



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

## ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA EL RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN DEL TDAH EN ADULTOS

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Martha Silvia Teodorez Romero

Director: Mtra. Maura Zúñiga Rodríguez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 27 de noviembre de  
2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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

|  |    |
|--|----|
| Introducción.....                                      | 2  |
| Planteamiento del problema .....                       | 2  |
| <b>Justificación</b> .....                             | 4  |
| Objetivos.....   | 7  |
| Objetivo general .....                                 | 7  |
| Objetivos específicos.....                             | 7  |
| Pregunta de Investigación .....                        | 7  |
| Marco Teórico .....                                    | 8  |
| Adultez.....   | 8  |
| Definición de TDA/H.....                               | 13 |
| Antecedentes .....                                     | 15 |
| Etiología.....   | 20 |
| TDA/H en adultos.....                                  | 22 |
| Características conductuales del TDA/H en adultos..... | 23 |
| Falta de atención.....                                 | 24 |
| Hiperactividad-impulsividad .....                      | 26 |
| Desregulación emocional.....                           | 28 |
| Afectaciones del TDA/H en la vida adulta .....         | 30 |
| Comorbilidades .....                                   | 34 |
| Diagnóstico en la adultez.....                         | 39 |
| Instrumentos de evaluación .....                       | 48 |
| Tratamiento .....                                      | 53 |
| Tratamiento farmacológico .....                        | 54 |
| Tratamiento psicológico .....                          | 57 |
| Conclusiones y Discusión.....                          | 61 |
| Limitaciones .....                                     | 66 |
| Propuesta .....  | 67 |
| Referencias .....                                      | 69 |
| Apéndice A.....  | 86 |
| Apéndice B.....  | 88 |

## **Aspectos Fundamentales para el Reconocimiento y Atención del TDAH en Adultos.**

### **Introducción**

#### **Planteamiento del problema**

En el mundo, el TDA/H muestra una prevalencia del 5.29% en población infantil y adolescente (Polanczyk et al., 2007). En la población adulta de 18-44 años se ha detectado el 3.4% (Fayyad, et. al., 2007). Publicaciones más recientes de la APA (2014), reflejan variabilidad con estos porcentajes, puesto que apunta datos aproximados del 5% en los niños y el 2,5 % de los adultos. Por su parte, Justin Barterian profesor clínico de la Universidad Estatal de Ohio, ha declarado la estimación del 4.4% de personas con TDA/H en edades comprendidas entre 18 y 44 años, de los cuales, algunos reciben un diagnóstico tardío (Thomson, 2024). No obstante, estos conteos indicarían que, a nivel global, aproximadamente el 8% de la población en general presenta este trastorno.

Recientemente, Song et al. (2021), muestran que, a pesar de que el trastorno presenta una disminución conforme aumenta la edad, a nivel mundial tan solo en el año 2020, el TDA/H persistente en adultos tuvo una prevalencia del 2.58% (139.84 millones de casos), y el TDA/H sintomático fue de 6.76% (366.33 millones de casos).

“En Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH”, según declaración de la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH (LILAPETDAH), durante el III Consenso Latinoamericano de TDAH (De la Peña, et al., 2010, p. 95).

Por su parte, en México, el INEGI estima que de los 33 millones de niños y adolescentes (aprox.) existentes, 1.5 millones podría recibir un diagnóstico del trastorno (Palacios et al., 2011; Ureña, 2016).

El TDA/H suele relacionarse a la infancia y la adolescencia ya que inicia y se comienza a manifestar antes de los doce años (Ortiz & Jaimes, 2016) y generalmente, es diagnosticado en estas etapas del desarrollo; sin embargo, resultaría erróneo creer que cuando se llega a la edad adulta esta condición desaparece o no se manifiesta. Hernández et al. (2021), abordan este aspecto, mencionando que “hay poca literatura acerca de qué pasa con los adultos con TDAH”, ya que generalmente gran parte de las investigaciones se centran en estudiar este fenómeno en la infancia y adolescencia (p. 1).

En este sentido, la evidencia y algunas estadísticas reflejan que es posible que la sintomatología referente a éste trastorno ceda al paso de los años, por ejemplo, Faraone et al., (2015, como se citó en Palacios, 2021), exponen que los síntomas disminuyen hacia la vida adulta, con una remisión parcial aproximada en el 65% de los casos; sin embargo, a pesar de tan alentadoras cifras, estos autores también indican que la remisión completa de los síntomas en la adultez temprana solo llega a presentarse en un 15% de los niños diagnosticados.

En esta misma línea, Barkley et al. (2008), “refieren que entre 30 y 70% de los pacientes que presentaron TDAH en la infancia, todavía manifiestan síntomas clínicos importantes en la edad adulta” (Yáñez, 2016, p. 2). Dato que se aproxima al revisado en otro informe, donde después de un estudio se indica que hasta un 78% de los niños diagnosticados mantuvieron el trastorno en esta etapa presentando al menos una característica de persistencia (Biederman et al., 2010).

Si bien, las cifras estimadas, generalmente son encontradas respecto a la población que presenta o ha sido diagnosticada con el trastorno, aún no se han podido encontrar estudios a grandes escalas que indiquen cuánta población mundial podría presentar el trastorno sin ser reconocido o diagnosticado.

No obstante, tras una encuesta reciente realizada a 1000 estadounidenses, se ha informado que el 25% de los adultos encuestados, 1 de cada 4, tiene sospecha del trastorno sin diagnóstico y sólo el 13% lo ha comentado con su médico (Thompson, 2024).

Dentro de otro estudio aislado en pacientes ambulatorios, el TDA/H no diagnosticado se ha llegado a presenciar en el 6% de los participantes (48 individuos) dentro de un grupo integrado por 795 personas (Vidal et al., 2014).

