



Universidad Nacional Autónoma de México

NAM IZTACALA

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Rendimiento académico en adultos con TDAH”

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA (N)

Betsabe Jimenez Ceballos

Directora Dra. Ma. Guillermina Yáñez Téllez

Dictaminadores Dra. Dulce María Belén Prieto Corona

Mtra. Sulema Iris Rojas Román



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Resumen	1
1.- Introducción	2
1.1.- Definición del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	2
1.2.-Antecedentes del TDAH	10
1.3.- TDAH en la edad adulta.....	12
1.4.-Epidemiología del TDAH	13
1.5.-Comorbilidad	15
1.5.1.-Estado de ánimo	17
1.5.2.-Adicciones	19
1.5.3.-Relaciones interpersonales	20
1.5.4.-Trastornos de aprendizaje y problemas de aprovechamiento	21
2.-Objetivo	26
3.-Método	27
4.-Procedimiento	31
5.-Resultados	33
6.-Conclusiones	36
7.-Bibliografía	39

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuroconductual más frecuente en la infancia, y el motivo habitual de consulta en los servicios de salud mental en niños. Durante muchos años fue considerado un cuadro presente sólo en la infancia y la adolescencia hasta que estudios posteriores demostraron la presencia de este trastorno en adultos; motivo por el cual existen pocos estudios relacionados a la existencia o prevalencia del TDAH en adultos en comparación con estudios de este mismo trastorno en la infancia. El TDAH es visto como un trastorno crónico que persiste desde la infancia hasta la vida adulta y presenta alteraciones cognitivas, familiares, sociales y escolares. El objetivo de la tesis fue conocer si el rendimiento académico (promedio escolar y cantidad de materias reprobadas) en estudiantes universitarios con TDAH es diferente que el de sus pares sin el trastorno. Se evaluaron con la escala WURS 46 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México pertenecientes a la carrera de Psicología de nueve grupos distintos y turnos diferentes. Veintiséis alumnos fueron detectados con TDAH y éstos se compararon con 20 alumnos de los mismos grupos que no presentaron el trastorno. Los resultados demuestran que a pesar de tener un promedio escolar similar los participantes de ambos grupos, el grupo con TDAH tuvo mayor porcentaje de materias reprobadas en su trayectoria escolar y en las materias que cursaban en el momento de la evaluación. No se encontraron diferencias en CI total, sin embargo, en el análisis de los procesos se encontró que el grupo con TDAH obtuvo puntajes bajos en memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y memoria a largo plazo. Se concluye que a diferencia de los estudiantes sin TDAH, los que presentan TDAH desde la infancia tienen más probabilidades de presentar dificultades escolares reflejadas en mayor porcentaje de materias reprobadas así como problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, adultos, rendimiento académico.

1.1. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su versión IV-Tratado Revisado -DSM-IV-TR- (APA, 2002) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el trastorno de conducta más frecuente en la infancia y afecta del 3 al 7% de los niños de edad escolar (estas cifras varían en función de la naturaleza de la población estudiada y el método de evaluación). En la actualidad no se considera como un síndrome únicamente de la infancia y la adolescencia debido a que diferentes estudios han demostrado que entre el 30 y 70% de los pacientes que presentaron TDAH en la infancia continúan manifestando síntomas clínicamente significativos en la edad adulta (Albert, López, Fernández & Carretié, 2008; Capilla, et. al.2004; Jiménez, Cubillo, Jiménez, Ponce, Aragués & Palomo, 2006).

El DSM-IV-TR (2002) menciona que el TDAH ha tenido un gran número de denominaciones desde que se describió por primera vez, ya que este trastorno es uno de los más comunes en la infancia. Sin embargo, no es hasta recientemente que los clínicos reconocen que los síntomas pueden persistir hasta la edad adulta. En el niño se diagnostica a partir de síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad (o ambas), que deben persistir por lo menos seis meses en un grado tal que cause desadaptación, además, uno de los requisitos diagnósticos es que debe presentarse en más de dos escenarios (p.e. casa y escuela).

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002) los síntomas del trastorno se dividen en tres grupos: inatención, hiperactividad e impulsividad.

Para diagnosticar falta de atención se deben cumplir por lo menos seis de los siguientes síntomas durante 6 meses o más con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- No puede prestar atención suficiente a detalles o tiene errores por falta de cuidado en trabajos escolares, empleo y otras actividades.
- Tiene problemas para mantener su atención en objetivos o juegos.
- No parece escuchar mientras se le dice algo.
- No sigue las instrucciones ni completa actividades, tareas escolares o trabajos (sin relación con conductas de oposición o por falta de comprensión).
- Tiene problemas para organizar sus actividades y labores.
- No gusta o evita realizar actividades que implican un esfuerzo mental sostenido (tareas escolares).
- Pierde materiales necesarios para las actividades que debe realizar (ejercicios escolares, libros, lápices, herramientas o juguetes).
- Se distrae con facilidad por estímulos externos.
- Es olvidadizo.

Para diagnosticar la hiperactividad debe cumplir por lo menos seis de los siguientes síntomas durante 6 meses o más con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- Se mueve constantemente o se retuerce en el asiento.
- Se levanta del asiento cuando es inapropiado.
- Corre o trepa cuando es inapropiado (en adolescentes o adultos, esto puede corresponder sólo a una sensación subjetiva de inquietud).
- Tiene problemas para jugar en silencio o participar en una actividad recreativa.
- Parece que algo lo impulsa o suele actuar como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.

Para diagnosticar la impulsividad se deben tener por lo menos seis de los siguientes síntomas durante 6 meses o más con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- Responde preguntas antes de que se completen.
- Tiene problemas para esperar su turno.
- Interrumpe o se entromete en las actividades de otros.

Para diagnosticar el TDAH algunos de los síntomas previos deben haber comenzado antes de los 7 años. Los síntomas se presentan en por lo menos dos tipos de situaciones, tales como la escuela, trabajo o casa. El trastorno altera el desempeño escolar, laboral o social. Los síntomas no ocurren sólo durante un trastorno generalizado del desarrollo o algún trastorno psicótico, incluida la esquizofrenia. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo y no se explican mejor por un trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disociativo o de personalidad.

Tomando en cuenta los síntomas antes mencionados y su combinación, el TDAH se clasifica en tres subtipos DSM- IV-TR (2002):

- ✚ De predominio inatento: en el cual el paciente cubre los criterios para falta de atención, pero no para hiperactividad/impulsividad.
- ✚ De predominio hiperactivo-impulsivo: en esta clasificación el paciente cubre los criterios para hiperactividad/impulsividad, pero no para falta de atención.
- ✚ Tipo combinado: el paciente cubre los criterios tanto para falta de atención como para hiperactividad/impulsividad.

