

Infradiagnóstico de TDAH en mujeres y sesgo de género: una revisión sistemática

Astrid A. Zamora Sánchez

Universidad Unilider

Licenciatura en Psicología

Dr. Liliana Sánchez Vázquez

Mayo 2023

Planteamiento Del Problema

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes de la niñez. Habitualmente su diagnóstico se realiza en la niñez y a menudo dura hasta la adultez (CDC, 2019). Según la organización Niños y Adultos con Trastorno de Déficit de atención e hiperactividad (CHADD por sus siglas en inglés, aproximadamente 10 millones de adultos tienen TDAH. En el inicio de la adultez, puede ser asociado con depresión, trastornos del estado de ánimo o conducta y abuso de sustancias.

A pesar de que las niñas y mujeres experimentan los mismos síntomas que los hombres y niños, la manera en que dichos síntomas se presenta en su conducta puede parecer diferente a aquella presentada en el género masculino. Esta diferencia en expresión ha sido históricamente uno de los motivos por los que las personas de género femenino no se encuentran propiamente diagnosticadas en la infancia (CHADD, 2023). Según *Healthline* (Holland, 2018) 4.2% de mujeres en Estados Unidos llega a ser diagnosticada en su vida. La mayoría entre los 36 y 38 años. Para los hombres, en cambio, este número sube a 13% y suelen recibir su diagnóstico en la infancia y adolescencia. A nivel mundial o nacional no se encuentra una estadística actualizada al respecto.

Una de las complicaciones del diagnóstico tardío en mujeres, es que estas tienen más probabilidades que el género opuesto a tener ansiedad, depresión, sobrecarga sensorial, o trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Esta superposición de síntomas lleva a muchos médicos a enfocarse solo en los trastornos comórbidos sin darse cuenta que el problema de base es el TDAH. El fenotipo estereotípico de TDAH suelen ser la

hipersensibilidad, la incapacidad de concentración, la tendencia a cambiar de trabajo y la dificultad para asumir responsabilidades, mientras que, en mujeres, debido a la presión social y estereotipos de la conducta femenina, es más común la baja autoestima, la angustia psicológica, los sentimientos de insuficiencia y el estrés crónico. Presentaciones de los síntomas que son interiorizados, por los que es notado por los demás una vez se llega a un nivel de fatiga crónica donde la persona deja de ser funcional.

Debido al punto anterior, es muy común que se produzca un “camino de diagnósticos”, donde antes de llegar al diagnóstico correcto de TDAH, se pasan por varios profesionales que den el diagnóstico incorrecto de trastorno límite de personalidad, bipolaridad, trastorno histriónico de la personalidad, entre otros. Donde, además, los TCA, ansiedad, depresión suelen ser síntomas del TDAH, no trastornos independientes, o en dado caso, son debido a no tener el diagnóstico, tratamiento y entendimiento correcto de la condición.

El sesgo de género aumenta cuando se analizan los factores biológicos del trastorno, cuyos síntomas pueden aumentar debido a desregulaciones hormonales, sensoriales, por lo que, si mezclamos la menstruación, las hormonas y los tan comunes estereotipos femeninos, no es de extrañar que las mujeres sean más propensas a confundir los síntomas del TDAH con el cansancio del día a día (INECAP, 2022). Es común que una mujer encuentre su diagnóstico o comience a indagar al respecto una vez que comienzan el proceso diagnóstico de sus hijos.

Tannerbaum en su estudio “*Why sex and gender matter in implementation research*” (2016) menciona que considerar el sexo y el género debe ser un componente esencial de la

investigación y practica (IRP, por sus siglas en ingles). Ya que no integrar el sexo y genero puede descuidar un factor importante del conocimiento, reduciendo la eficacia de las intervenciones, reforzando inadvertidamente afirmaciones de neutralidad sexual y estereotipos de genero negativos, posiblemente creando o aumentando la desigualdad de género. Solamente investigando el sexo y genero de una manera critica y reflexiva que aborde las desigualdades de genero subyacentes, el campo de IRP alcanzara su máximo potencial para cumplir los requisitos de rigor científico, excelencia y máximo impacto.

Por otro lado, Rich-Edwards et al en su articulo “*Sex and Gender Differences Research Design for Basic, Clinical, and Population Studies: Essentials for Investigators*” (2018), comentan que una perspectiva informada sobre el sexo y genero aumenta el rigor, promueve el descubrimiento y amplia la relevancia de la investigación biomédica. En la era actual de rendición de cuentas para presentar datos para hombres y mujeres, la metodología reflexiva y deliberada puede mejorar el diseño del estudio y la inferencia en la investigación de diferencias de sexo y género. Sin embargo, dada la historia de falta de atención a las diferencias sexuales, la ausencia de evidencia de diferencias sexuales no es necesariamente evidencia de ausencia de las mismas. Se necesita una investigación cuidadosamente concebida y realizada sobre las diferencias de sexo y genero para impulsar el descubrimiento científico y terapéutico para todos los sexos y géneros.

Lo anterior, aunado a la falta de profesionales con entendimiento clínico del TDAH, y escalas diagnosticas con preguntas cuyas respuestas esperadas son aquellas que impliquen el fenotipo masculino, provoca que muchas mujeres caminen sin un diagnóstico correcto, llevando tratamientos que no son eficaces, afectando su funcionalidad y creando más

dificultades en su vida diaria, lo que, a la larga, lleva a un proceso de duelo una vez encontrado el diagnóstico correcto.

De manera que, el presente análisis documental, nos ayudara a tener una mejor comprensión de las fallas en el diagnóstico, el largo tiempo que implica obtener un diagnóstico acertado, las diferentes presentaciones de los síntomas, entre otras cosas, con lo cual, podremos tener una mejor orientación hacia las acciones pertinentes para un diagnóstico oportuno, lo cual lleve a disminuir el impacto que puede tener en la vida de las mujeres.

Justificación

Uno de los factores de la salud es la salud mental, y siendo que el TDAH no tratado impacta de gran manera a la población, es importante abordarlo e investigarlo para modernizar las herramientas diagnósticos y actualizar la información clínica, con el fin de diagnosticar oportunamente a la población, dando así la oportunidad de establecer tratamientos oportunos y disminuir la disfuncionalidad y comorbilidades que pueden presentarse debido al diagnóstico erróneo o falta de diagnóstico en general.

Las repercusiones potenciales sobre el desarrollo y el ajuste sociopersonal y familiar de la persona afectada hacen que sea uno de los trastornos que más se ha investigado en los últimos años (Pintor Cano, 2011) Sin embargo, los estudios se han centrado en el fenotipo masculino, dejando de lado la presentación sintomatológica en el sexo femenino.

Con el presente análisis no solo se pretende indagar más en la presentación temprana de síntomas en el fenotipo femenino, sino también en los diferentes sesgos de género que pueden entorpecer un diagnóstico oportuno o que llevan a un diagnóstico erróneo en la infancia, adolescencia e incluso en la adultez.