### **Justificación**

A partir de los datos presentados, parece incierto lo que sucede con ese 70% (aprox.) de la población que siguen manteniendo el trastorno en la vida adulta o si cuentan con la información necesaria acerca del cambio o modificación que este implica con el paso del tiempo; además, no se indica si los casos con TDA/H presentes en las estadísticas sean el total de casos existentes.

Resulta preocupante que, según Posa (s.f.) del Hospital Psiquiátrico Infantil, cerca del 70% de esta la población infantil diagnosticada no recibe atención ni tratamiento, aspecto que podría traer otros trastornos como depresión y/o ansiedad y ciertas conductas o adicciones derivadas de estos (alcoholismo, drogadicción o vandalismo) (Ureña, 2016) y, en consecuencia, tener repercusiones durante la adultez.

Por lo tanto, es importante abrirse a la posibilidad de que existe población que ha presentado comportamientos desadaptativos a lo largo de su vida sin haber recibido un diagnóstico durante las etapas previas a la adultez, ajustándose muchas veces a la etiqueta social de “malcriados, torpes, malos, vagos, insoportables y bobos”, ya que según Orjales (1999, como se citó en Molinar & Castro, 2018), estas etiquetas son las que comúnmente

identifican a los niños con TDA/H en el ámbito escolar debido a su comportamiento y en consecuencia, estarían ligadas a la estigmatización, exclusión o violencia.

Debido a que su diagnóstico resulta ser más complejo que un simple check list de los síntomas, durante la etapa adulta, se requiere una evaluación exhaustiva, donde se incluya “una revisión de los síntomas pasados y actuales, un examen médico y una anamnesis, así como el uso de escalas de valoración o listas de comprobación para adultos” (APA, 2023).

Mas resulta necesario que las mismas personas sean conscientes de su propio comportamiento para reconozcan los signos de alarma que pudieran estar presentes, con la finalidad de contrarrestar las posibles consecuencias del nulo diagnóstico y tratamiento previos. En relación con esto, Vargas (2021) señala que, si el trastorno evoluciona sin tratamiento, es más probable que se presente una comorbilidad, la cual, genere un cambio en su evolución y presencia, mal pronóstico y en consecuencia se dificulte su control. En este sentido, es posible que las personas adultas diagnosticadas y atendidas durante las primeras etapas de su vida, tengan o busquen mayores herramientas para afrontar propiamente los síntomas del TDA/H si este persiste en la adultez, ya que tienen el conocimiento de su existencia; no así en las personas que ignoren su presencia o que no hayan recibido atención médica o psicológica previa, pues presentan un riesgo latente de afectación a su bienestar y funcionalidad.

Sin embargo, reconocer el propio comportamiento en la vida adulta pareciera no ser tan fácil como se lee, un ejemplo de esto es lo que expone Vera (2016), quien afirma, que gran parte de las mujeres no son diagnosticadas en la infancia pues ellas no manifiestan conductas tan disruptivas como los niños y, generalmente, reconocen sus síntomas una vez que las observan en sus hijos (Mazurkiewicz & Marcano, 2021).

En un estudio realizado por Palacios, et al., (2011), para conocer y describir los conocimientos y las creencias de los padres de niños y adolescentes con TDA/H respecto a

diversas cuestiones referentes a su diagnóstico y tratamiento, se encontró que el 60% de los padres “identificó los síntomas de sus hijos en su propia conducta durante los años escolares”, de esta cifra, solo el 25% reconoció dificultades en su vida. Este mismo estudio arrojó que el 28% de los padres estudiados expresaron incapacidad para manejar los problemas conductuales que presentaba su hijo. Los resultados de esta investigación demostraron que recibir información de tal trastorno influye directamente en la percepción acerca de este.

En la actualidad y con el avance de la tecnología, se ha presentado un bombardeo de información, algunas veces sesgada o incompleta, que incita a las personas a realizar un autodiagnóstico del TDA/H y adjudicarle ciertos comportamientos, sin tener un conocimiento claro de la complejidad de este y otros trastornos.

Por lo anterior, resulta de gran importancia concentrar datos respaldados por la ciencia, que informen de una forma profesional y sirvan para identificar aquellas conductas en la vida de los adultos, que podrían estar ligadas a la presencia de TDA/H. Si bien, un porcentaje importante de la población que presenta esta condición y que fue diagnosticada en la infancia puede adaptar sus conductas a partir del tratamiento recibido, existe la posibilidad que exista un número importante de la población que no haya sido diagnosticada y, esto, en consecuencia, sea la causa de comportamientos desadaptativos manifestados una vez que hayan llegado a la adultez, afectando su funcionamiento social dentro de entornos educativos, laborales, y/o familiares; o como lo mencionan Mazurkiewicz y Marcano (2021) “provocando importantes alteraciones en diversas áreas vitales de la persona” (p. 107).

La población adulta no diagnosticada, es el principal foco de atención y en la cual se centra la presente investigación, con el fin de crear un contenido enfocado en reconocer los comportamientos desadaptativos de los adultos, posiblemente causados por el TDA/H en esta

etapa de su vida o en etapas previas; así como visibilizar las generalidades que conduzcan a un adecuado diagnóstico y tratamiento.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Establecer mediante una revisión teórica la presencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H) en la adultez, con el propósito de analizar sus características clínicas, el impacto en las áreas funcionales de la vida adulta, y los desafíos que plantea su diagnóstico en esta etapa de la vida.