Es importante señalar que la mayor parte de los niños con TDAH presentan el tipo combinado.

Actualmente no existen criterios establecidos del TDAH en adultos como en el caso de los niños, sin embargo Brown (2008) basándose en los criterios del DSM-IV menciona que se pueden tomar los siguientes:

Tabla1. Criterios del DSM-IV según Brown

<i>Criterios del DSM-IV para el subtipo de inatención</i>	Presentación en adultos
1. Casi nunca logra poner atención a los detalles o comete errores o descuidos en tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.	Los adultos con TDAH pueden experimentar problemas para recordar dónde dejaron las cosas, esto puede conducir a problemas de trabajo y les resultan difíciles tareas que requieren atención detallada o que son tediosas.
2. Frecuentemente tienen problemas para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.	Es posible que los adultos con TDAH no logren completar tareas, como limpiar una habitación, sin interrumpir la tarea para iniciar una nueva. Pueden ser incapaces de mantener su atención el tiempo necesario para leer un libro, escribir cartas, pagar o revisar las cuentas.
3. A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.	Es posible que se piense que los adultos con TDAH no son buenos oyentes, que parece que no entienden lo que se les dice o que es difícil llamar su atención. Con

	frecuencia parecen estar “fuera de sintonía”.
4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no logra completar la tarea escolar, o las tareas o deberes en el trabajo.	Pueden experimentar dificultades para seguir las instrucciones de otros, así como para leer o seguir las instrucciones de los manuales, también tienen problemas para cumplir sus obligaciones.
5. Suelen tener dificultades para organizar las tareas o las actividades.	Pueden exhibir retraso crónico y a menudo dejar pasar las fechas de entrega o citas. Pueden delegar algunas tareas a otros que sean más capaces para realizarlas, como a la pareja o a la secretaria.
6. Frecuentemente evita, le disgusta comprometerse en tareas que requieren un esfuerzo mental constante.	Con frecuencia aplazan las respuestas de correos y cartas, organizar papeles, pagar impuestos o deudas, contratar un seguro. Suelen tener dificultades con la procrastinación.
7. Suelen perder cosas para sus tareas o actividades (juguetes, tareas escolares, lápices, libros).	Pueden perder sus llaves o carteras fácilmente, pueden olvidar dónde estacionaron el coche, los que son padres pueden olvidar con facilidad los horarios de sus hijos y su obligación de transportarlos o de asistir a citas.
8. Se distrae con facilidad a causa de estímulos extraños.	Pueden sentirse distraídos o abrumados por los estímulos de su entorno.
9. Suele olvidar las actividades diarias.	Pueden reportar problemas de

	memoria y planeación.
<i>Crterios del DSM-IV para la hiperactividad</i>	Presentación en adultos
1. Frecuentemente gesticula con las manos o pies o se retuerce en el asiento.	Los adultos con TDAH pueden presentar gesticulación observable, como sacudir las rodillas, golpear con las manos o pies, cambiar sus posiciones o tocar sus dedos.
2. Suelen levantarse del asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las cuales debe permanecer sentado.	Pueden tener problemas para sentarse durante las conversaciones o tienen dificultades de inquietud en situaciones en las que tienen que esperar.
3. A menudo corre alrededor o escala excesivamente en situaciones que son inapropiadas.	Reportan la necesidad de estar “en marcha” o requieren actividades estimulantes, pueden estar caminando o gesticulando durante las entrevistas.
4. Frecuentemente tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades recreativas en silencio.	No les gusta quedarse en casa o tomar parte en actividades en silencio. Muchos reportan ser trabajadores compulsivos.
5. Es frecuente que esté “en marcha” o que actúe como si “fuera manejado por un motor”.	Los miembros de la familia, amigos y parejas pueden reportar que experimentan fatiga después de estar con adultos con TDAH debido a que a menudo tienen problemas

	para “seguirles el paso” y cumplir con sus expectativas.
6. Suele hablar en exceso.	La palabrería constante puede hacer que los intercambios en la conversación sean difíciles y esto puede impedir que quienes los rodean se sientan escuchados o comprendidos.
<i>Crterios del DSM-IV para impulsividad</i>	Presencia en los adultos
1. Frecuentemente da respuestas antes de que las preguntas se realicen por completo.	Lo mismo ocurre con los adultos con TDAH; algunos individuos pueden experimentar que este síntoma está relacionado con sus percepciones de que otras personas hablan muy despacio y que es difícil esperar a que terminen de hablar.
2. Suelen tener dificultades para esperar su turno.	Pueden experimentar dificultades para esperar en una fila.
3. Con frecuencia interrumpe o importa a otros.	A menudo pueden interrumpir situaciones sociales o de trabajo, lo que provoca sentimientos de ineptitud social.

1.2. ANTECEDENTES DEL TDAH

Las primeras descripciones sobre trastornos de conducta en la infancia aparecieron a mediados del siglo XIX y son similares a lo que hoy conocemos como TDAH. Hoffman fue un médico alemán que describió a su hijo, a quien citaba como “Phill el intranquilo”, una de las descripciones que Hoffman hacía de su hijo era “Phill para, deja de retorcerte como un gusano, la mesa no es un lugar para retorcerse” (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

La descripción que hoy se califica de manera científica se debe al médico Frederick Still y a su famosa referencia de “Phill el inquieto” en 1902 ante el “Royal College of Medicine” y la descripción de 43 casos de niños que presentaban una clínica similar a lo que hoy se le llama TDAH. Frederick observó que los pacientes mostraban una marcada dificultad en el mantenimiento de la atención y un menor pensamiento reflexivo, con una excesiva actividad motora. En aquel tiempo se definió que los niños sufrían de un defecto del control moral de la conducta (Soutullo & Díez, 2007). Still mencionó que esta condición requeriría un estudio cuidadoso, ya que algunos persistirían con el problema en la vida adulta (Quintero, Correas & Quintero, 2009).

En 1907 Augusto Vidal Parera publicó el compendio de psiquiatría infantil, una de las primeras publicaciones en lengua española donde se describe el TDAH, en donde se detallaba los síntomas que presentaban los niños y niñas con TDAH (Ramos, Bosch & Casas, 2009). Posteriormente, en 1914 Tredgold argumentó que el TDAH podría ser causado por una especie de disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria, explosividad en la actividad voluntaria e impulsividad (Alda et al., 2010).