Es indudable la necesidad de información y actualización al respecto, no solo en el área clínica sino también en el social, pues aún encontramos a “profesionales en el tema” diciendo que el TDAH “casi no se presenta en mujeres”, llevando a un tratamiento erróneo para tratar los diferentes síntomas considerados diagnósticos individuales, en lugar de un conjunto.

Por ello, con los resultados obtenidos en el presente análisis, se podrán realizar sesiones informativas de actualización para el personal clínico pertinente con el fin de detectar de manera oportuna a las niñas con TDAH, comenzando así un tratamiento adecuado y evitando o disminuyendo las diferentes comorbilidades que se pueden presentar.

Pregunta Rectora

¿Cómo el sesgo de género impide un diagnóstico oportuno de TDAH?

Objetivo General

Demostrar las diferentes presentaciones de síntomas de TDAH que podemos encontrar fuera del fenotipo caucásico masculino.

Objetivos Específicos

1. Determinar que síntomas de TDAH son minimizados por los diferentes sesgos de género en mujeres
2. Demostrar las diferentes presentaciones de síntomas de TDAH que podemos encontrar según el género
3. Identificar la diferente presentación de los criterios diagnósticos y síntomas según el fenotipo humano.
4. Identificar las comorbilidades que se pueden presentar
5. Definir un fenotipo femenino de presentación de los síntomas
6. Identificar como el factor genético y ambiental intervienen en el desarrollo de la sintomatología.
7. Analizar factores sociales que pueden influir en la falta de diagnóstico

Marco Teórico

El presente apartado tiene como función dar sustento a los planteamientos realizados en esta investigación. Comenzando por los respaldos teóricos más generales, hasta llegar a las particularidades.

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se refiere a uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes hoy en día (CDC, 2019), el cual no se limita a la infancia, sino que causa déficits incluso en la edad adulta, siendo además clasificado como un neurotipo.

Al hablar de neurotipo nos referimos a la diferenciación que se hace entre las personas neurotípicas y neurodivergentes, lo cual, según Rosales Argudo (2022) podemos definir como “Una persona neurotípica es aquella que tiene un funcionamiento cerebral acorde con lo que espera la sociedad, mientras que una persona neurodivergente es la que percibe el mundo de una manera que infringe con lo que definimos como normal. La neurodivergencia se refiere a las personas que tienen condiciones como dislexia, dispraxia, déficit atencional con hiperactividad (TDAH) o que pertenecen al espectro autista.”

La guía desarrollada por la Federación Mundial de TDAH (2019) describe que el trastorno actualmente definido como TDAH se ha asociado desde hace mucho con una dificultad crónica para poner atención, así como también con un comportamiento impulsivo e hiperactivo. La investigación más reciente se ha expandido al modelo conductual que reconoce que el TDAH se asocia con alteraciones en el desarrollo del sistema de manejo cognitivo cerebral: las funciones ejecutivas (FE). Aunque los criterios diagnósticos actuales para el TDAH no se refieren explícitamente a las funciones ejecutivas, muchos síntomas incluidos en la presente lista de criterios diagnósticos están relacionados con las FE. Se han propuesto varios modelos y varias escalas para describir la disfunción en las FE en el

TDAH (Barkley, 1997. Brown, 1996. Gioia et al, 2015) La mayoría de estos incluyen deficiencias relacionadas con las siguientes funciones cognitivas, según lo descrito por Brown (2013): memoria, organización, planeación y manejo del tiempo, atención, concentración, control conductual y emocional. Por lo que se menciona que el TDAH es además un trastorno de disfunción ejecutiva, al igual que el autismo. Sin embargo, no toda disfunción ejecutiva equivale a TDAH. Es así, como la manera en que las FE son afectadas nos puede ayudar a definir el diagnóstico. Es importante mencionar también que Un alto puntaje en pruebas de inteligencia no protege contra el TDAH. Muchos individuos con TDAH son brillantes, pero, aun así, les cuesta mucho ejercer las funciones ejecutivas descritas anteriormente, las cuales son esenciales para el éxito en la escuela, en el trabajo y muchas actividades de la vida cotidiana.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2022), en su Manual Diagnostico y estadístico de trastornos mentales, quinta versión (DSM-V) describe al TDAH como un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar que son excesivos para la edad o el nivel del desarrollo.

En la infancia, el TDAH frecuentemente se solapa con trastornos que a menudo se consideran "trastornos exteriorizadores", como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional. Puede comprometer el desarrollo de funciones neurocognitivas y de la estructuración psicoemocional, lo que a su

vez impacta el desarrollo del aprendizaje y los procesos adaptativos del individuo a su medioambiente causando un deterioro en el funcionamiento general de la persona que lo padece (Larraguibel, 2012).

Debido a la falta de biomarcadores válidos para cualquier trastorno mental o de neurodesarrollo, es imposible medir la prevalencia actual y real de condiciones como el TDAH, siendo solo encontradas las prevalencias de diagnóstico, las cuales se han visto en aumento en las últimas décadas (Hinshaw et al, 2021)

Sánchez y Torres (2018) mencionan que el TDAH es uno de los diagnósticos más controversiales a lo largo de la vida, ya que implica múltiples factores relacionados, siendo apenas en el DSM-5 que fueron incluidos criterios diagnósticos que abarcan la adultez. La prevalencia varía según muchos factores, calculándose alrededor de un 5-10% de la población a nivel mundial, siendo posible encontrar muestras clínicas que señalan que en cuestión de género la relación es de 9:1, siendo mayor en niños, mientras que en muestras poblacionales esta cifra se reduce a 3:1. Se cree además, que esta cifra no se acerca siquiera a las cantidad real de personas con TDAH, ya que muchas personas cuya funcionalidad no se ve tan afectada gracias a su contexto, pasan desapercibidas sin diagnóstico, hasta que algún factor externo o interno desencadena dicha disfuncionalidad de la que tanto se habla en los criterios diagnósticos, llevando finalmente al antes mencionado camino de diagnósticos, donde podemos encontrar en primer instancia a la depresión y ansiedad, siendo seguidos por trastornos de personalidad.

Como menciona Pi Davanzo (2007), a pesar de que su diagnóstico es clínico, existen cuestionarios, escalas específicas, pruebas de inteligencia y baterías de evaluaciones

neuropsicológicas que pueden orientar al clínico en el diagnóstico, pero este sigue siendo una decisión de un profesional capacitado.

Ramos-Quiroga et al (2012) menciona que hasta hace poco más de una década se consideraba que este trastorno no tenía manifestaciones clínicas más allá de la adolescencia, etapa tras la cual se desarrollaba a manera de trastornos de personalidad, sin embargo, estudios más recientes demuestran la persistencia de TDAH en adultez (Hechtman et al., 2016; Eme, 2017). Es considerado entonces, que no se encuentra una desaparición del trastorno en la edad adulta, sino más bien el desarrollo de conductas compensadoras que pueden ayudar a disminuir el déficit que los síntomas pudiesen causar, sin embargo, este no es siempre el caso, ya que, como Piñero y Quintero (2011) señalan, un 50-70% de los adultos diagnosticados en la infancia continúan presentando síntomas en la adultez.