### **Objetivos específicos**

- Identificar y describir las principales características cognitivas, emocionales y conductuales que manifiestan los adultos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H).
- Analizar el proceso de diagnóstico tardío del TDA/H y sus implicaciones emocionales, sociales y laborales, con el fin de comprender cómo la falta de intervención temprana impacta el bienestar y el desarrollo personal de los individuos.

### **Pregunta de Investigación**

¿Un adulto puede presentar TDA/H?

¿Qué características observables podrían ser indicadores del TDA/H en un adulto?

## **Marco Teórico**

### **Adultez**

La APA (2010), define a la adultez como:

periodo del desarrollo humano en que se alcanzan la madurez y el crecimiento físico pleno y en que ocurren ciertos cambios biológicos, cognitivos, sociales, de personalidad, etcétera, asociados con el proceso de envejecimiento. La adultez, que empieza después de la adolescencia, se divide a veces en adultez joven (aproximadamente de los 20 a los 35 años de edad); adultez media (entre los 36 y los 64 años); y adultez tardía (de los 65 en adelante). La última se subdivide en ocasiones en ancianos jóvenes (65 a 74 años); ancianos mayores (75 a 84 años) y ancianos de edad avanzada (85 años en adelante) (p. 47).

De igual forma que el concepto de TDA/H, la adultez y todas sus características comportamentales que la describen, han tenido una evolución constante en función de la época y sociedades en la que se encuentren los individuos (Papalia & Martorell, 2017).

La etapa adulta, que es la etapa del desarrollo humano que más años comprende, es condicionada por diversos factores sociales y culturales, que cambian de una sociedad a otra e incluso dentro de una misma sociedad y, de esta forma, establecen conductas socio normativas con relación a la edad de las personas, que a su vez, se interrelacionan con determinantes biológicos y características psicológicas individuales de las personas. El inicio de esta etapa es primordialmente determinado por acontecimientos sociales y por diversos retos enfrentados por los jóvenes, como lo son la “finalización de los estudios, primer empleo, vida en pareja, matrimonio, paternidad, tareas de desarrollo que implican por parte del individuo alto grado de independencia y responsabilidad” (Uriarte, 2005, p. 145).

La psicología del desarrollo indica que los procesos de cambio ofrecen características distintas en unas y otras edades, aún a pesar de que puedan existir causas comunes (Izquierdo, 2005).

Desde el campo de la psicología, hace más de treinta años, Daniel Levinson (1986), postula que el ciclo de la vida estaba dividido en distintas eras y que, entre una era y otra, existían cambios ambientales cruciales que impactarían directamente en la vida de las personas; que en combinación con la individualidad o características de cada una permiten variaciones que las hacen únicas en la formación de su personalidad. En su Teoría Estructurada del Desarrollo, este autor, identifica y establece cinco “eras” de la vida con sus respectivas características y rango de edades que comprende cada una:

*Preadulthood* (desde el nacimiento hasta los 22 años) (años de formación). Los Individuos atraviesan por una infancia dependiente, la niñez y la adolescencia, hasta llegar al inicio de una vida “más independiente y responsable” que es la adultez; o bien, comienza un proceso continuo hacia la individualidad.

*Transición a la adultez temprana* (17- 22 años). Periodo que forma parte la pre-adulthood y de la adultez temprana, donde la primera etapa llega a su fin abriendo paso a la siguiente. En este periodo de transición se van modificando las relaciones familiares y del entorno preadulto para abrirse paso y ocupar un lugar en el mundo adulto. “El niño ha adquirido madurez como adulto”.

*Adultez temprana* (17-45 años). Es considerada la era “de mayor energía y abundancia y de mayor contradicción y estrés” en la vida adulta. Periodo para formar y perseguir aspiraciones, establecer un nicho social y/o formar una familia, es posiblemente un periodo satisfactorio en términos amorosos, sexuales, familiares, laborales, creativos y logro de metas; sin embargo, también podría implicar tensiones derivadas de paternidad, formación profesional, dificultades

financieras o decisiones cruciales relacionadas con la familia, matrimonio, trabajo y estilo de vida antes de tener madurez o experiencia necesaria para ello (p. 5).

*Transición a la mediana edad (40-45 años).* Representa el fin de la adultez temprana y transición a la mediana edad, es decir, que separa y conecta a estas dos eras. Se comienza un nuevo paso a la individuación y, en consecuencia, las personas se vuelven más compasivas, reflexivas y juiciosas, así como menos dominadas por los conflictos internos y las demandas externas, con amor genuino propio y hacia los demás.

*Adultez media (40-65 años).* En esta etapa, los individuos tienen capacidades biológicas por debajo de las anteriores pero suficientes para llevar una vida energética, satisfactoria y valiosa, se vuelven más conscientes con trabajo individual reflexivo e interno.

*Transición a la adultez tardía (60-65 años).* Es el paso para llegar de la adultez media hacia la adultez tardía.

*Adultez tardía (60-85 años).*

*Adultez realmente tardía (80 años en adelante).*

Si bien, para Levinson los periodos de transición entre una era y otra serían realmente indispensables para el desarrollo de la vida, estas “podrían provocar cierto grado de desequilibrio, llegando en ocasiones a producir ansiedad, confusión e inestabilidad en quien los experimenta” (Rivera, 2007, p. 9).

Desde el campo del desarrollo humano como disciplina científica, Papalia y Martorell (2017), advierten que, debido a que el ciclo vital abarca desde el nacimiento hasta la muerte, resulta necesario darle la misma importancia al estudio de cada etapa de la vida, puesto que, en cada una, puede estar implícito un desarrollo negativo o positivo.