En 1937, Bradley descubrió de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. El término “disfunción cerebral mínima” fue

acuñado por Strauss y Lehtinen en 1947, aplicado a aquellos niños con trastornos de conducta en los que no se apreciaba suficiente evidencia científica de patología cerebral (Soutullo & Díez, 2007). Lauferr y Denhoff (1957) realizaron la primera denominación de síndrome hiperkinético. En 1968, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión II, conocido por sus siglas en inglés como DSM-II lo incluyó como reacción hiperkinética en la infancia y, posteriormente, el DSM-III (1980) utilizó el término trastorno de déficit de atención hasta llegar al DSM-IV-TR (2002) como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Alda et al., 2010).

El TDAH es el trastorno más frecuente en la infancia, y el motivo habitual de consulta en los servicios de salud mental en niños. Su frecuencia es muy alta en los alumnos que tienen fracaso escolar y precisan de una evaluación por parte de los servicios de orientación pedagógica de los colegios (Soutullo & Díez, 2007).

1.3. TDAH EN LA EDAD ADULTA

Durante más de 70 años, la investigación se había centrado en la población infantil, ya que se entendía que el trastorno no se manifestaba en la edad adulta y a partir de 1976, se han publicado diferentes trabajos que han aportado evidencia de adultos con TDAH (Ramos, Bosch, Castells, Nogueira, García & Casas, 2006). Por ende, ahora se puede decir que el TDAH también se manifiesta en personas adultas y con una frecuencia destacada, a lo que se ha llamado TDAH residual. Los primeros trabajos encontraron prevalencias en adultos entre el 4 y el 5% (Ramos et al., 2006).

Como en los niños con TDAH, los adultos comparten los mismos síntomas de la inatención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, la experiencia clínica ha demostrado que los síntomas varían con la edad y pueden ser diferentes y de diversas maneras, y alternar con los síntomas comunes. En el caso de los niños, los observadores son dos, familia y profesor, que suelen coincidir particularmente en el parámetro inatención, mientras que en el adulto el observador suele ser único, esposa/o, madre/padre, hermana/o, etc., hecho que facilita una mayor dispersión y sesgo en las opiniones (Valdizán & Izaguerri, 2009). Aunado a esto, la sociedad de consumo presenta pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, cultura del esfuerzo, demora de recompensa, estrategias reflexivas, autocontrol, etc., debido a la proliferación de los modelos que favorecen esfuerzos externos inmediatos como por ejemplo videojuegos, dibujos animados, televisión, internet, publicidad, etc. De esta manera resulta ser más difícil detectar a los adultos que padecen TDAH que a los niños (Cardo & Servera, 2008).

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

Esta alteración neuroconductual frecuente en la infancia y la adolescencia afecta aproximadamente al 5-10% de los niños de todo el mundo y se refiere a un conjunto variable de síntomas de hiperactividad-impulsividad y/o inatención, que tiene una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel del desarrollo del niño (Albert et al. 2008; Capilla et al., 2004; Jiménez et al., 2006) y se estima que entre el 30 y 70% de los niños con TDAH en la infancia continúan presentando síntomas durante la edad adulta (Rodríguez et al. 2006).

La prevalencia del TDAH también puede variar en función del género, en la infancia las proporciones oscilan entre 2:1 hasta 9:1 (niño: niña), y se observa por tanto una mayor frecuencia de niños con TDAH en las consultas especializadas.

De acuerdo a Ramos, Bosch y Casas (2009) el TDAH en adultos tiene una prevalencia en la población general en torno al 3-4%, lo que lo sitúa como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes por encima de la esquizofrenia (1%) o el trastorno bipolar (1.5%). Cuando se evalúa la frecuencia del TDAH en poblaciones especiales, como son las personas que tienen problemas por abuso o dependencia de drogas, se encuentran cifras mucho más elevadas que llegan incluso hasta el 20%. Si la población estudiada está integrada por reclusos penitenciarios, las cifras se elevan aún más (hasta el 25%).

El TDAH en adultos presenta cifras elevadas de comorbilidad a lo largo de la vida, aproximadamente un 70-90% de los casos tendrá otro trastorno psiquiátrico asociado.

En cuanto a la detección de síntomas de TDAH, en la infancia es más evidente y diferente para varones y niñas, no obstante, en la edad adulta las diferencias son menos marcadas y tienden a igualarse. Estas diferencias en la etapa infantil pueden ser debidas a que los varones presentan mayores alteraciones en su

conducta que las niñas, y por eso son remitidos con mayor frecuencia al médico, mientras que parte de las niñas pueden no ser diagnosticadas, pero, al llegar a la edad adulta, las mujeres solicitan consulta al persistir sus dificultades de inatención y probablemente es esta situación la que hace que se tienda a igualar su prevalencia con la de los varones (Ramos, Bosch & Casas, 2009).

1.5. COMORBILIDAD

La organización mundial de la salud (OMS, 1995) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la presencia o la coexistencia temporal de uno o más trastornos además del trastorno primario.

El TDAH es uno de los trastornos que más comorbilidad tiene y los síntomas tienen un impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante morbilidad y disfuncionalidad no sólo en el niño que lo padece, sino también en el grupo de compañeros y en su familia. Por otro lado, se sabe que no es la presencia del síntoma en sí (inatención, hiperactividad, impulsividad) lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y la frecuencia con la que se da y sobre todo por la repercusión que tiene en el funcionamiento diario del individuo (Cardo & Servera, 2008).

La comorbilidad descrita entre el TDAH y la dificultad del aprendizaje (DA) varía entre el 10 y el 92% dependiendo de la definición del DA. Se ha encontrado que el riesgo de DA es mayor en familiares con TDAH asociado a DA. Sin embargo el TDAH y el DA se transmiten independientemente en las familias (Hudziak, 2010).

Los trastornos comorbidos más frecuentes del TDAH en adultos son los trastornos de humor; el trastorno depresivo mayor (hasta un 28%), el trastorno antisocial de la personalidad (hasta un 23%), abuso del alcohol de un 32 a 53%, otros tipos de abuso de sustancias, entre los que se incluye la marihuana y la cocaína, es del 8 al 32%. Un 20% de comorbilidad para discapacidades auditivas y problemas como déficit de procesamiento auditivo. Para los trastornos de ansiedad (desde un 25 a un 50%) y en menor frecuencia, el trastorno por crisis de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo (Ramos et al., 2006; Ramos, Bosch & Casas, 2009; Valdizán & Izaguerri, 2009).