Las investigaciones previas muestran información contradictoria, encontrándose que el fenotipo es el mismo sin importar el género, o incluso que las mujeres presentan los síntomas de mayor manera. Es realmente escasa, por no decir no existente, la investigación específicamente sobre mujeres y TDAH, siendo una de las más actuales y validadas la de Hinshaw et al. (2021), la cual proporciona una revisión de la literatura sobre problemáticas específicas, mecanismos de defensas y diferencias de desarrollo del género femenino en relación al trastorno.

Es gracias al estudio anteriormente mencionado, que ahora es comprobable que las mujeres con TDAH tienen más probabilidad de presentar síntomas de inatención fácilmente desapercibidos por padres y maestros, frecuentemente estigmatizadas, donde las

expectativas sociales a su género crean una gran barrera de desarrollo. Además, se teorizó que la exteriorización de los síntomas tiene un desarrollo temprano en niños y tardío en niñas, habiendo entonces una internalización de los síntomas en las niñas, por lo que la depresión y ansiedad son prominentes, frecuentemente enmascarando así la presencia del TDAH en estas niñas y mujeres.

Se considera que algunas de las razones por la baja representación de mujeres con TDAH en las investigaciones realizadas hasta la actualidad es principalmente por la insistencia de los profesionales de que la condición es extremadamente rara en niñas, siendo aún más rara en mujeres ya que hasta hace poco era una condición negada en la adultez; además de la predominancia de síntomas de inatención, los cuales son visiblemente menos problemáticas (a nivel exterior); los bajos niveles de conductas disruptivas co-ocurrentes en niñas, o la presentación tardía de las mismas; y la mayor cantidad de conductas compensatorias en mujeres. De igual manera, influye el factor genético, ya que variados estudios muestran que la heredabilidad del TDAH es alta, estimándose en un 75%, lo que apoya la evidencia del rol de los factores genéticos en el trastorno (Larraguibel, 2012). Lo cual podría implicar una normalización de los síntomas y con ello una baja búsqueda de apoyo o diagnóstico, puesto que se consideran conductas “normales” dentro del círculo cercano de quienes tienen esta condición.

Se podrían mencionar además las problemáticas sistemáticas en la comunidad de investigadores donde los sujetos tomados para investigaciones son principalmente hombres/niños caucásicos, donde se deja de lado a las minorías tanto de género como raciales. Es por ello que podemos encontrar una sobreposición en el fenotipo femenino

anteriormente y el fenotipo presentado por diversas minorías, sin embargo, será necesario desarrollar mas investigaciones para poder ahondar en el fenómeno.

Valdizan Uson et. Al (2007) de igual manera menciona que la diferencia entre los sexos no está en síntomas, sino que se encuentra en la variada expresión de síntomas en la cotidianidad de hombres y mujeres, concluyendo que los cerebros de mujeres y hombres son bastante similares, pero la expresión de las funciones cerebrales es distinta en dependencia de ambientes y niveles.

Es por esto que se hará un hincapié en la diferente presentación de los síntomas, así como el desarrollo de los mismos y de conductas compensatorias en el género femenino, para de esa manera ampliar el entendimiento que se tiene sobre el TDAH, pretendiendo mejorar entonces el proceso diagnóstico del mismo para a si prevenir disfuncionalidad por diagnostico tardío.

Lo anterior sirve como antecedente y sustento para respaldar la presente investigación.

Participantes

La población de este estudio son todos los estudios encontrados donde se mencionen diferencias de genero en el diagnostico de TDAH, realizados de 2000 a la fecha, es complicado calcular la cantidad exacta de estos, ya que al hacer una búsqueda en Google *Scholar* muchas de las opciones no son relevantes para nuestra búsqueda.

Así mismo, la muestra se trata de 25 archivos, siendo estos: artículos de divulgación científica, tesis, y demás publicaciones científicas internacionales tanto en inglés como en español, con las palabras clave TDAH, diferencias de género, sesgo de género, diagnostico tardío.

Enfoque De Investigación

Al tratarse de una investigación documental, se tendrá un enfoque cualitativo donde se pretende recopilar y seleccionar la información necesaria para responder la pregunta rectora y resolver los objetivos de la investigación. A su vez, se tratará de una investigación exploratoria, con el fin de demostrar los objetivos planteados y encontrar soluciones y alternativas a la problemática del infra diagnóstico de TDAH en mujeres.

Se decidió realizar este tipo de investigación por la falta de recursos materiales y humanos para realizar una investigación experimental más amplia o análisis de caso, debido al mismo infra diagnóstico, no se encontraron suficientes sujetos de estudios para resolver las preguntas de investigación.

Técnica De Investigación

Al tratarse de una investigación documental, se usarán como técnicas de investigación la identificación, recogida y análisis de documentos. Se elaborará un análisis comparativo de la información encontrada en las investigaciones seleccionadas, en las cuales se buscará información que avale los objetivos mencionados anteriormente, a la vez que se buscará responder la pregunta rectora propuesta. Para esto se usaran fichas de resumen y bibliográficas.

Instrumento De Recolección De Datos.

Como herramienta de recolección de datos se usarán fichas de citas textuales electrónicas para organizar la información encontrada, tras lo cual se revisará dicha información para buscar responder los objetivos propuestos. Se espera que cada investigación responda a mas de uno de los objetivos. En cada ficha se anotará la información encontrada pertinente, así como la cita APA correspondiente y la liga de acceso al documento electrónico citado.

Análisis E Interpretación De Resultados

Al analizar los diferentes documentos seleccionados, se encontró información repetitiva y relevante sobre los hallazgos que diferentes investigadores han tenido en las ultimas décadas, si bien respecto a la diferencia de la presentación de síntomas se encontró un poco de información contradictoria, es más la información que apoya la existencia de estas diferencias de género. En cuanto a la etiología de las mismas, no queda claro si es a nivel neurobiológico o debido a las expectativas que la sociedad pone en las mujeres y hombres, sin embargo, se cree que ambos factores intervienen en ello. A continuación se desarrolla la información encontrada según los objetivos de la presente revisión sistemática.

Referente A La Dificultad De Llegar Al Diagnóstico Adecuado Debido A Sesgo De Género En El Campo De La Investigación

Es claro que la representación femenina ha sido pasada por alto en gran medida, tanto en el sector clínico como en los entornos de investigación (Young et al., 2020)

El TDAH en nuestra sociedad se ha considerado un trastorno de niños, con énfasis en sus características hiperactivas/impulsivas. Esto ha provocado que muchas de las características de falta de atención que comúnmente se asocian con las niñas se enmascaren, internalicen o pasen por alto, lo cual difiere de sus contrapartes masculinas ya que los síntomas masculinos tienden a manifestarse de una manera externalizada más disruptiva, lo cual resulta en un diagnóstico más rápido y temprano. Gracias a esta disparidad en el reconocimiento de síntomas y deficiencias, las mujeres con TDAH son más propensas a desarrollar angustia emocional como “síntomas similares a la depresión y ansiedad, y, por lo tanto, a menudo siendo mal diagnosticadas en la infancia” (Stibbe, 2020)

Apoyando el punto anterior, según Quinn (2005) el TDAH es frecuentemente un "trastorno oculto" para niñas y mujeres, ignorado o diagnosticado erróneamente, lo cual causa que sufran en silencio. Esta falta de reconocimiento puede explicarse, en parte, porque los síntomas son menos evidentes en mujeres, además de los trastornos comórbidos. Por lo que los profesionales deben descifrar los síntomas de TDAH de aquellos síntomas causados por posibles comorbilidades.