En contraste a lo postulado por Levinson, estas autoras plasman ocho etapas del desarrollo de las que se desprenden tres etapas en la vida adulta: *adulthood temprana*, *adulthood media* y *adulthood tardía*. En estos periodos (y otros previos), el desarrollo de los seres humanos es dividido en tres aspectos principales para su estudio y comprensión, a saber: desarrollo físico (referente al crecimiento del cuerpo y del cerebro), desarrollo cognoscitivo (referente al cambio de los procesos mentales) y desarrollo psicosocial (cambios en emociones, personalidad y relaciones sociales), mismos que se presentan en la siguiente descripción de las etapas adultas por rangos de edad:

Adulthood temprana (20-40 años).

En esta primera etapa de la adulthood, la salud se ve impactada por el estilo de vida que se practique, y se caracteriza por alcanzar el máximo nivel físico, con una ligera disminución posterior. A nivel cognitivo, el pensamiento y juicios morales se vuelven más complejos, se eligen opciones educativas y laborales y suele ser una etapa de exploración. El desarrollo psicosocial también sufre cambios, la personalidad se vuelve más estable, al igual que las relaciones íntimas y estilos de vida, aunque con algunos cambios constantes a partir de los sucesos de la vida, en este proceso casi todos se casan y muchos tienen hijos.

Adulthood media (40-65 años).

La adulthood media, se caracteriza por el inicio de un deterioro físico lento tanto de la salud como de las capacidades sensoriales, el vigor y la resistencia, con diversas variaciones entre individuos. Cognitivamente, las habilidades mentales (la competencia y la capacidad para la resolución de problemas) llegan a su máximo nivel; la creatividad tiene un declive pero mejora su calidad. En algunos casos se alcanza el éxito profesional, con un alto poder para generar ganancias; en otros tantos, se llega a experimentar agotamiento y/o cambio de profesión. Además, en el aspecto psicosocial, se mantiene constante el desarrollo del sentido

de identidad mientras que se transiciona hacia la mitad de la vida. Es posible que en este proceso existan situaciones que generen tensión, por ejemplo, el cuidado de padres y/o hijos o la partida de estos.

Adulter tardía (65 años en adelante).

Al igual que en las etapas anteriores, en la adulter tardía también se manifiestan cambios en los aspectos físico, cognitivo y psicosocial. Aunque la mayoría de los individuos son sanos y activos durante este periodo, en el aspecto físico, disminuye la salud y las capacidades físicas, por ejemplo, los tiempos de reacción que pueden afectar la funcionalidad de las personas. A su vez, el desarrollo cognitivo sufre deterioro en las áreas de inteligencia y de la memoria, sin embargo, la mayoría “encuentra la forma de compensarlas para comprender y manejar las transiciones de la vida “. Psicosocialmente, durante el retiro, las personas encuentran alternativas para aprovechar el tiempo, se desarrollan estrategias más flexibles de afrontamiento, frente a pérdidas personales y la muerte inminente; así como se genera un apoyo importante a partir de las relaciones familiares o de amistad (Papalia y Martorell, 2017).

Si bien, las clasificaciones de etapas en la vida adulta aquí expuestas presentan ligeras variaciones de un autor a otro, es importante resaltar que todos coinciden en que los rangos o divisiones marcadas en cada etapa, era o periodo, son aproximadas e imprecisas, ya que en la etapa adulta “no hay indicadores sociales, ni físicos bien definidos, como la entrada a la escuela o el inicio de la pubertad, que marquen un cambio de una etapa a otra” (Papalia & Martorell, 2017, p.5). Incluso Levinson (1986), indica que las edades son estimadas e inexactas con la posibilidad de una variación de dos años; en este sentido se puede afirmar que el rango estimado dentro de cada periodo es totalmente flexible si se consideran las condiciones individuales y medioambientales de cada persona.

## **Definición de TDA/H**

El TDA/H, cuenta con diversas definiciones según el autor que se le consulte y el espacio temporal en que se encuentre, sin embargo, en casi todas las definiciones se pueden localizar como característica principal las dificultades en la atención.

Los psicólogos Russell Barkley (1990) y Stephen Faraone (2002), unos de los principales investigadores del TDA/H, lo definen como “un trastorno del neurodesarrollo con base genética y elevada heredabilidad, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones de la atención, impulsividad y sobreactividad motora” (Fernandes et al., 2017, p. 3).

Es un trastorno del autocontrol que consiste en problemas con la capacidad de atención, el control de los impulsos y el nivel de actividad y que, además, puede generar un deterioro en la capacidad para controlar el comportamiento, mantener metas futuras y afectaciones en la mente (Barkley, 2000); es decir, que afecta la inhibición motora y cognitiva (Barkley, 2011).

En el ámbito médico, Soutullo y Diez (2007) realizaron una descripción clínica del trastorno, definiéndolo como un trastorno psiquiátrico de origen biológico que afecta a la capacidad del niño, adolescente o adulto para prestar atención a las acciones que realiza (inatención), regular su nivel de actividad (hiperactividad) e inhibir o frenar sus pensamientos o su comportamiento (impulsividad) (p. 34).

También los criterios diagnósticos suelen brindar su contribución definidora del TDA/H. El DSM-5, lo clasifica como un trastorno mental del neurodesarrollo, que comienza en la infancia y puede persistir durante la vida adulta. Es caracterizado por un “patrón persistente de

inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo” (APA, 2014, p.59).

Por su parte, el CIE-10 lo integra a sus páginas como Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad y Trastorno hiperkinético con déficit de la atención, dentro del grupo de trastornos hiperkinéticos, específicamente de la perturbación de la actividad y de la atención, los cuales, se caracterizan por “falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva” (OMS p. 356).