Los efectos secundarios del TDAH pueden ser extremadamente perjudiciales ya que las personas que lo padecen están expuestas frecuentemente a años de respuestas negativas por su comportamiento y sufren una desventaja social y educativa; esta dificultad, en la mayoría de los casos, es persistente, se mantiene más o menos estable a lo largo de la edad infantil y en la etapa adulta (Cardo & Servera, 2008). Muchos individuos con TDAH crónicamente experimentan dificultades en las relaciones sociales con compañeros, miembros de la familia, profesores, jefes, parejas, etc. Estas dificultades provienen de la tendencia de estos individuos a ser desatentos crónicos hacia las comunicaciones sociales, especialmente a las señales verbales y no verbales sutiles que suelen desempeñar un papel muy importante en la regulación de la interacción social. Las personas con TDAH que incluyen comportamiento hiperactivo- impulsivo a menudo incluso presentan más problemas sociales debido a su tendencia a ser impacientes, impulsivos e intrusivos (Brown, 2003).

1.5.1. ESTADO DE ÁNIMO

El paciente con TDAH en algunas ocasiones presenta alteraciones neurobiológicas como la depresión que afectan directamente a los síntomas clave del TDAH (inquietud motora, sentimiento interno de desazón, disfunción social, evitación de pensamientos, etc.). Si no son tratados correctamente, estos síntomas clave del TDAH llevarán al sujeto que los padece a tener un rendimiento escolar bajo, dificultades en las relaciones sociales y dificultades familiares que a la larga se irán percibiendo como una historia vital de fracasos personales y sociales. Estos fracasos constantes y mantenidos a lo largo de la vida llevarán sin duda al sujeto a tener una serie de pensamientos irracionales (“no sirvo para nada”, “fracasaré en lo que haga” “soy un inútil”) y a este tipo de pensamientos se le une la dificultad real para utilizar estrategias de organización, planeación, etc. (Ramos, Bosch & Casas, 2009).

Los adultos con TDAH no sólo presentan dificultades de atención, desorganización, hiperactividad e impulsividad, sino también distintos problemas afectivos (Albert, et al. 2008); habitualmente los trastornos del estado de ánimo se clasifican como bipolares y no bipolares, con o sin manía y se catalogan como mayores (si está presente una depresión mayor) o menores (si está presente un trastorno distímico o una ciclotimia).

La ansiedad y/o la tristeza en algunos casos son el motivo de consulta al médico familiar o al psiquiatra. La depresión mayor puede aparecer a partir de un ánimo triste o irritable, o de una pérdida persistente de interés o de placer en sus actividades preferidas. Otros síntomas incluyen trastornos fisiológicos tales como cambios de apetito y peso, patrones anormales de sueño, anormalidades psicomotoras, fatiga y capacidad disminuida para pensar, así como sentimientos de inutilidad o culpa e ideación suicida. Algunos estados depresivos son graves y presentan síntomas psicóticos (Hudziak, 2003).

Respecto al trastorno bipolar, es reconocido como un trastorno del estado de ánimo que alterna periodos de bajo estado de ánimo con otros periodos de elevado estado de ánimo, euforia o expansión. Los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y TDAH tienen un pronóstico de enfermedad más grave que los trastornos bipolares solos, presentan mayor prevalencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y mayor dificultad para la estabilización del tratamiento (Ramos, Bosch & Casas, 2009).

1.5.2. ADICCIONES

Las farmacodependencias constituyen uno de los trastornos asociados al TDAH en adultos más frecuentes. El riesgo de desarrollar la dependencia a drogas es mayor en aquellos pacientes en los que el TDAH se mantiene en la edad adulta. La persistencia de un TDAH repercute de forma negativa sobre la evolución de la farmacodependencia, pues existe mayor riesgo de recaídas en el consumo de sustancias (Ramos, Bosch, Castells, Nogueira, García & Casas, 2006). Desde este punto de vista, se considera que un paciente, podría consumir sustancias para intentar paliar el déficit y/o malestar producidos por un trastorno psíquico (Ramos, Bosch & Casas, 2009).

Los trastornos por sustancias adictivas, se caracterizan por el abuso o dependencia del alcohol, marihuana, heroína, cocaína, metanfetaminas u otras, interrumpe significativamente la motivación de los sujetos para alcanzar una educación o un trabajo, interactuar con los demás y mantenerse a sí mismos y a su hogar. Aunado al TDAH los objetivos a largo plazo y las intenciones más inmediatas se ven gravemente interrumpidas a medida que tienen el deseo compulsivo, buscan, consumen y reaccionan ante la sustancia que es objeto del abuso (Wilens & Biederman, 2010).

1.5.3. RELACIONES INTERPERSONALES

El adulto joven con TDAH está en riesgo de tener fracasos escolares, dificultades emocionales, relaciones deficientes con sus compañeros, más rupturas matrimoniales, peor desempeño en el trabajo, accidentes automovilísticos y problemas con la ley (Sarason, 2006). Los problemas interpersonales hacen que la depresión persista ya que a los pacientes con TDAH se les dificulta realizar tareas cotidianas (domésticas o de trabajo), así como controlar impulsos, esto hace que frecuentemente cambien de trabajo, de pareja y amigos (Rodríguez et al., 2006).

1.5.1. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE Y PROBLEMAS DE APREVECHAMIENTO

La escuela constituye uno de los ámbitos relevantes donde se lleva a cabo la socialización y el desarrollo de los adolescentes; otros son la familia y el grupo de pares. El ámbito escolar es un lugar de oportunidad para desarrollar conductas saludables, pero, a su vez, la inadaptación escolar puede influir en comportamientos de riesgo, entre los que figuran el consumo inmoderado de alcohol, tabaco y drogas ilegales o las prácticas sexuales de alto riesgo, además de conductas antisociales y alteraciones del comportamiento. En general, se muestra una relación entre el estilo de vida saludable, una mejor relación con el contexto escolar y un desempeño escolar exitoso y satisfacción escolar consecuentes, así como la intención de proseguir estudiando (Anaya, Arillo, Sánchez & Lazcano, 2006).

Sin redundar en la clínica del TDAH, se sabe que la expresión de los síntomas va cambiando a lo largo de la vida, de manera que en las etapas preescolares lo que va a predominar van a ser las alteraciones conductuales, de esta manera no se puede dejar de lado que el TDAH confiere un riesgo evolutivo y por tanto condicionar una mayor probabilidad de fracaso escolar. Durante la adolescencia, se ha vinculado un mayor riesgo para consumo de drogas y cuadros depresivos. Al alcanzar la adultez, el cuadro continúa aunque la expresión de los síntomas va a ser diferente por tanto no se espera que en esas edades la hiperactividad se manifieste como en un *no trepar cuando es inadecuado* o en un *no parar de correr*, sino más bien en una sensación subjetiva de inquietud, en lo relativo al déficit de atención, lo que se podrá observar es una dificultad para terminar tareas, dificultades para organizarse, para gestionar el tiempo y en lo relativo a la impulsividad lo que se observará será una tendencia a terminar las frases de otros, dificultades para esperar el turno, o en interrupciones a los demás cuando están ocupados. En definitiva, los síntomas siguen ahí, pero hay que buscarlos e interpretarlos de manera adecuada; de esta manera el arquetipo del

TDAH en la infancia no va a ser suficiente para comprender al adulto que padece un déficit de atención (Quintero, Correas & Quintero, 2009).