Quinn (2005) también menciona que una mujer con TDAH puede gastar una gran cantidad de tiempo y esfuerzo para mantener una semblanza de normalidad, puede parecer funcional por muchos años, pero a un gran costo. Frecuentemente se encuentra una

diferencia en el curso de la sintomatología en mujeres, donde no es sino hasta el comienzo de la pubertad y las demandas de la escuela secundaria que las niñas con TDAH del tipo inatento muestran disfuncionalidad, lo que las lleva a ser diagnosticadas con ansiedad, depresión o algún trastorno de ansiedad, frecuentemente histriónico, por la desregulación emocional, o limite, por la impulsividad que puede tener. Es por ello, que es importante que los profesionales deben ser conscientes de que el tipo inatento es difícil de identificar en las niñas, e incluso aquellas que presenten síntomas del tipo combinado pueden no manifestar síntomas exteriorizados de manera temprana, sobre todo cuando hay influencias protectoras y suficientes medios de apoyo.

La literatura sugiere que los niños muestran más conductas externalizantes, sin embargo, no es claro hasta en qué medida estas diferencias están basadas en conductas observables o sesgos y expectativas específicas de género, es concebible que ambos factores desempeñen un papel importante en el diagnostico diferencial por sexo (Abikoff et al, 2002)

En el artículo de Hinshaw et al (2021) se menciona que las listas de síntomas de TDAH están sesgadas a las conductas masculinas, como hiperactividad física, o toma de riesgos excesiva, opuesto a las manifestaciones más relacionadas con el género femenino, como verbalización excesiva o indicadores más sutiles de impulsividad. A su vez, las mujeres son menos probable que los hombres de mostrar conductas disruptivas o al menos tienen un inicio tardío de los mismos, lo cual dificulta la detección temprana. Sobre este inicio tardío, se menciona que etapas de cambio en la vida de la mujer (cambio de primaria a secundaria, preparatoria a universidad, maternidad, etc) pueden desencadenar una

presentación más obvia de síntomas y disfuncionalidad, debido a las mayores expectativas, aumento de estrés y cambio de conductas compensadoras que se pueden presentar.

Muchas niñas con TDAH, particularmente esas con predominante inatención, llegan a compensar con intenso esfuerzo y mecanismos de afrontamiento, enmascarando deficiencias clave y disminuyendo la posibilidad de reconocimiento y diagnóstico.

Otro factor que complica el diagnóstico temprano, se encuentra en que el diagnóstico en niños se realiza mediante reportes de padres y maestros, mientras que los adultos son típicamente basados en auto-reportes, donde es más probable que las mujeres revelen dificultades, debido a la internalización de los síntomas que dificulta que estos sean visibles para los observadores. (Hinshaw et al, 2021)

Se encuentra además que la gran mayoría de médicos y profesionales de la salud mental (como psicólogos y psiquiatras) no están entrenados en evaluaciones basadas en evidencias, o actualizados en la información encontrada en las últimas décadas sobre el amplio espectro de presentación de síntomas que se puede encontrar. Todo esto, y la falta de un proceso estandarizado (escalas, historia de desarrollo, examinación médica, entre otras pruebas) llevan a un sobrediagnóstico e infradiagnóstico, siendo el primero más común en el sexo masculino y el segundo el caso para aquellas de sexo femenino.

Motivos claves, mencionados en el artículo de Hinshaw y colegas (2021), para la gran infrarrepresentación de mujeres con TDAH en las investigaciones incluyen las siguientes: (a) insistencia científica y profesional a largo plazo de que la condición es extremadamente rara en niñas (mas incluso en mujeres, ya que se asumía que el TDAH se limitaba a la niñez); (b) predominio de la presentación de inatención, aunado a un menor

deterioro visible, en mujeres; (c) tasas menores de conductas disruptivas en niñas, o de aparición tardía (Uchida et al., 2018), lo que suprime la visibilidad de los síntomas femeninos; (d) el sesgo medico de que los síntomas de TDAH son indicativos del diagnóstico en niños pero no en niñas, a quienes se les diagnostican trastornos del estado de ánimo, conducta o personalidad; (e) el hallazgo de que las calificaciones de padres y maestros subestiman los patrones e internalización de TDAH femeninos, a diferencia de los masculinos, incluso cuando los comportamientos observados objetivamente coinciden entre los sexos (Meyer, Stevenson, & Sonuga-Barke, 2020); y (f) tasas mas altas de conductas compensatorias e interiorizadas en las mujeres (Mowlem, Agnew-Blais, Agnew-Blais, Taylor, & Asherson, 2019).

Chronis-Tuscano et al (2010) recalca que muchas escalas de evaluación están cargadas de elementos que enfatizan las formas masculinas de TDAH, pero no se enfocan lo suficiente en las posibles conductas relevantes para las mujeres (por ejemplo, hiper-verbal), además de que los maestros pueden no reportar lo suficiente los síntomas en niñas, sobre todo en el tipo inatento. Es esencial una evaluación exhaustiva basada en evidencias, incluida la evaluación de problemas conductuales, emocionales y aprendizaje, para detectar el TDAH en mujeres y realizar un buen diagnóstico diferencial con otros trastornos. Es probable que los auto-reportes sean mas precisos para diagnosticar mujeres, sobre todo en la adolescencia y adultez.

Respecto a lo anterior, Giron (2021) menciona que la literatura sugiere que los niños tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico de TDAH debido al sesgo de género en las herramientas de evaluación que se utilizan actualmente, lo que pone a las niñas en riesgo de no recibir la ayuda que necesitan. Esto debido a que las herramientas diagnosticas

actuales, no atienden a los matices de las diferencias de género, edad o comorbilidades (Popovic, 2011)

Muchas niñas con TDAH pueden ser difíciles de identificar debido a la tendencia de presentar exclusivamente inatención, falta relativa de conductas externalizadas, presencia comórbida de depresión y/o ansiedad y el uso de estrategias compensatorias, así como apoyo familiar, que pueden enmascarar los síntomas centrales. Siendo enfatizado, además, que ambientes altamente estructurados pueden ayudar en el enmascaramiento de TDAH. (Chronis-Tuscano, 2010; Giron, 2021)

Nadeau et al (1999) señalaron que los criterios del TDAH se basaban en los niños según su hiperactividad, mientras que las niñas muestran docilidad, timidez, introversión y una marcada tendencia a ocultar o disimular sus padecimientos; pueden ser niñas dulces, tranquilas, poco participativas en clase, de buena conducta y, a menudo, sus profesores dicen de ellas que, si se esforzaran un poco más, serían capaces de mejorar su rendimiento escolar.