Desde el enfoque educativo, Cubero (2006), hace una revisión de algunas definiciones del trastorno e indica que la definición varía incluso de acuerdo con el autor que se le consulte y destaca las siguientes:

- García Pérez y Magaz Lago (2001): conjunto de diversas manifestaciones conductuales.
- El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (2002): incapacidad que afecta la habilidad de los niños de aprender y obrar recíprocamente con otros.
- El Centro de Investigación en Medicamentos (CIMED) de la Universidad de Costa Rica (2002): patrón persistente y frecuente de falta de atención e impulsividad inapropiadas para el grado de desarrollo esperable de los individuos, puede presentarse con o sin hiperactividad.
- García Pérez (2001): condición biológica que afecta, primordialmente, la capacidad del escolar para focalizar eficazmente y mantener la atención un tiempo razonable en una

tarea que se le propone. Afecta la capacidad para aprender, constituyendo un factor aptitudinal de base orgánica.

- McEwan (1995): condición de base biológica que tiene implicaciones a lo largo de la vida.
- Pueyo, et al (2000): dificultad atencional, déficit de la inhibición de respuestas, impulsividad y alteración motora.
- Scandar (2000, p. 10): síndrome biocomportamental del desarrollo y generalmente crónico, de presentación heterogénea, frecuentemente de origen innato y/o genético en el campo de la atención (inatención), el control de los impulsos (impulsividad) y la regulación del nivel de actividad (hiperactividad).
- Bauermeister (2000): comportamiento causado por un rezago en el desarrollo del autocontrol.
- Routh (1980): incapacidad constante de un niño para satisfacer, de acuerdo con su edad, exigencias circunstanciales de actividad contenida, atención sostenida, resistencia a distracciones e inhibición de respuestas impulsivas.

### **Antecedentes**

La descripción y conceptualización del TDA/H a lo largo del tiempo, ha tenido cambios, variaciones y evolución a partir de su estudio en diferentes áreas y de los avances implicados en la búsqueda de conocimiento.

Si bien, actualmente es conocido como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en el pasado, aunque no se le conocía con este nombre, ya se describían

comportamientos infantiles semejantes a la sintomatología que hoy se le atribuye a este trastorno (Guerrero, 2016).

A través del tiempo, las definiciones se fueron modificando en función de sus características clínicas y/o supuesta etiología observadas por los profesionales de la salud. Entre las denominaciones que ha recibido este trastorno se encuentran: niños inestables, síndrome de inestabilidad psicomotriz, síndrome de impulsividad orgánica, daño cerebral mínimo, impedimento cerebral mínimo, hiperquinesia, trastorno de actividad e impulsividad, síndrome de Strauss, disfunción cerebral mínima, síndrome hiperkinético, trastorno por déficit de atención, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, etc. (Maciá, 2012, p.p. 17-18).

Barkley y Peters (2012, como se citó en Antshel & Barkley, 2020) mencionan que su descripción y categorización “se remonta a casi 250 años atrás”. Precisamente en 1775 Weikard realiza una de las primeras descripciones sobre los trastornos atencionales dentro de libros médicos.

Otro referente importante tuvo lugar en 1798 por el médico escocés Alexander Crichton en su obra “An inquiry into the nature and origin of mental derangement”, dividida en tres tomos. El segundo tomo titulado “La historia natural de las facultades mentales y descripción de las enfermedades que las afectan” es el que ha destacado como antecedente para el estudio y descripción del TDA/H; específicamente, en el capítulo “On attention and its diseases”, se establecen las principales características de la atención y su condicionamiento por diversos eventos, entre ellos la enfermedad. Este autor, establece en dicha obra el concepto Restlessness (inquietud mental) con el que afirmaba que “la incapacidad de atender con el grado necesario de constancia hacia cualquier objeto”, podría tener origen en el nacimiento o derivado de una enfermedad accidental (Crichton, 1978, como se citó en García, 2017).

A estas contribuciones, se agrega la del médico alemán Heinrich Hoffman, quien, de una forma menos convencional y diferente al resto de sus colegas, plasma algunas características del entonces indefinido TDA/H. En 1845 publicó “Der Struwwelpeter”, una obra integrada por diversos cuentos referentes a “problemas y patologías en la infancia”. Uno de estos cuentos, “Felipe el nervioso”, relata los problemas de atención e hiperactividad del protagonista, quien, con una marcada inquietud a la hora de comer, cae al suelo y tira todo lo que estaba sobre la mesa (Guerrero, 2016).

Otros autores, como Maudsley (1867), Ireland (1877), Bourneville (1897) y Clouston (1899), ya describían síntomas como la impulsividad, la inestabilidad psicomotriz, dificultad para mantener la atención, tras la observación de niños con trastornos psicopatológicos; sin embargo, estas características de la hiperactividad sólo eran síntomas atribuidos a algún trastorno, retardo mental o alguna otra patología y no como trastorno independiente (Maciá, 2012). A partir de la descripción realizada acerca de estos síntomas, Bourneville acuñó el término “niños inestables” para nombrar a los pacientes que los manifestaban (Antshel & Barkley, 2020; Maciá, 2012).

Aunque en los antecedentes antes expuestos, ya se venía describiendo la sintomatología y características del TDA/H, es hasta 1902 cuando se realizan las primeras descripciones rigurosas y científicas por George Still y Alfred Tredgold en “el Real Colegio de Médicos”. Still observó y describió que 43 niños que asistían a su consulta tenían problemas atencionales, sin embargo, en ese entonces él lo llamó “defecto de control moral”, pues atribuía la inatención de esos niños a la imposibilidad de comportarse conforme a las normas; además, describió su posible etiología al ver que algunos de ellos adquirieron ese desequilibrio luego de una enfermedad cerebral aguda (Soutullo & Diez, 2007).