No obstante, tal déficit conlleva secundariamente retrasos en todos los aprendizajes ya que estos requieren de procesos atencionales. Evidentemente los aprendizajes que se ven más afectados son los de naturaleza cognitiva ya que estos precisan de mayor atención sostenida y relevante. La ausencia de atención sostenida y relevante, los cambios atencionales frecuentes y la escasa calidad atencional en niños con TDAH constituye la principal explicación de que no adquieren hábitos y destrezas cognitivas en la edad adulta. De tal manera que muchos pacientes con TDAH experimentan diversos problemas en la escuela, incluyendo fracaso en la conclusión de tareas, calificaciones bajas, escasa retención de las materias, dificultades para dominar conocimientos académicos específicos, problemas para planificar y organizar, incapacidad para seguir reglas y dificultades interpersonales (Brown, 2003).

El TDAH Incluye todos los tipos de discapacidad para el aprendizaje, desde simples dificultades en la adquisición de habilidades y técnicas de estudio (como es el caso de la memorización ya que el recordar hacer cosas, cómo hacerlas y cuándo, es una tarea que requiere haberlas almacenado con anterioridad. Para poder llevar a cabo los procesos implicados en el almacenamiento, es preciso disponer de esta información, tras haberla conservado durante cierto tiempo. Si no se pone suficiente atención cuando se está recibiendo la información: visual o auditiva, no es posible almacenarla y, por lo tanto, luego es imposible recuperarla) hasta trastorno de lectura (dislexia), trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita, trastorno del desarrollo de la coordinación, alteraciones específicas del lenguaje y trastornos del procesamiento auditivo central (Brown, 2003; Quintero, Correas & Quintero, 2009).

La comorbilidad con el trastorno del cálculo en el TDAH es relativamente común (del 4 al 6%) y a pesar de su prevalencia y superposición con el trastorno y

discapacidad para la lectura, todavía se sabe poco; respecto al trastorno de la expresión escrita definido como inhabilidad para escribir, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica. El trastorno de la expresión escrita está caracterizado por una alteración significativa de la escritura de frases y párrafos organizados gramaticalmente correctos y es más común en niños (del 60 al 70%) que en adultos (del 5 al 10%) (Brown, 2003).

El trastorno de la coordinación se caracteriza por la torpeza y la deficiente coordinación motora que interfieren en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana y no se pueden atribuir a una enfermedad médica ni a un trastorno generalizado del desarrollo; este trastorno del desarrollo de la coordinación sigue a los pacientes hasta la edad adulta (Brown, 2003; Brown, 2010).

El trastorno del procesamiento auditivo central (TPAC) se cataloga como un déficit en el procesamiento de señales audibles que no se pueden atribuir a la sensibilidad auditiva periférica alterada o a una alteración intelectual. Se manifiesta por problemas graves en el procesamiento de la información presentada auditivamente; la información visual se procesa normalmente; y se ha observado que las personas que presentan TPAC son oyentes deficientes, con una corta duración de la atención dirigida a la información auditiva, presentan problemas para seguir instrucciones, particularmente en lugares ruidosos o con una mala acústica y pueden ordenar incorrectamente palabras o frases. El TPAC también puede comportar distracciones y disatención, así como posibles dificultades de memoria, lectura, ortografía y lenguaje escrito (Wiener & Dulcan, 2006).

Debido a que se suman por un lado las pobres relaciones sociales –derivadas de una mala adquisición de las habilidades sociales- y el mal rendimiento escolar –derivado a su vez de los problemas de aprendizaje ya mencionados-, es frecuente que en estos pacientes se condicione una falta de autoestima que en

cualquier edad (especialmente en niños) son dependientes del entorno y de la percepción que se recibe de éste (Quintero, Correas & Quintero, 2009). De esta manera, cuando se combinan los efectos del déficit atencional, la hiperactividad, déficit cognitivos, deficiencias de memoria de trabajo, déficit de regulación de las emociones y torpeza motriz aumentan los riesgos de retraso o fracaso escolar. Éstos pueden ser el resultado de aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico. Si se añade una capacidad intelectual baja aumenta el riesgo de no conseguir aprender al ritmo de sus compañeros, y de acumular retrasos curriculares progresivos que si no reciben ayuda complementaria pueden llegar a constituir un auténtico fracaso escolar.

JUSTIFICACIÓN

El TDAH es una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia que afecta del 5 al 10% de los niños de edad escolar y se estima que del 30 al 70% continúan presentando síntomas durante la edad adulta (TDAH residual). No obstante su alta prevalencia, una buena parte de esta población no ha tenido acceso a un diagnóstico y tratamiento.

Se ha demostrado que el mantenimiento de los síntomas del TDAH durante la vida adulta tiene consecuencias en las actividades cotidianas que van desde olvidar cosas importantes hasta graves dificultades familiares, escolares y laborales, entre otras. El TDAH está asociado a innumerables comorbilidades y sintomatologías como trastornos del humor, ansiedad, farmacodependencias, dificultades en el aprendizaje, entre otras.

Una de las comorbilidades en niños son las dificultades específicas del aprendizaje y en adultos diagnosticados con TDAH también se ha encontrado una alta tasa de problemas escolares. Por lo tanto, en este trabajo se plantea explorar si existen diferencias en el rendimiento académico entre una población específica de estudiantes universitarios diagnosticados retrospectivamente con TDAH y un grupo sin el trastorno. Consideramos que conocer si hay dificultades en rendimiento escolar en una población con síntomas de TDAH en la infancia que ya ha accedido a niveles de educación superior es relevante debido a que permitiría de manera dirigida establecer programas de intervención para prevenir los problemas académicos de estos jóvenes.

OBJETIVO

Explorar si el rendimiento académico (medido a través del promedio escolar y el número de materias reprobadas) en estudiantes universitarios que presentaron TDAH en la infancia es diferente que el de sus pares que no han tenido síntomas de TDAH a lo largo de su vida.

Hipótesis: El rendimiento académico se ve más afectado en estudiantes universitarios con TDAH que en estudiantes universitarios que no padecen este trastorno.

Hipótesis nula: No existen diferencias significativas en el rendimiento académico entre el grupo TDAH y el grupo control.