Es importante mencionar además que, aun cuando la literatura ha identificado las diferencias en la presentación de síntomas según el género y como esto puede afectar el diagnóstico y bienestar personal, muchas de estas investigaciones se han llevado a cabo en niños (Giron, 2021)

Los hallazgos de la literatura plantean la necesidad de desarrollar una herramienta de evaluación más sensible, que reconozca adecuadamente los síntomas más sutiles e interiorizados del TDAH tipo inatento, para prevenir el continuo infradiagnostico en las mujeres.

Diferencias En Cuanto A Síntomas De TDAH Según El Género

Es observado, además, que es más probable que la hiperactividad en mujeres se manifieste como hiper-verbalidad (verborrea) o reactividad/desregulación emocional, en lugar de exceso de actividad motora (Quinn, 2005)

Por otro lado, en el estudio "Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. " de Abikoff et al (2002) mencionaron las siguientes observaciones: las niñas con TDAH mostraron tasas más altas de agresión verbal hacia los demás; los niños se involucraron en más conductas de externalización y transgresión de reglas que las niñas. También encontraron que las niñas con TDAH mostraron conductas equivalentes a las niñas sin TDAH en cuanto a tiempo fuera de su asiento, agresión física y verbal, siendo encontradas tasas muy bajas de estas conductas en ambos grupos. Entre los resultados mencionan que el patrón de comportamiento observado sugiere que las diferencias de género reales en los comportamientos de externalización y de transgresión de reglas juegan un papel en el diagnóstico diferencial por género, consistente con la identificación tardía de las mujeres, comparado con los hombres, siendo incluso algunas veces ignorado por completo.

Las niñas son más propensas que los niños a mostrar la inatención como dominio de síntomas predominante, siendo a su vez más probable que los síntomas de inatención persistan a través de la edad adulta (Biederman et al., 2002; Dopfner et al, 2015; Larsson, et al, 2011)

Indicadores objetivos revelan que los niños muestran más hiperactividad que las niñas, pero valores estadísticos equivalentes de inatención. En cuanto a las funciones

ejecutivas, las niñas con TDAH tienen, en promedio, mayor flexibilidad cognitiva, y mejor respuesta de inhibición motora que los niños, sin embargo, ambos sexos son similares en cuanto a control de interferencia y memoria de trabajo (Loyer Carbonneau et al., 2020)

En cuanto a la presentación de los síntomas, Hinshaw y colegas (2021) menciona que existen diferencias sutiles, pero importantes, por ejemplo, mayor hiperactividad verbal en mujeres, versus hiperactividad física en hombres. Lo cual concuerda con lo mencionado anteriormente de acuerdo a Quinn (2015). Se podría decir entonces que las niñas pueden tener mayor probabilidad de tener síntomas de inatención en contraste con los niños, en quienes predominan la hiperactividad, la impulsividad y los comportamientos disruptivos (Valdizan et al, 2007)

En la investigación de Pi Davanzo (2017) no se encontraron diferencias según el sexo en la prevalencia del TDAH, aunque la presencia de ansiedad como trastorno comórbido en la adolescencia, fue más alta en las mujeres que en los hombres.

Biederman et al (2004) demostraron que hombres y mujeres adultos no mostraron diferencias en la expresión fenotípica de TDAH. La única diferencia encontrada fue en auto-reporte de inatención, donde las mujeres reportaron mayores niveles de síntomas que los hombres.

De igual manera, Stibbe et al. (2020) realizó un estudio donde encontró que en las escalas de auto-reporte se sugiere que no hay una diferencia significativa en la percepción de la severidad de los síntomas entre hombres y mujeres, similar a lo mencionado anteriormente, sin embargo, los resultados obtenidos utilizando la prueba Wender Utah Ratin Scale (WURS-k), que mide síntomas en la infancia, encontró que los hombres

puntuaban significativamente más que las mujeres. Estos hallazgos apoyan la creencia general que los niños con TDAH pueden experimentar síntomas más amplios por la naturaleza externalizadora de sus síntomas, mientras que las mujeres son más propensas a internalizarlos o pasarlos por alto como algo no relacionado a TDAH.

En cuanto a las dificultades escolares, el estudio de Biederman et al (2002) encontró que las niñas con TDAH tenían menos problemas escolares y participaban en más actividades extracurriculares que sus contrapartes masculinas.

En la investigación de Stibbe et al (2020) observo que hay una diferencia significativa en la memoria de trabajo y control de impulsos, con las mujeres obteniendo tiempos de reacción más lentos, más errores y menos estabilidad de reacción comparada con los hombres. Menciona también que los síntomas impulsivos e hiperactivos suelen disminuir con el tiempo, mientras que los de inatención persisten.

Referente A Comorbilidades.

Es claro que, si uno vive una vida llena de retroalimentación negativa, tanto interna como externa, esta negatividad es frecuentemente expresada como ansiedad, depresión y baja autoestima en la adolescencia y adultez. Individuos con TDAH frecuentemente sufren de esta baja autoestima (Popovic, 2011)

Cuando el TDAH se deja sin tratamiento o reconocimiento hacia la adultez, esto pone a los individuos en riesgo de problemas conductuales, emocionales, sociales, académicos y vocacionales, los cuales tienden a aumentar en número, alcance y severidad con el aumento de edad, esto pone a muchas mujeres sin diagnostico en posiciones

vulnerables donde pueden desarrollar condiciones como: trastorno depresivo mayor, ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno bipolar, y frecuentemente terminan buscando ayuda para las condiciones comórbidas en lugar del TDAH (Ginsberb, 2014).

Junto a las diferentes presentaciones de los síntomas, también se han observado diferentes patrones de comorbilidades. Los hombres son mas propensos a experimentar trastornos “externalizantes”, por ejemplo abuso de sustancias o alcohol, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos de la conducta, mientras que los trastornos “interiorizantes” como los trastornos de ansiedad, depresión, síntomas somáticos y bulimia, son mas comunes en mujeres (Valdizan et al, 2007; Stibbe et al, 2020; Hinshaw et al, 2021).

