, L., Gruber, M., Sarawate, C., Spencer, T., Van Brunt, D. (2007) Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-report Scale (ASRS) screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiat*, 16(2): 52–65
- Klassen, A., Miller, A., Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114(5), 114-541. DOI: 10.1542/peds.2004-0844

- Langberg, J. M.; Molina, B. S. G.; Arnold, L. E.; Epstein, J. N.; Altaye, M. (2011) Patterns and predictors of adolescent academic achievement and performance in a sample of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 519–531. DOI: 10.1080/15374416.2011.581620.
- Levy, S.; Katusic, S. K.; Colligan, R. C.; Weaver A. L.; Killian J. M.; Voigt, R. G.; Barbaresi, W. J. (2014) Childhood ADHD and Risk for Substance Dependence in Adulthood: A Longitudinal, Population-Based Study. *PLoS ONE* 9(8). DOI:10.1371/journal.pone.0105640
- Mannuzza, S., Klein, R., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1998). Adult status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493–498.
- Martínez- Martí, M. L., Ruch, W. (2014) Character strengths and well-being across the life span: data from a representative sample of German-speaking adults living in Switzerland. *Frontiers in Psychology*, Vol. 5, p. 1-10. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01253
- Martinson, J. (2008). *Correlating family nurse practitioners' perspectives of adult ADD/ADHD with employed pharmacotherapy: A pilot study*. College of Nursing, Seattle University: Seattle, Washington. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2010.00527.x.
- Mathews, C., Jang, K., ShadhaHami, S., Stein, M. (2004). The structure of obsessionality among young adults. *Depression and Anxiety*, 20, 77–85. DOI 10.1002/da.20028
- Mazzuccheli, T. (2009). Group behavioural activation and mindfulness therapy for the well-being of non-clinical adults: a preliminary open trial. *Cognitive Behaviour Therapist*, 2(4), 256-271. DOI: 10.1017/S1754470X09990201
- McNamara, J., Willoughby, T., Chalmers, H., YLC-CURA (2005). Psychosocial Status of Adolescents with Learning Disabilities With and Without Comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Learning Disabilities Research & Practice*, 20(4), 234–244. DOI: 10.1111/j.1540-5826.2005.00139.x
- Meza, S. (2011). *Bienestar psicológico y nivel de inversión en la relación de pareja en estudiantes universitarios de Lima metropolitana*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mikami, A. (2010). The importance of friendship for youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13, 181–198. DOI 10.1007/s10567-010-0067-y
- Montano, B., (2004). Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *J clin Psychiatry*, 65(3), 18-21.
- Montiel-Nava, C. Ortiz León, S., Jaimes Medrano, A., González-Ávila, Z. (2012). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en estudiantes universitarios venezolanos. *Reporte preliminar. Investigación Clínica* 53(4), 353-364.
- Mora S., M., de Oliveira, O. (2009) Responsabilidades familiares y autonomía personal: elementos centrales del proceso de transición a la vida adulta.



- Estudios Sociológicos*,  
Vol. 27, No. 81 pp. 801-835.
- Nadeau, K. G. (2005) Career choices and workplace challenges for individuals with ADHD. *JLCP/In Session*, vol. 61(5), 549-563. DOI: 10.1002/jlcp.20119
- Nancy, A. (2009). How a coach can help adults with AD/HD. *Attention Monthly*, 16, 16-17.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE 10). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., Borges, G. (2007) Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6):1255-1272. DOI:10.1590/S0102-311X2007000600002
- Pardo, F. (2010) *Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Patros, C., Hudec, K., Alderson, R., Kasper, L., Davidson, C., Wingate, L. (2013). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) moderate suicidal behaviors in college students with depressed mood. *Inc. J. Clin. Psychol*, 69, 980–993. DOI: 10.1002/jclp.21994
- Pedrero Pérez, E. J.; Puerta García, C. (2007). El ASRS v.1.1 como instrumento de cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada. *Adicciones*, 19(4), págs.393-408.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J., Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *American Journal of Psychiatry* 164, 942–948.
- Quijano-Villavicencio, G., Valdivieso-Vargas, M. (2007). Déficit de atención e hiperactividad: un reto para el odontopediatra. *Rev Estomatol Herediana*, 17(1), 40-43.
- Ramos-Quiroga, J. (2009) TDAH en adultos: factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psiquiatría y Psicología Clínica en la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ramos-Quiroga, J., Chalita, P., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*, 54(1), 105-150.
- Resnick, J. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder in teens and adults: they don't all outgrow it. Wiley Periodicals, *Inc. J Clin Psychol/In Session*, 61, 529–533. DOI: 10.1002/jclp.20117
- Reyes-Zamorano, E., García-Vargas, K. L. y Palacios-Cruz, L. (2013) Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica*, 65(1), 30-38.