En España, también tuvieron lugar dos descripciones clínicas de gran relevancia para el TDA/H. Inicialmente, la plasmada por el catedrático Augusto Vidal Parera en su “Compendio de Psiquiatría Infantil”, donde describe “el comportamiento de los niños que hoy serían diagnosticados como hiperactivos” y cambia el discurso previo sobre esta conducta al considerarla esta vez como enfermedad y no como problema ético como se había clasificado previamente (Fernandes et al., 2017, p. 4). Posteriormente, en 1917, la del médico psiquiatra Gonzalo Rodríguez Lafora, quien realiza una descripción que distinguía a los niños hiperactivos de los inatentos, denominándolos: a) Idiotas enequéticos (deficientes con actividad inusual que no les permite estar quietos) y, b) Mentalmente normales (quienes no pueden fijar su atención para escuchar, comprender o responder) (Maciá, 2012). Gonzalo Rodríguez-Lafora definió este trastorno tanto en niños como en adultos (Monzón et al., 2016).

Algo parecido a lo que años atrás había descrito Still, es la explicación de la hiperactividad como consecuencia de un daño cerebral y que fue establecida después de una epidemia de encefalitis por influenza virus, entre 1917 y 1918 en Estados Unidos (Soutullo & Díez, 2007, p. 7). Tras este suceso, se observaron secuelas de carácter neurológico y conductual en gran cantidad de personas (niños y adultos) que habían padecido la enfermedad, entre las que destacan, la hiperactividad, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas de atención y de memoria, sintomatología que en ese tiempo ganó la denominación de *“trastorno conductual postencefálico o síndrome orgánico cerebral”* y, que a su vez, apuntaban a una etiología de tipo biológica y medioambiental (Maciá, 2012, p. 21).

Barkley (2006), afirma que estos sucesos que asociaron a la enfermedad cerebral con la patología del comportamiento, abrieron un interés especial y condujeron al estudio de otras posibles causas de afectaciones cerebrales y sus manifestaciones en la conducta; así como el desarrollo de nuevos términos como lo son “impulsión orgánica” por Kahn & Cohen en 1934, o

el de “síndrome de inquietud” por Childers en 1935. De esta manera, en las décadas de 1930 a 1940 cobró fuerza el concepto de “síndrome de daño cerebral” (Soutullo & Díez, 2007).

Debido a que los estudios dirigidos a comprobar la relación de daño cerebral con la hiperactividad no habían sido satisfactorios, a partir de los años 50s, comenzaron a ampliarse las aportaciones terminológicas, ya que, entonces, no solo se hablaba de términos enfocados en lo orgánico, sino que también se contribuía con una mirada hacia los aspectos comportamentales, psicológicos y medioambientales. Por un lado y con un enfoque médico tradicional, Strauss llamó *disfunción cerebral* al cuadro sintomatológico del ahora TDA/H y, en 1962, Clements y Peters utilizan *disfunción cerebral mínima* reduciendo así la posibilidad de que fuera causado precisamente por alguna lesión cerebral. Por su parte, con un enfoque dirigido a lo conductual, en 1957 Laufer y Denhoff utilizan el término *síndrome hiperkinético infantil* para referirse a niños con una actividad motriz excesiva; y Chess (1960), lo denomina “*síndrome del niño hiperactivo*” (Maciá, 2012).

Siguiendo esta misma línea de investigación, los diversos autores consultados coinciden en que la Clasificación internacional de enfermedades: CIE-8 (OMS,1967), lo recoge como *síndrome hiperkinético en la infancia*, (Maciá, 2012, p. 24), y el sistema de clasificación de las enfermedades mentales DSM-II (1968), utilizó el término *Reacción Hiperkinética de la Infancia*, para describirlo como “un trastorno evolutivo benigno caracterizado por exceso de actividad, inquietud, distractibilidad y poca capacidad de atención, especialmente en niños pequeños, que generalmente disminuía al llegar la adolescencia” . Es a principios de los 70s que se incluyen en esa descripción, aspectos como la impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad o distractibilidad (Fernandes et al., 2017; Maciá, 2012; Soutullo & Díez, 2007, p.8).

El término Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, llega a establecerse en el DSM-III en 1980, con mayor énfasis en la falta de atención y la posibilidad de presentarse con o sin características hiperactivas. En 1987, se establece el término Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) tal como se le conoce en la actualidad y, finalmente en 1994 el DSM-IV lo clasifica en tres subtipos: inatento, hiperactivo/impulsivo y combinado (Antshel & Barkley, 2020).

Actualmente, y tras las recientes actualizaciones del DSM-5 por la APA (2014), el nombre del trastorno es establecido como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, sin embargo, parece importante aclarar que, en esta nueva versión del manual, ya no se habla de “tipos” de TDA/H, sino que de él se desprenden tres posibles formas de presentación:

- TDAH en presentación combinada.
- TDAH en presentación predominante con falta de atención.
- TDAH en presentación predominante hiperactiva/impulsiva.

### **Etiología**

La etiología del TDA/H es explicada por diversos autores generalmente desde el enfoque médico o clínico. Desde este campo de estudio, Soutullo y Díez (2007), aseguran que el TDA/H no es causado por un solo factor, o bien, que es multifactorial, y cada posible causa, generadas de forma perinatal o prenatal, puede contribuir o aumentar el riesgo de manifestar el trastorno. Entre las más importantes se encuentran la causa genética, bajo peso al nacer, adversidad psicosocial y que la madre consuma alcohol o tabaco durante el embarazo.

Es decir, la acumulación de diversos factores de riesgo genéticos y ambientales durante estas etapas, estarían provocando el desarrollo del TDA/H; casi nunca es a causa de un solo factor (Faraone et al., 2015; Faraone et al, 2021).