MÉTODO

Participantes

- ✚ La muestra estuvo compuesta por 46 estudiantes, 24 mujeres y 22 hombres (seleccionados de un total de 264 estudiantes pertenecientes a nueve grupos distintos de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de Universidad Nacional Autónoma De México, que estuvieran cursando segundo y cuarto semestre). Las edades oscilaban entre los 19 y 24 años. Estos estudiantes fueron divididos en dos grupos:
- ✚ Grupo con TDAH, compuesto por 26 alumnos detectados como TDAH según la escala WURS, 13 mujeres y 13 hombres, de los cuales 17 de ellos se calificaron como TDAH seguro y 9 como TDAH probable. De los clasificados como TDAH seguro 12 fueron hombres y 5 mujeres y de los TDAH probable fueron 1 hombre y 8 mujeres. Para los fines del presente estudio tanto probables como seguros se consideraron dentro del mismo grupo que en lo subsecuente solo se denominará TDAH.
- ✚ Para el grupo control se trabajó con 20 alumnos de la misma carrera y mismo semestre que el grupo TDAH, de los cuales 11 fueron mujeres y 9 hombres, ninguno de los cuales superó los puntos de corte para TDAH.

Criterios de Exclusión para ambos grupos:

- Recursadores (que al momento de ser seleccionados estuvieran recursando una materia pero realmente pertenecieran a un grupo de un semestre más avanzado).
- Cursando “extralargos” (que al momento de ser seleccionados estuvieran recursando la materia en la modalidad de extralargo).

Criterios de Eliminación:

- Tener un Coeficiente Intelectual (CI) menor a 80.

Instrumentos

- 1) Wender-Utah Rating Scale (WURS) (Rodríguez, Ponce, Jiménez, Pérez, Rubio, Jiménez, et al. 2001).

Instrumento utilizado con frecuencia para la evaluación retrospectiva de los síntomas de TDAH en pacientes adultos. Se trata de un cuestionario autoaplicado-heteroaplicado de 61 ítems, entre los que se han seleccionado 25 por su capacidad para discriminar a los pacientes adultos, con antecedentes de TDAH en la infancia, de otras poblaciones –controles y depresivos-. Se ha demostrado una consistencia interna y una estabilidad temporal satisfactoria. Rodríguez, Ponce, Jiménez, Pérez, Rubio, Jiménez, et al. (2001) realizaron la traducción y adaptación al español, así como la aplicación y características psicométricas en población universitaria mexicana.

En este cuestionario todos los ítems hacen referencia al encabezamiento de “de niño yo era (o tenía)”, usando las siguientes puntuaciones: 0 (no, o muy poco), 1 (poco), 2 (algo), 3 (bastante) ó 4 (mucho). Los primeros 42 ítems recogen información sobre conductas, estados de ánimo, problemas de relación con familiares, compañeros y figuras de autoridad; mientras que los siete ítems siguientes recogen problemas médicos; y los 12 últimos problemas escolares y académicos.

- 2) Escala Wechsler de inteligencia para adultos-III (WAIS-III) (Wechsler, 2003)

Instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación de la capacidad intelectual de adultos con edades comprendidas entre 16 y 85 años de edad. Consiste en varias subpruebas, cada una de las cuales mide una faceta diferente de la inteligencia, el WAIS-III produce las tres puntuaciones compuestas tradicionales de CI –escalas Verbal, de Ejecución y Total- al igual que cuatro puntuaciones índice –Comprensión Verbal, Organización Perceptual, Memoria de

Trabajo u Operativa y Velocidad de Procesamiento-. Todas estas puntuaciones resumen el desempeño del examinado.

La WAIS-III contiene un total de 14 subpruebas:

- Figuras incompletas: un conjunto de dibujos de objetos y ambientales comunes en color, cada uno de los cuales carece de una parte importante que el examinado debe identificar.
- Vocabulario: una serie de palabras presentadas de manera oral y visual y que la persona debe definir verbalmente.
- Dígitos y símbolos-Claves: una serie de números, cada uno de los cuales está apareado con su correspondiente símbolo. Utilizando una clave, la persona evaluada describe el símbolo correspondiente a su número.
- Semejanzas: una serie de palabras presentadas de manera oral en las que el individuo evaluado explica la semejanza de los objetos comunes o conceptos que éstos representan.
- Diseño con cubos: un conjunto de patrones geométricos modelados o impresos en dos dimensiones que el examinado reproduce utilizando cubos bicolores.
- Aritmética: Una serie de problemas aritméticos que el examinado resuelve mentalmente y responde de manera oral.
- Matrices: una serie de patrones incompletos en forma de cuadrícula que el examinado llena al señalar o decir el número de la respuesta correcta entre cinco opciones posibles.
- Retención de dígitos: una serie de secuencias numéricas presentadas de modo oral y que el examinado repite al pie de la letra para dígitos en orden directo y en secuencia contraria para dígitos en orden inverso.
- Información: una serie de preguntas presentadas de manera oral que se dirigen a establecer el conocimiento del examinado acerca de acontecimientos, objetos, lugares y personas comunes.

- Ordenamiento de dibujos: un conjunto de imágenes presentadas en desorden y que el examinado reacomoda en una secuencia lógica de acuerdo con una historia.
- Comprensión: una serie de preguntas presentadas de manera oral que requieren que la persona comprenda y articule preconcepciones sociales y conceptos o soluciones a problemas cotidianos.
- Búsqueda de símbolos: Una serie de grupos apareados, cada uno de los cuales consiste en un grupo estímulo y un grupo de búsqueda. El examinado indica, a través de marcar en la casilla adecuada, si cualquiera de los símbolos blanco aparece o no en el grupo de búsqueda.
- Sucesión de letras y números: Una serie de secuencia de letras y números presentados de modo oral que la persona al mismo tiempo sigue y dice oralmente, con los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético.
- Ensamble de objetos: un conjunto de rompecabezas de objetos comunes, cada uno de los cuales se presenta en una configuración estandarizada y que el examinado ensambla para formar un todo con significado.

PROCEDIMIENTO

Para la selección de la muestra:

- 1) Se aplicó la escala Wender Utah Rating Scale (WURS) a todos los estudiantes de 9 grupos (seleccionados al azar de 38 grupos) de la carrera de psicología de los turnos matutino y vespertino que cursaban el segundo o el cuarto semestre. Se calificaron las escalas y se clasificó a los participantes para poder ser seleccionados como TDAH probable, TDAH seguro y normales.
- 2) A los estudiantes clasificados como TDAH probable y TDAH seguro se les pidió su consentimiento informado para participar en el estudio y se les ubicó a ambos en el grupo TDAH.
- 3) A los estudiantes clasificados como normales también se les invitó a participar para conformar el grupo control.
- 4) A todos los participantes seleccionados de ambos grupos: TDAH (probable y seguro) y control (normales) se les aplicó la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS-III) para conocer su CI.