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). *The structure of psychological well-being revisited*. University of Wisconsin: Madison.
- Ryff, C., Lee, Y. H., Essex, M. J., y Schmutte, P. S. (1994). My children and me: Midlife evaluations of grown children and of self. *Psychology and Aging*, 9(2), 195-205.
- Ryff, C., Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. DOI: 10.1007/s10902-006-9019-0
- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B., Schoener, B., Eugene P. (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 244-251. DOI:10.4088/JCP.v61n0402
- Semeijn, E. J., Kooij, S. J.J., Comijs, H.C., Michielsen, M., Deeg, D. J.H., Beekman, A. T.F. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder, physical health, and lifestyle in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(6), 882-887. DOI: 10.1111/jgs.12261
- Sonnby, K., Slund, C., Leppert, J., Nilsson, K. (2011). Symptoms of ADHD and depression in a large adolescent population: co-occurring symptoms and associations to experiences of sexual abuse. *Nord J Psychiatry*, 65, 315-322.
- Springer, K., Pudrovska, T., Hauser, R. (2011) Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40, 392- 398.
- Sweeting, H., Bhaskar, A., Benzeval, M., Popham, F., Hunt, K. (2014) Changing gender roles and attitudes and their implications for well-being around the new millennium. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, Vol. 49, Issue 5, p. 791-809.
- Taman, L., Tuglu, G., Karatas, G., Ozcan, S. (2006). Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(4), 480-485. DOI:10.1111/j.1440-1819.2006.01535.x
- Temple, S. (2014) *Bienestar psicológico y esperanza en internas de un penal de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Toner, M., O'Donoghue, T., Houghton, S. (2006). Living in chaos and striving for control: How adults with attention deficit hyperactivity disorder deal with their disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(2), 247-261. DOI: 10.1080/10349120600716190
- Toplak, M., Bucciarelli, S., Jain, U., Tannock, R. (2008). Executive functions: performance-based measures and the behavior rating inventory of executive

- function (brief) in adolescents with attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 15, 53–72. DOI: 10.1080/09297040802070929
- Trigoso, V. (2010). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. Tesis para optar por el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W., Patterson, B. (2011) Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17, 221–226. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00148.x
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-644. DOI:10.1016/S0191-8869(03)00122-3
- Vaquez, C., Hervás, G., Rahona, J, J., Gomez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la salud*, 5, 15-28.
- Verdejo-García, A. y Bechara, A. (2010) Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235.
- Weissman, A., Chu, B., Linda, A., Reddy, L., Mohlma, J. (2012). Attention mechanisms in children with anxiety disorders and in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for research and practice. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 117–126. DOI: 10.1080/15374416.2012.651993
- Wigal, S., (2009). Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults. *Child Development Center, University of California*, 23(1), 21-31. DOI: 10.2165/00023210-200923000-00004.
- Wolraich, M., Wibbelsman, C., Brown, T., Evans, S., Gotlieb, E., Knight, J., Ross, C., Shubiner, H., Wender, E., Wilens, T. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746.
- World Health Organization. (2008). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10th Rev. ed.)*. New York, NY: Author.
- Yang, L., Shang, C., Gau, S. (2011). Psychiatric comorbidities in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder and their siblings. *Can J Psychiatry*, 56(5), 281-292.
- Yang, H., Tai, Y., Yang, L., Gau, S. (2013) Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: Adult ADHD and anxiety/depression as mediators. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10): 3168-3181.