De esta forma, surge la necesaria y reiterada afirmación de que el TDA/H es altamente heredable, con una carga genética que lo posiciona como uno de los trastornos psiquiátricos más hereditarios (Geschwind & Flint, 2015; Nevez Muniz, 2023).

Aunque a lo largo de la historia se han realizado diversos estudios para determinar la causa que origina la presencia del TDA/H, existe evidencia científica que sugiere que esta es heterogénea (Monzón, 2016), donde los mayores y principales causantes de este trastorno, son los factores neurobiológicos (genético-hereditarios, neuroanatómicos y neuroquímicos) (Carboni, 2011).

Desde un enfoque neuropsicológico, Ardila y Ostrosky (2012), siguiendo el enfoque de Barkley (1997), lo atribuyen a deficiencias o fallas en los circuitos cerebrales encargados de la inhibición y el autocontrol formados durante el desarrollo.

En este sentido, los estudios apuntan específicamente a deficiencias localizadas en el lóbulo frontal con afectación directa en las funciones ejecutivas, pudiendo verse involucradas anomalías neuroquímicas (Barkley, 2006).

Entre los factores neurológicos de origen químico que influyen en el TDA/H, se encuentra la desregulación de ciertos neurotransmisores: 1) desregulación de dopamina a causa de la afectación en vías dopaminérgicas, como el circuito frontoestriatal y el córtex prefrontal, mismos que se vinculan e influyen en los déficits cognitivos y en las dificultades de pensamiento complejo y memoria respectivamente y; 2) desregulación de noradrenalina, que interfiere con la atención, motivación, interés y aprendizaje de nuevas habilidades (Quintero y Castaño, 2014; Ramos-Quiroga et al., 2013).

Esto se confirma en la declaración de Cartagena realizada a partir del III Consenso Latinoamericano de TDA/H, donde se estableció que los síntomas o manifestaciones de este

trastorno, a diferencia de lo que erróneamente se puede llegar a creer, no surgen a causa de los factores de interacción medioambientales (sociales, económicos, educativos o familiares); ya que estos, solo llegan a modular su forma y grado de expresión (De la Peña et al., 2010).

Por su parte, Barkley (1997), postula que las cuatro funciones neuropsicológicas (memoria de trabajo, motivación, internalización del habla y los procesos de análisis y síntesis del comportamiento), se ven directamente afectadas por los déficits o fallos en las funciones ejecutivas.

Sin embargo, tras un estudio realizado por Biederman et al. (2006), se determinó que, en la población adulta, los déficits en las funciones ejecutivas se encuentran en alrededor del 30% de manera comórbida y, a partir de estos resultados, sugieren que los déficits en las funciones ejecutivas no deben verse como un indicador diagnóstico, sino como una comorbilidad discreta dentro del trastorno.

Es innegable que los estudios en torno a la etiología del TDA/H pueden ir avanzando con el transcurso de los años y, en consecuencia, generar actualización acerca del tema, no obstante, por el momento, la genética y las deficiencias neurológicas son las causas con mayor estudio y respaldo científico, atribuidas a esta afectación.

### **TDA/H en adultos**

A partir de los avances en neuroimagen y en la genética durante las décadas de los años 90, la investigación del TDA/H se amplía aún más, lo cual, impulsa que sea descrito también en población adulta e incluso en más países, ya que había sido una condición mayormente estudiada (desde sus primeros hallazgos) en torno a las edades infantiles y adolescentes (Soutullo & Díez, 2007).

Al respecto, Ramírez y Maldonado (2021), señalaron que, a pesar de ser considerado por mucho tiempo un trastorno propio de las etapas previas a la adultez, sí es posible que el TDA/H se prolongue y genere afectaciones en la funcionalidad de la población adulta de forma frecuente y grave. Lo anterior, es respaldado por los resultados de un estudio longitudinal de seguimiento durante 10 años, realizado por Biederman et al. (2010), para evaluar la persistencia del TDA/H en niños de entre 6 y 17 años, estos, mostraron que la mayoría de los niños con esta condición “experimentan síntomas persistentes y deterioro funcional hasta la adultez temprana” con al menos uno de los criterios establecidos para su diagnóstico.

### **Características conductuales del TDA/H en adultos**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se manifiesta a través de tres principales síntomas: inatención, impulsividad e hiperactividad, en diferentes grados de gravedad; sin embargo, en los adultos se agrega un síntoma más: la desregulación emocional (Ramírez & Maldonado, 2021). Estos síntomas, también son considerados dimensiones del trastorno que, a su vez, engloban diversos comportamientos o clase de respuesta (Barkley, 2006).

Onandia-Hinchado et al. (2021), reiteran que los deterioros cognitivos por dominios que pueden caracterizar un perfil más integral del TDA/H son:

- Déficits en la atención.
- Velocidad de procesamiento.
- Funciones ejecutivas (memoria de trabajo, inhibición con retraso de la recompensa, control de interferencia).
- Memoria verbal.
- Habilidades de lectura.
- Cognición social.

- Habilidades aritméticas.

Las personas con TDA/H suelen observar que tienen dificultades crónicas con falta de atención y/o impulsividad-hiperactividad. Muestran estas características desde etapas tempranas, en un grado excesivo e inapropiado para su edad o nivel de desarrollo, y diversas situaciones que ponen a prueba su capacidad de sostener la atención, restringir su movimiento, inhibir sus impulsos y/o regular su propio comportamiento (Barkley, 2006).