Fase de estudio

A los participantes seleccionados de ambos grupos se les pidió su historial académico para documentar el promedio y las materias reprobadas. Se obtuvo el porcentaje de reprobación tomando como indicador la cantidad de materias cursadas hasta el semestre en que fueron evaluados.

Análisis estadístico

Variables

✚ Variable independiente: TDAH

✚ Variable dependiente: Rendimiento académico

- Promedio escolar
- Porcentaje de materias reprobadas a lo largo de su trayectoria en la licenciatura
- Porcentaje de materias reprobadas en el momento de ser evaluados (excluyendo las que ya hubieran aprobado)

Se aplicó una t de student entre ambos grupos para documentar si había diferencias entre éstos en edad, coeficiente intelectual total, subpruebas de la WAIS y variables del rendimiento académico (promedio escolar, materias reprobadas a lo largo de su trayectoria y materias aún reprobadas en el momento de la evaluación).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio fueron los siguientes:

Se obtuvieron las medias de ambos grupos (Grupo control y Grupo TDAH) para edad, CIT, promedio de calificaciones, porcentaje de materias reprobadas en su trayectoria (tanto las que se adeudaban como las que no se adeudaban en el momento de la evaluación) y materias reprobadas actuales (descontando las que ya se habían aprobado en el momento de ser evaluados).

En el análisis entre grupos no se encontraron diferencias significativas en la edad y el coeficiente intelectual total (CIT). La descripción de la muestra se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. Características de CIT y edad de los grupos TDAH y control.

	Control		TDAH	
	Media (DE)		Media (DE)	
N	20		26	
Género	F=11	M=9	F=13	M=13
Edad	20.4 (1.4)		20.6 (1.5)	
CIT	104.2 (5.6)		103 (4.5)	

Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos para el CIT medido con la WAIS-III, dado que este índice se compone de puntuaciones individuales de distintas subpruebas, se llevó a cabo un análisis entre grupos en cada una de ellas, encontrando diferencias estadísticamente significativas en Vocabulario ($t[43]=2.2$, $p=0.03$), Información ($t[43]=1.9$, $p=0.002$), Retención de Dígitos ($t[43]=3.2$, $p=0.002$) y Letras y Números ($t[43]=4.2$, $p=0.00$), siempre con mejores puntuaciones para el grupo control, en la Tabla 3 se describen estos resultados.

Tabla 3. Comparación entre grupos (control y TDAH) en diferentes Subpruebas de la WAIS-III

Variable	Control Media (DE)	TDAH Media (DE)
Vocabulario	13.7 (1.0)	13 (1.0)
Información	13.7 (1.14)	12.8 (1.7)
Retención De Dígitos	10.8 (2.07)	9.1 (1.4)
Letras y Números	11.7 (1.6)	9.7 (1.5)

Se obtuvieron las medias del promedio escolar y de los porcentajes de materias reprobadas actuales y materias reprobadas totales para el grupo control y el grupo TDAH. En el análisis de las diferencias entre los grupos con respecto al rendimiento académico no se observaron diferencias significativas en el promedio escolar. En donde sí se encontraron diferencias significativas entre los grupos es en materias reprobadas en toda su trayectoria y materias reprobadas actuales (Tabla 4).

Tabla. 4 Comparación entre grupos (Control y TDAH) en variables relacionadas con el rendimiento académico.

Variable	Control Media (DE)	TDAH Media (DE)	T	p
Promedio escolar	7.9 (0.5)	7.9 (0.7)	.11	.21
Materias reprobadas actuales	6.2 (6.66)	12.3 (13.0)	-1.7	.004
Materias reprobadas totales	7.6 (8.9)	19.5 (19.2)	-2.4	.000

CONCLUSIONES

El TDAH es el trastorno neuroconductual más frecuente en la infancia y el motivo habitual de consulta en los servicios de salud mental en niños. Durante muchos años fue considerado un cuadro presente sólo en la infancia y la adolescencia hasta que estudios recientes han demostrado la presencia de este trastorno en adultos; motivo por el cual existen pocos estudios relacionados a la existencia o prevalencia del TDAH en esta población en comparación con estudios de este mismo trastorno en la infancia (Solovieva, Quintanar & Bonilla, 2003). Biederman (2003) menciona que el TDAH es visto como un trastorno crónico que persiste desde la infancia hasta la adolescencia y la vida adulta con un mayor deterioro cognitivo, familiar, social y escolar que los que no padecen el trastorno. Por ende el presente estudio se ha centrado en el adulto con TDAH y las repercusiones en el rendimiento académico.

Los resultados a modo general, muestran un menor desempeño escolar para los adultos universitarios con TDAH que para el grupo control, a pesar de esto en CI total no se mostraron diferencias significativas, pero es necesario mencionar que sí se observó una tendencia desfavorable para el grupo TDAH. Por otro lado, López, Serrano, Delgado, Cañas, Diez y Sánchez (2004) mencionan que los adultos con TDAH tienen un CI más bajo que los adultos sin el trastorno, pero en este estudio no se observaron diferencias significativas en este caso específico, sin embargo se logran percibir las diferencias en algunas de las subpruebas y en general sólo una tendencia. La hipótesis fue planteada en, cómo el rendimiento académico se ve más afectado en estudiantes universitarios con TDAH que en estudiantes universitarios que no padecen este trastorno; y se cumple parcialmente ya que aunque su promedio escolar es semejante se observan dificultades al intentar aprobar materias puesto que es donde hay una gran diferencia con sus pares. Prácticamente se duplican las materias reprobadas.

Así pues como se mencionó, el promedio escolar en ambos grupos es similar, por eso es necesario no solamente hablar de rendimiento académico como el puntaje total adquirido en todas sus materias y dividido entre éstas (promedio) sino también de otros aspectos, en este caso se analizó la cantidad de materias reprobadas y se observaron prácticamente duplicadas en los estudiantes con TDAH en relación con el grupo control. No obstante, quizás no sean las únicas variables a contemplar al hablar de rendimiento académico en alumnos con TDAH, algún otro indicados pudiera ser el tiempo total que invierten para terminar su carrera y si se titulan o no y en cuánto tiempo lo hacen.

Al analizar las subpruebas del WAIS-III (Wechsler, 2003) en las que los participantes del estudio tuvieron diferencias observamos que son las referentes a memoria a largo plazo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y comprensión verbal que se sabe tienen que ver con la atención.