Estas comorbilidades llevan frecuentemente a diagnósticos erróneos en pacientes adultos con TDAH, especialmente en mujeres (Stibbe et al, 2020), ya que los profesionales atienden los síntomas visibles, sin llegar realmente a la raíz del problema, que es el TDAH, Por lo cual requiere un cuidadoso diagnostico diferencial y/o adicional, especialmente dado el alto riesgo de conductas autolesivas en mujeres con TDAH (Hinshaw, 2021)

Chronis-Tuscano et al (2010) encontraron que, entre preescolares con TDAH reevaluados en adolescencia, la tasa de depresión e intentos suicidas fueron mayores en comparación con sus pares. Además, estas tasas fueron significativamente mayores en mujeres comparado con la muestra de varones. En investigaciones más recientes, las mujeres con TDAH han tenido tasas particularmente altas de auto-lesion no suicida (NSSI por sus siglas en ingles Nonsuicidal self-injury), ideación suicida y conductas suicidas, tanto comparado con sus pares sin TDAH o sus pares masculinos con TDAH (Balazs, Gy

ori, Horvath, Mesz aros, & Szentiv anyi, 2018; Babinski, Neely, Ba, & Liu, 2020; Fitzgerald, Dalsgaard, Nordentoft, & Erlangsen, 2019)

Los estudios también revelan que las mujeres, al internalizar sus síntomas más frecuentemente, por lo que desarrollan comorbilidades que afectan severamente su calidad de vida, lo cual persiste en la adultez (Giron, 2021)

Cuando las niñas se convierten en adolescentes, pueden presentarse nuevos cuadros clínicos, como el síndrome grave premenstrual, causados por las fluctuaciones hormonales. Estas desregulaciones dan lugar a importantes oscilaciones del humor, a la irritabilidad y a la hiperreacción emocional. Las fluctuaciones hormonales que comienzan en la pubertad continúan desempeñando una fuerte función en las vidas de las mujeres con TDAH y, aunque el número de mujeres mayores identificadas con este trastorno es pequeño, se puede asumir que los cambios hormonales asociados a la menopausia exacerban de nuevo la reactividad emocional (Nadeau, 1999)

Especialmente cuando no se diagnostica, el TDAH puede causar bastantes conductas disruptivas y antisociales a lo largo de la vida de los pacientes. Un mejor entendimiento del TDAH y la facilitación de un diagnóstico certero y a tiempo, puede mejorar el manejo general del trastorno y reducir su impacto negativo.

Fenotipo Femenino De Presentación De Los Síntomas

En el libro “Understanding girls with attention deficit hyperactivity disorder” de Nadeu et al (1999) describe tres subtipos en niñas, a los cuales se puede añadir un cuarto grupo menos frecuente:

– Modelo tímida: niñas del grupo inatento. La mayoría de estas muchachas con TDAH son más desatentas y tímidas que hiperactivas e impulsivas; tienden a reaccionar aislándose del mundo. Su inatención en clase puede pasar desapercibida al no querer llamar la atención. Parece que escuchan y su pensamiento se encuentra en otro lugar. Terminan sus trabajos en casa si alguien se pone con ellas. Pueden sentarse detrás prefiriendo mirar o jugar solas. Evidentemente, no crean problemas y son más brillantes de lo que parecen.

– Modelo hipersociable: combinación de hiperactiva e inatenta. Hablarán velozmente sobre cualquier cosa. Se las puede ver simplemente como altamente sociables, pero su comportamiento les causará algunos problemas con los demás. Pueden saltar de asunto en asunto e interrumpir con frecuencia para ser el centro de atención. Su charla constante abruma rápidamente al oyente. Consecuentemente, puede tener dificultades para retener amigos debido a su inhabilidad para escuchar. En la escuela, distraerá a los demás y tendrá dificultades para centrarse en las lecciones.

– Modelo hiperactivo: es el más fácil de diagnosticar al semejarse al tradicional de un niño con TDAH. Exhiben, por ejemplo, hiperactividad, impulsividad y comportamientos de riesgo y peligrosos. Incluso precozmente.

– Niña cambiante: combinación de inatenta e impulsiva; es el menos común, pero, a menudo, la frustración y cierta inflexibilidad son sus características. A menudo se etiqueta a estas muchachas de disfóricas. Nunca están contentas. Una niña disfórica puede ser inflexible la mayor parte del tiempo y tener rabietas frecuentes; de adulta puede aparecer como trastornada.

No se encuentran artículos más recientes donde se mencione esta categorización, sin embargo, es congruente con lo mencionado anteriormente y las investigaciones mas recientes sobre las diferentes presentaciones de síntomas que podemos encontrar.

Factor Genético Y Ambiental Intervienen En El Desarrollo De La Sintomatología.

La investigación genética ha revelado que el TDAH es fuertemente hereditario (Faraone & Larsson, 2019; Thapar, 2018), sin embargo, esta alta heredabilidad no implica que la presentación de los síntomas y/o la funcionalidad no se vean afectados por el ambiente de desarrollo (Lahey, 2021). De hecho, la privación ambiental extrema puede generar falta de atención e hiperactividad, generalmente vinculado a un apego aberrante. En casos mas típicos, las interacciones negativas entre padres e hijos a menudo mantienen y exacerban las tendencias hereditarias hacia la impulsividad y la desregulación (Beauchaine & McNulty, 2013).

Hay un creciente número de investigaciones que sugieren que hombres y mujeres adultos con TDAH tienen diferentes marcadores neuropsicológicos, los cuales sugieren la posibilidad de etiologías específicas al sexo y consecuentemente manifestaciones conductuales (Fadale et al, 2012)

Conclusiones

El sesgo de genero en los criterios diagnostico no solo son encontrados cuando se habla de TDAH, y así como en este caso las mujeres somos minoría, en otros trastornos hace falta mas visibilidad del genero masculino.

En la presente investigación fue posible encontrar evidencia de la diferente presentación de los síntomas de TDAH entre mujeres y hombres, así como la evolución de los síntomas. Encontramos que las mujeres suelen presentar síntomas mas interiorizados, como hiperactividad mental, hiperverbalidad, impulsividad mental (comúnmente en cuanto a decisiones) e inatención, lo cual en el transcurso de sus vidas muy comúnmente lleva a que se presente sintomatología ansiosa, depresiva o de trastornos de personalidad, sin ser necesariamente candidata para recibir dichos diagnósticos, ya que la sintomatología se presenta debido al TDAH. Una vez tratando el trastorno de Eje 1, los síntomas del estado de animo o de personalidad deberían remitir. Sin embargo, si es posible que se encuentren mujeres que cumplan con los criterios de diagnostico de ambos trastornos o incluso de los tres ejes debido al aislamiento que pueden sufrir por la falta de comprensión de sus síntomas.

Por otro lado, el fenotipo masculino ese ese del estereotipo de TDAH, donde encontramos a un niño hiperactivo, inquieto, con problemas de atención y conductas externalizantes como la agresividad e impulsividad, llevándolos muchas veces a problemas con sus pares o la ley con forme estas conductas van escalando. Es por ello que un diagnostico temprano es de vital importancia tanto para hombres como mujeres, con el fin de que se trabaje en desarrollar conductas compensadoras sanas, regulación emocional,

disminuir las dificultades escolares, y, sobre todo, prevenir posibles comorbilidades en la adolescencia y adultez.

Es importante recalcar que el diagnostico de TDAH se da meramente por cuadro clínico, sin embargo, es posible apoyarse con herramientas diagnóstico, como entrevistas a padres y maestros, evaluaciones de funciones ejecutivas, auto-reportes, incluso realidad virtual, sin embargo, siempre es el criterio del profesional lo más importante para dar un diagnóstico certero.