## Apéndice A

## Confiabilidad de la escala de bienestar psicológico

## Bienestar global

Alfa de Cronbach	N de elementos
,931	29

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item1	125,07	546,521	,609	,928
Item2in	124,76	540,221	,611	,928
Item3	124,78	573,896	,210	,933
Item4in	125,10	567,112	,278	,933
Item5in	125,43	533,548	,719	,926
Item6	124,76	552,607	,532	,929
Item7	124,79	546,342	,693	,927
Item8in	124,72	546,554	,593	,928
Item9in	125,16	568,344	,282	,932
Item10	125,28	546,273	,562	,929
Item11	124,83	551,759	,601	,928
Item12	124,24	554,186	,643	,928
Item13in	125,64	577,849	,137	,934
Item14	124,29	563,509	,424	,930
Item15	125,16	532,379	,738	,926
Item16	125,09	533,413	,749	,926
Item17	124,69	550,148	,651	,928
Item18	124,66	555,002	,553	,929
Item19in	124,98	557,245	,440	,930
Item20	125,02	527,351	,752	,926
Item21	123,97	555,788	,616	,928
Item22in	124,88	548,389	,573	,929
Item23in	125,02	573,140	,181	,934
Item24	124,67	532,294	,811	,925
Item25	124,17	558,742	,493	,930
Item26in	125,14	544,472	,514	,930
Item27	124,62	535,924	,764	,926
Item28	124,38	543,257	,739	,927
Item29	123,97	565,227	,498	,930

## Autoaceptación

Alfa de Cronbach	N de elementos
,822	4

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item1	13,62	10,976	,672	,765
Item7	13,34	12,335	,608	,793
Item17	13,24	12,923	,561	,813
Item24	13,22	10,212	,753	,723

## Crecimiento personal

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,797	4

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item21	13,64	13,709	,641	,744
Item26in	14,81	11,525	,477	,839
Item27	14,29	11,053	,735	,680
Item28	14,05	12,506	,666	,722



**Propósito en la vida**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,880	5

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item6	16,95	28,997	,541	,891
Item11	17,02	28,193	,682	,863
Item15	17,34	24,265	,777	,838
Item16	17,28	23,712	,859	,818
Item20	17,21	23,921	,730	,852

**Autonomía****Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,731	6

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item3	20,72	26,800	,265	,747
Item4in	21,05	21,629	,598	,652
Item9in	21,10	21,779	,645	,640
Item13in	21,59	23,931	,443	,700
Item18	20,60	24,910	,470	,694
Item23in	20,97	23,578	,402	,715

### Relaciones positivas con otros

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	5

#### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item2in	19,02	16,579	,629	,755
Item8in	18,98	17,280	,673	,738
Item12	18,50	19,728	,668	,751
Item22in	19,14	18,542	,560	,775
Item25	18,43	20,951	,450	,805

### Dominio ambiental

Alfa de Cronbach	N de elementos
,643	5

#### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item5in	18,52	10,956	,595	,474
Item10	18,36	12,095	,495	,537
Item14	17,38	15,994	,246	,653
Item19in	18,07	14,521	,293	,642
Item29	17,05	15,839	,392	,603

## Apéndice B

### Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### Título del estudio: Bienestar Psicológico en Adultos Jóvenes con Déficit de Atención en Lima

Investigador: Juan José Calderón Fort

En la presente investigación, se le hará una encuesta sobre lo que usted piensa y siente sobre diferentes aspectos de su satisfacción, su forma de ser y de sus experiencias de vida.

Conocer el rol que los elementos de satisfacción y bienestar han jugado en su vida.

Usted ha sido elegido/a para participar en este estudio porque es un adulto/a joven de edades entre 19 y 32 años, que se encuentra cursando o finalizando estudios superiores.

Si usted decide participar, encontrará con dos pequeños cuestionarios. El primero le hará 6 preguntas y el segundo una serie de frases a modo de afirmación, a las que deberá responder de acuerdo a las instrucciones anunciadas en su respectiva hoja. Tomará un tiempo entre 5 a 8 minutos. Su participación es voluntaria y usted puede dejar de participar si en algún momento lo desea. Toda su información será totalmente confidencial y no serán revelados sus datos personales. La información será analizada de manera grupal por lo que no será posible obtener resultados específicamente sobre usted.