En conclusión, al igual que en los niños, en los adultos diagnosticados con TDAH, frecuentemente se menciona que tienden a lograr una menor formación académica aún con niveles de inteligencia similares y presentan más problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar en comparación con sujetos sin el trastorno (Ramos et al, 2006). Sin embargo, es necesario considerar que existen adultos con TDAH que logran un nivel académico superior aunque presenten dificultades a lo largo de su vida estudiantil, como fue el caso de los participantes de este estudio, indicándonos que si en promedio se emparejan el grupo TDAH con el grupo control, en otro tipo de aspectos académicos (como las materias no aprobadas y algunos problemas relacionados con la atención) las deficiencias y dificultades para su aprovechamiento al igual que en la infancia persisten y se siguen viendo reflejadas en la vida adulta, razón por la cual se puede pensar de una estancia más larga en la licenciatura en comparación con sus pares.

Por otro lado, los adultos que padecen TDAH tienen baja tolerancia a la frustración y una dificultad crónica para regular sus emociones, características que

los llevan a reaccionar de manera desproporcionada ante distintas situaciones o eventos (Albert, López, Fernández & Carretié, 2008). Esto podría explicar una de las razones por las cuales los estudiantes universitarios que padecen TDAH desisten de sus materias e incluso del semestre en curso en comparación con el grupo control.

Como reflexión final, se sugiere contemplar una muestra más grande para evaluación ya que la muestra estudiada fue pequeña, y a pesar que si se obtuvieron algunas diferencias significativas se podría apreciar mejor si las tendencias aumentan y logran ser significativas como fue el caso las subpruebas del CI o del mismo promedio. También podría ser útil realizar algunas pruebas para evaluar estrategias de aprendizaje (como el ACRA) y así poder justificar los puntajes adquiridos en el promedio y evaluar entre ambos grupos las funciones ejecutivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albert, J., Lopez, S., Fernández, A. & Carretié, L. (2008) Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de neuropsicología*, 47 (1), 39-45.
2. Alda, J., Boix, C., Colomé, R., Fernández, M., Gassió, R., Izaguirre, J. et al. (2010). Guía práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Plan de calidad para el sistema al de salud. Barcelona.
3. Anaya, R., Arillo, E., Sánchez, L., Lazcano, E. (2006). Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. *Salud Pública Mex.* 48, 17-19.
4. Asociación Psiquiátrica Americana (2002): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), ed 1. Barcelona, Masson.
5. Barkley, R. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Annals*, 21, 725-733.
6. Barroso, J., Brun, C., Dorado, M., García, A., Jódar, M., Martín, P. et al. (2005). Trastornos del lenguaje y la memoria. UOC. España.
7. Biederman, J (2003). A ten-year follow-up of ADHD subjects, program and abstracts of the American Psychiatric Association. San Francisco.
8. Brown, T. E. (2010). Comorbilidades del TDAH manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos. MASSON. España.
9. Brown, T.E. Ronald, T. & Rickel. A. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adultos. Manual Moderno. México.
10. Brown, T. E. (2003). Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. MASSON. España.
11. Capilla, A., Fernández, S., Campo, P., Maestú, F., Fernández, A., Mulas, F et al. (2004). La magnetoencefalografía en los trastornos cognitivos del lóbulo frontal. *Revista de neuropsicología*, 39 (2), 183-188.

12. Cardo, E. & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de neuropsicología*, 46 (6), 365-372.
13. De la Torre, G. (2002). El modelo funcional de la atención en neuropsicología. *Revista de psicología general y aplicada*, 55 (1), 113-121.
14. Faranham, S. (1996). El aprendizaje escolar. Morata. España.
15. Funes, M & Lupiáñez, J. (2003). La teoría atencional de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de orientación, alerta y control cognitivo y la interacción entre ellas. *Psicothema*. (15), 2, 260-266.
16. Goldstein, S. & Ellison, A. (2002). Clinician's Guide to adult ADHD Assessment and Intervention. ACADEMIC PRESS. USA.
17. González, A. & Ramos, J. (2006) La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta. Manual moderno. México.
18. Henríquez, M., Zamorano, F., Royhhammer, F. & Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de neuropsicología*, 50 (2), 109-116.
19. Hudziak, J. Genética del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En Brown, T. (2003). Trastorno por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Masson. España. 57-78.
20. Jiménez, P., Cubillo, A. I., Jiménez, M. A., Ponce, G., Aragués, M. & Palomo, T. (2006). Disfunciones ejecutivas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de neuropsicología*, 43 (11), 678-684.
21. Lezak, M., Howieson, D. & Loring, D. (2004). Neuropsychological assessment. OXFORD. New York.
22. Mackin, S. & Horner, M. (2005). Relationship of the Wender Utah Rating Scale to objective measures of attention. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 468– 471.
23. Ormrod, J. (2005). Aprendizaje humano. PEARSON. Prentice Hall. Madrid.
24. Posner, M. (1990). The attention system of the human brain. neurosc. Washington.

25. Quintero, F. Correas, J. & Quintero, L. (2009). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. ELSEVIER MANSSON. España.
26. Ramos, J. A., Bosch, R. & Casas, M. (2009). trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. Amat. Barcelona.
27. Ramos, J. A., Bosch, R., Castells, X., Nogueira, M., García, E. & Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de neuropsicología*, 42 (10), 600-606.
28. Ramos, J., Taracena, A., Sánchez, I., Matute, E. & González, A. (2011). Relación entre el funcionamiento ejecutivo en pruebas neuropsicológicas y el contexto social en niños con TDAH. *Revista neuropsicológica, neuropsiquiatría y neurociencias*, 11 (1), 1-16.
29. Rodríguez, R., Ponce, G., Jiménez, M., Pérez J., Rubio, G., Jiménez, M. et al. (2001). Validación en población española adulta de la Wender –Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Revista de neurología*, 33 (2), 138-144.
30. Sarason, G. (2006). Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. PEARSON. México.
31. Stassen, K. (2007). Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia. Panamericana. España.
32. Solovieva, Y., Quintanar, L., Bonilla, M. (2003). Análisis de las funciones ejecutivas en niños con déficit de atención. *Revista española de neuropsicología*. 5 (2), 163-176.
33. Soutullo, C. & Díez, A. (2007). Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Panamericana. España.
34. Tirapu, J., García, A., Luna, P., Roig, T. & Pelegrín, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Revista de neuropsicología*, 46 (11), 684-692.

35. Tirapu, J., García, A., Luna, P., Roig, T. & Pelegrín, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (II). *Revista de neuropsicología*, 46 (12), 742-750.
36. Valdizán, J. & Izaguerri, A. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de neuropsicología*, 48 (2), 95-99.
37. Wechsler, D. (2003). Escala Wechsler de inteligencia para adultos –III. Manual Moderno. México.
38. Wiener, J. & Dulcan, M. (2006). Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. MASSON. España.
39. Wilens, T. & Biedermen, J. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad relacionado con sustancias. En Brown, T. (2003). Trastorno por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Masson. España. 319-340.