Por ello, es claro también que se necesitan crear herramientas de apoyo de diagnostico que tomen en cuenta estas diferencias, teniendo cuidado de incluir las presentaciones de síntomas sutiles y muchas veces imperceptibles en el exterior que pueden presentar las mujeres. Pero, sobre todo, es necesario promover más información y educación al respecto no solo a los profesionales del área medica que se encargan de diagnosticar, sino también a los educadores y maestros que muchas veces son el primer filtro y quienes canalizan en búsqueda de la atención.

Así mismo, es esencial que los criterios diagnósticos encontrados en los diferentes manuales médicos, sean ampliados para tomar en cuenta estas sutilezas y diferencias, previniendo de esta manera los efectos negativos que conlleva la falta del diagnostico o un diagnostico (y por lo tanto tratamiento) erróneo.

Es importante recordar tambien que hace falta investigación mas amplia donde no solo haya un numero equitativo de mujeres y hombres, sino que también es esencial incluir a las diferentes identidades de genero y grupos raciales para obtener una imagen mas completa sobre la sintomatología de este y otros trastornos.

Referencias

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (Dsm-5-Tr(tm)) (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing.

Balint S, Czobor P, Komlósi S, Mezősáros A, Simon V et al. (2009) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Gender- and age-related differences in neurocognition. *Psychological medicine* 39 (8): 1337–1345.
<https://doi.org/10.1017/S0033291708004236> PMID: 18713489

Babinski, D.E., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Gnagy, E.M., Waschbusch, D.A., Yu, J., ... & Karch, K.M. (2010). Late adolescent and young adult outcomes of girls diagnosed with ADHD in childhood: An exploratory investigation. *Journal of Attention Disorders*, 15, 204–214.

Balazs, J., Gyori, D., Horvath, L.O., Meszáros, G., & Szentivanyi, D. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry*, 18, 34.

Barkley RA, Brown TE (2008) Unrecognized Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults Presenting with Other Psychiatric Disorders. *CNS Spectrums* 13 (11): 977–984. Available: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/81DB99B6CD7870AE879CD03D4C1067C3/S1092852900014036a.pdf/div-class-title-unrecognized-attention-deficit-hyperactivitydisorder-in-adults-presenting->

[with-other-psychiatric-disorders-div.pdf](#) <https://doi.org/10.1017/s1092852900014036>

PMID: 19037178

Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press, 1997. p. 335.

Beauchaine, T.P., & McNulty, T. (2013). Comorbidities and continuities as ontogenic processes: toward a developmental spectrum model of externalizing psychopathology. *Development and Psychopathology*, 25(4pt2), 1505–1528.

Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, N., & Cadogan, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, 55, 692-700.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... & Johnson, M.A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36–42.

Brown TE. Brown attention-deficit disorder scales: for adolescents and adults. San Antonio: The Psychological Corp., 1996.

Cardo Jalón, E. Dificultades en el diagnóstico del TDAH en niñas. Blog FEEADAH: Conocimiento compartido. www.feaadah.org

CHADD. (2023, March 3). Symptoms of ADHD in Women and Girls. <https://chadd.org/for-adults/symptoms-of-adhd-in-women-and-girls/>

Chronis-Tuscano, A. (2022). ADHD in girls and women: a call to action – reflections on Hinshaw et al. (2021). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 497–499. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13574>

Chronis-Tuscano, A., Molina, B.S., Pelham, W.E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., & Lahey, B.B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1044–1051.

Connors, C. (2021). *Psychology: Yet Another System Built for Men*. Best Text Collection, 2(1), 8.

Corbisiero, S., Hartmann-Schorro, R. M., Riecher-Rössler, A., & Stieglitz, R. D. (2017). Screening for adult attention-deficit/hyperactivity disorder in a psychiatric outpatient population with specific focus on sex differences. *Frontiers in psychiatry*, 8, 115.

Cortese S, Faraone SV, Bernardi S, Wang S, Blanco C (2016) Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of clinical psychiatry* 77 (4): e421–8. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09630> PMID: 27137426

Ditrich, I., Philipsen, A., & Matthies, S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited—a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 1-12.

Dopfner, M., Hautmann, C., G € ortz-Dorten, A., Klasen, F., Ravens-Sieberer, U., & BELLA Study Group (2015). Longterm course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 665–673.

El TDA/H y las Mujeres. National Resource Center on AD/HD Children and Adults with AD/HD www.help4adhd.org

Eme, R. (2017). A review of the most recent longitudinal studies of ADHD. *Journal of Memory Disorders and Rehabilitation*, 2(1), 1004.

Faraone, S. V., & Biederman, J. (2016). Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood?. *JAMA psychiatry*, 73(7), 655-656.

Faraone, S.V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24, 562– 575

Fedele, D. A., Lefler, E. K., Hartung, C. M., & Canu, W. H. (2012). Sex differences in the manifestation of ADHD in emerging adults. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 109-117.

Fitzgerald, C., Dalsgaard, S., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2019). Suicidal behaviour among persons with attentiondeficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 215, 615–620.

Franx W, Zwiers MP, Mennes M, Oosterlaan J, Heslenfeld D et al. (2015) White matter microstructure and developmental improvement of hyperactive/impulsive symptoms

in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 56 (12): 1289–1297. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12379> PMID: 25581343

Fuermaier ABM, Fricke JA, Vries SM de, Tucha L, Tucha O (2019) Neuropsychological assessment of adults with ADHD: A Delphi consensus study. *Applied neuropsychology. Adult* 26 (4): 340–354.

Fuller-Thomson, E., Lewis, D. A., and Agbeyaka, S. K. (2016) Attention-deficit/hyperactivity disorder casts a long shadow: findings from a population-based study of adult women with self-reported ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 42: 918–927. doi: 10.1111/cch.12380.

Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., & Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3), <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01600>

Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. BRIEF-2: behavior rating inventory of executive function. 2nd ed. Lutz: Psychological Assessment Resources, 2015.

Giron, A. P. (2021). Gender Differences in the Presentation of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Exploring Factors Influencing the Underdiagnosis of ADHD and its Effects on Women.

Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M.H., Stehli, A., Owens, E.B., Mitchell, J.T., Arnold, L.E., Molina, B.S., Hinshaw, S.P., Jensen, P.S., Abikoff, H.B., Pérez, Algorta. G., Howard, AL., Hoza, B., Etcovitch, J., Houssais, S., Lakes, K.D., Nichols, J.Q., & MTA

Cooperative Group. (2016). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55(11), 945-952.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.07.774>

Henry, E., & Hill Jones, S. (2011). Experiences of older adult women diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of women & aging, 23(3), 246-262.

Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2021). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 63(4), 484–496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>

Hinshaw, S.P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 70, 1086– 1098.

Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Zalecki, C., Huggins, S.P., Montenegro-Nevado, A.J., Schrodek, E., & Swanson, E.N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80, 1041– 1051.

INECAP (2022, May 23). ¿Cómo experimentan las mujeres el TDAH? INECAP. <https://inecap.org/tdah-en-mujeres/>

Información básica sobre el TDAH. (2019). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/facts.html>

Johnson, J., Morris, S., & George, S. (2021). Misdiagnosis and missed diagnosis of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Advances*, 27(1), 60-61.

Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S et al. (2005) The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine* 35 (2): 245–256.

<https://doi.org/10.1017/s0033291704002892> PMID: 15841682

Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., ... & Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716– 723.

Lahey, B.B. (2021). Dimensions of psychological problems: Replacing diagnostic categories with a more science-based and less stigmatizing alternative. New York: Oxford University Press

Larraguibel, M. (2012). Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad. en *psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2nd ed.). Santiago de Chile: Mediterraneo. *Memory Disorders and Rehabilitation*, 2(1), 1004.

<https://www.jsmedcentral.com/MemoryDisorders/memorydisorders-2-1004.pdf>

Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., & Barker, E.D. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk, and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 954–963.

LeRoy A, Jacova C, Young C (2019) Neuropsychological Performance Patterns of Adult ADHD Subtypes. *Journal of attention disorders* 23 (10): 1136–1147.

<https://doi.org/10.1177/1087054718773927> PMID: 29771179

Loyer Carbonneau, M., Demers, M., Bigras, M., & Guay, M.-C. (2020). Meta-analysis of sex differences in ADHD symptoms and associated cognitive deficits. *Journal of Attention Disorders*, Advance Online Publication.

<https://doi.org/10.1177/1087054720923736>

Mitchell, J.T., Sibley, M.H., Hinshaw, S.P., Kennedy, T.M., Chronis-Tuscano, A., Arnold, L.E., ... & Jensen, P.S. (2019). A qualitative analysis of contextual factors relevant to suspected late-onset ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 25, 724–735.

Mowlem FD, Rosenqvist MA, Martin J, Lichtenstein P, Asherson P et al. (2019) Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European child & adolescent psychiatry* 28 (4): 481–489.

Nigg, J. T., John, O. P., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Willcutt, E. G., Hinshaw, S. P., & Pennington, B. (2002). Big five dimensions and ADHD symptoms: links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 451.

Nigg, J.T., Sibley, M.H., Thapar, A., & Karalunas, S.L. (2020). Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2, 559–583.

Nussbaum NL (2012) ADHD and female specific concerns: a review of the literature and clinical implications. *Journal of attention disorders* 16 (2): 87–100.

<https://doi.org/10.1177/1087054711416909> PMID:21976033

Pi Davanzo, M. (2017). Descripción de perfiles de personalidad en adolescentes consultantes diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Pievskey MA, McGrath RE (2018) The Neurocognitive Profile of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review of Meta-Analyses. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists* 33 (2): 143–157.

Pintor Cano, B. (2012). Elaboración de un cuestionario para detectar el grado de conocimiento de familias y docentes respecto al TDAH.

Popovic, A. (2011). Four Women's Perceptions of Living a Lifetime with ADHD (Doctoral dissertation, Queen's University (Canada)).

Quinn PO (2008) Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls. An evolving picture. *Current psychiatry reports* 10 (5): 419–423.

<https://doi.org/10.1007/s11920-008-0067-5> PMID: 18803916

Quinn, P. O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-Specific issues. *Journal of clinical psychology*, 61(5), 579-587.

Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. The primary care companion for CNS disorders, 16(3), 27250.

Ramos-Quiroga, J., Chalita, P., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L., & Casas, M. (2012). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad en Adultos. Revista de Neurología, 54(S1), S105-S115.
<https://doi.org/10.33588/rn.54S01.2012009>

Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Nogueira, M., Castells, X., García, E. y Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: Caracterización clínica y terapéutica. Revista de Neurología, 42(10): 600-606.

Rich-Edwards, J. W., Kaiser, U. B., Chen, G. L., Manson, J. E., & Goldstein, J. M. (2018). Sex and gender differences research design for basic, clinical, and population studies: essentials for investigators. Endocrine reviews, 39(4), 424-439.

Rosales Argudo, A. M. (2022). Personas neurodivergentes y el síndrome de Asperger.

Rubia K (2018) Cognitive Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Its Clinical Translation. Frontiers in Human Neuroscience 12.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00012> PMID: 29406540

Rucklidge JJ (2010) Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. The Psychiatric clinics of North America 33 (2): 357–373. Accessed 9 May 2018.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006> PMID: 20385342

Sánchez, D., & Torres, L. (2018). Sobrediagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Valdizán JR, Mercado E, Mercado-Undanivia A. Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Rev Neurol* 2007;44 (Supl. 2):S27-S30 10(16), 1-15.

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/334748>

Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J et al. (2018) Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica* 137 (3): 176–186.

<https://doi.org/10.1111/acps.12845> PMID: 29266167

Stibbe, T., Huang, J., Paucke, M., Ulke, C., & Strauss, M. (2020). Gender differences in adult ADHD: Cognitive function assessed by the test of attentional performance. *Plos one*, 15(10), e0240810.

Suazo, D. M. (2020). Diferencias en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia y adolescencia desde la perspectiva de género (Doctoral dissertation, Universidad de Sevilla).

Tannenbaum, C., Greaves, L., & Graham, I. D. (2016). Why sex and gender matter in implementation research. *BMC medical research methodology*, 16(1), 1-9.

Thapar, A. (2018). Discoveries on the genetics of ADHD in the 21st century: New findings and their implications. *AmericanJournal of Psychiatry*, 175, 943–950.

The World Federation of ADHD. (2019). La Federación Mundial de TDAH Guía (1.a ed., Vol. 1). <https://www.adhd->

[federation.org/ Resources/Persistent/6d9ca34c09972aea00d0ea6d02be6f6d6bd5bb4c/The%20WF%20ADHD%20Guide_072019.pdf](https://www.federation.org/Resources/Persistent/6d9ca34c09972aea00d0ea6d02be6f6d6bd5bb4c/The%20WF%20ADHD%20Guide_072019.pdf)

Valdizán, J.R., Mercado, E. y Mercado-Undanimia., A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad en niños. *Revista de Neurología*, 44(2): 27-30.

Vildalen, V.U., Brevik, E.J., Haavik, J., & Lundervold, A.J. (2019). Females with ADHD report more severe symptoms than males on the adult ADHD self-report scale. *Journal of Attention Disorders*, 23, 959–967.

Waite, R. (2007). Women and attention deficit disorders: A great burden overlooked. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(3), 116-125.

Waite, R. (2010). Women with ADHD: It is an explanation, not the excuse du jour. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 182-196.

Waite, R., & Russell Ramsay, J. (2010). Cultural proficiency: A Hispanic woman with ADHD—A case example. *Journal of attention disorders*, 13(4), 424-432.

Williamson D, Johnston C (2015) Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. A narrative review. *Clinical psychology review* 40: 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005> PMID: 26046624

Wodka EL, Mostofsky SH, Prahme C, Gidley Larson JC, Loftis C et al. (2008) Process examination of executive function in ADHD. Sex and subtype effects. *The Clinical neuropsychologist* 22 (5): 826–841. <https://doi.org/10.1080/13854040701563583> PMID: 18609314

Young, S., Adamo, N., Asgeirsdóttir, B.B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., ... & Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20, 404.