Si quisiera más información puede obtenerla contactando a Juan José Calderón Fort, al número de teléfono 997903682 o al correo electrónico: [calderon.juanjose1216@gmail.com](mailto:calderon.juanjose1216@gmail.com) o [mcassar@pucp.edu.pe](mailto:mcassar@pucp.edu.pe) o al correo de la facultad de psicología: [psicologia@pucp.edu.pe](mailto:psicologia@pucp.edu.pe).

Se le agradece de antemano su participación, tiempo y sinceridad, que serán de mucha ayuda para la investigación.

De acuerdo a lo que acaba de leer. ¿Desea participar?

sí \_\_\_\_ no \_\_\_\_

### Apéndice C

#### Protocolo de elegibilidad

- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_
- Ciclo de estudio/carrera: \_\_\_\_\_
  
- Alguna vez algún profesional de la salud le ha dicho que usted tiene trastorno por déficit de atención con hiperactividad
 

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
- Alguna vez algún profesional de la salud le ha dicho que usted tiene: (Puede marcar más De una)
 

	Sí	No
▪ Depresión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Trastorno por Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Trastorno de la Conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Adicción o dependencia a alguna sustancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
- Actualmente, se encuentra recibiendo tratamiento :
 

	No	Si
▪ Psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Farmacológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Apéndice D

## Comparación de medianas en los participantes con TDAH según comorbilidad diagnóstica

Escala	Comorbilidad				u	p
	Si		No			
	Mdn	DE	Mdn	DE		
<b>Ansiedad*</b>						
Autoaceptación	14.00	4.00	17.00	4.94	74.50	.46
Crecimiento personal	15.00	4.51	19.00	4.72	51.00	.06
Propósito en la vida	17.00	5.21	20.50	6.49	64.00	.22
Autonomía	26.00	7.32	26.00	5.48	81.50	.69
Relaciones positivas con otros	20.00	5.00	25.00	5.86	63.50	.21
Dominio ambiental	18.00	4.06	22.50	4.38	58.00	.13
Bienestar global	101.00	19.76	128.50	25.52	54.50	.09
<b>Depresión**</b>						
Autoaceptación	17.00	4.41	14.00	4.89	92.00	.60
Crecimiento personal	19.00	4.20	15.50	5.39	74.00	.19
Propósito en la vida	21.00	5.64	14.50	6.16	64.50	.08
Autonomía	26.00	5.19	24.00	6.06	62.50	.07
Relaciones positivas con otros	26.00	5.31	20.00	5.65	67.00	.10
Dominio ambiental	21.00	4.23	18.50	4.55	76.00	.22
Bienestar global	133.00	23.55	103.00	23.42	63.50	.08
<b>Problemas de aprendizaje***</b>						
Autoaceptación	18.00	2.49	13.50	4.72	32.00	.11
Crecimiento personal	20.00	3.39	16.00	4.97	29.50	.08
Propósito en la vida	24.00	4.21	15.00	6.02	26.50	.05
Autonomía	26.00	9.24	26.00	5.35	51.00	.60
Relaciones positivas con otros	25.00	4.62	24.00	5.86	46.50	.44
Dominio ambiental	20.00	2.17	18.50	4.77	48.00	.49
Bienestar global	133.00	23.03	114.50	23.94	37.50	.19
<b>Trastornos de conducta****</b>						
Autoaceptación	14.50	3.94	17.00	4.84	56.50	.50
Crecimiento personal	14.50	3.43	17.00	5.31	58.50	.57
Propósito en la vida	14.50	4.68	19.00	6.56	62.50	.73
Autonomía	26.00	4.84	25.00	6.37	56.00	.48
Relaciones positivas con otros	23.00	4.02	25.00	6.08	67.50	.94
Dominio ambiental	19.50	4.69	20.00	4.48	68.50	.98
Bienestar global	114.50	17.68	118.00	26.46	65.50	.85

\*n<sub>Si</sub>=9, n<sub>No</sub>=20; \*\*n<sub>Si</sub>=13, n<sub>No</sub>=16; \*\*\*n<sub>Si</sub>=5, n<sub>No</sub>=24; \*\*\*\*n<sub>Si</sub>=6, n<sub>No</sub>=23