La impaciencia ante la espera, impulsividad en la toma de decisiones, fácil distracción con pensamientos irrelevantes, fallas en la memoria, dificultad para mantenerse alerta o despierto en situaciones aburridas y para recordar sucesos de la infancia; problemas para iniciar proyectos o tareas, no leer o escuchar atentamente instrucciones, y deficiente mantenimiento de la concentración en la preparación de clases o actividades laborales, fueron síntomas identificados tras una cohorte de 1977 a 1999, con adultos que habían sido diagnosticados en la infancia y que aún presentaban el trastorno (Barkley et al., 2008, como se citó en Ortiz y Jaimes, 2016).

La APA (2014) en el DSM-V, no hace una distinción precisa de conductas orientadas al diagnóstico en adultos, sin embargo, para este grupo etario se requieren al menos 5 de cada grupo para considerarlas síntomas del trastorno. Con el fin de ahondar más en cada síntoma, se presentan por separado para una mejor comprensión, ya que, aunque son independientes uno del otro, suelen interrelacionarse en torno al sujeto que presente el trastorno.

### **Falta de atención**

Las manifestaciones conductuales de la inatención según el DSM-V, pueden ser fallas al prestar atención o descuidos, dificultad para mantener la atención en tareas o actividades recreativas, aparentemente no escuchar cuando se le habla directamente, no seguir

instrucciones o no terminar las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales, dificultad para organizar tareas y actividades, evitación, disgusto o poco entusiasmo por iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, perder cosas necesarias para tareas o actividades, fácil distracción por estímulos externos, incluso pensamientos, u olvido de actividades cotidianas; sin que estos síntomas sean causados por la falta de comprensión o por algún desafío (APA, 2014).

En este mismo sentido, diversos estudios como el de Murphy y Barkley, (1996a, como se citó en Barkley, 2006), revelan que algunos adultos con TDA/H han auto informado los mismos síntomas atencionales reportados por los padres de niños con este trastorno, como dificultades para mantener la atención, fácil distracción, no escuchar a los demás, no lograr culminar tareas o actividades, o cambiar con frecuencia de una actividad incompleta a otra.

Las personas que presentan TDA/H sufren afectaciones específicamente en la atención sostenida, con un impacto negativo en el logro de resultados a futuro, de objetivos y de tareas. Se les dificulta tener una visión hacia el futuro y persistir en una actividad concreta, así como no poder resistir las distracciones, lo cual, confluye con respuestas o atención a diversos acontecimientos irrelevantes para su objetivo (Barkley, 2011).

De igual forma que los autores anteriores, Ardila y Ostrosky (2012), señalan que las personas adultas presentan dificultades para iniciar tareas, mantener el esfuerzo para la culminación y organizar rutinas.

Al hablar de este síntoma, algunos como Ramírez y Maldonado (2021), afirman que “destaca más en los adultos” en comparación con la población infantil. Estos autores exponen que la falta de atención y concentración en alguna tarea se relaciona con problemas como la imposibilidad de “organizar, priorizar, seguir y completar actividades”, así como afectaciones en la memoria y gestión del tiempo, debido a la deficiencia en las funciones ejecutivas en

personas adultas con esta condición (p. 36). Además, el sexo femenino, suele presentar mayores rasgos de inatención (APA, 2014, p. 63).

El ámbito escolar no queda exento de involucrarse en los síntomas del TDA/H. Algunas mujeres universitarias han expresado dificultades prevalentes en su vida diaria, que habrían actuado como impedimento para tener un rendimiento óptimo, como la incapacidad de concentrarse y mantenerse concentradas, problemas de motivación en ciertas materias (a pesar de no tener mal desempeño), problemas en la gestión del tiempo, procrastinación y/o dificultades para organizar sus pensamientos. No obstante, estas características no son universales y no todas las personas las presentan, puesto que se ha demostrado lo contrario en algunos casos (Morley & Tyrrell, 2023).

Biederman et al. (2010), brindan datos que comprueban que, conforme aumenta la edad, algunos síntomas de TDA/H disminuyen y otros como la inatención aumentan. Sin embargo, estos autores, también analizan la posibilidad de que, la supuesta disminución de síntomas observados podría estar en función de los requerimientos de los contextos dentro de la vida adulta, que suelen ser diferentes a los de la infancia y adolescencia, pues diversos factores involucrados en los entornos podrían ser causa de que, en la adultez, no sean tan notorios los otros síntomas.

### **Hiperactividad-impulsividad**

El DSM-V denota que la hiperactividad “se refiere a una actividad motora excesiva cuando no es apropiado, o a jugueteos, golpes o locuacidad excesivos”. Por su parte, la impulsividad se manifiesta en la inmiscusión social y/o por acciones apresuradas producidas momentáneamente, sin reflexionar ni considerar las consecuencias a largo plazo y que pueden arriesgar el bienestar. Este mismo manual señala que los adultos con TDA/H pueden

manifestar la hiperactividad como “una inquietud extrema y un nivel de actividad que cansa a las otras personas” (APA, 2014, p. 61).

Si bien, sentirse o parecer inquieto, es una manifestación de la hiperactividad en los adultos (Ramírez y Maldonado, 2021); esta y la impulsividad, tienen otras conductas derivadas de problemas en el desarrollo de la inhibición motora y cognitiva (Barkley, 2011). Según el DSM-V y los autores consultados, algunas de estas conductas son:

- Juguetear/golpear las manos o los pies o retorcerse en el asiento.
- Levantarse en situaciones en las que se espera permanecer sentado.
- Inquietud/corretear o trepar en situaciones en las que no resulta apropiado.
- Incapacidad de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Estar ocupado y actuar como impulsado por un motor/incomodidad al estar quieto por un tiempo prolongado.
- Hablar excesivamente.
- Responder inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- Dificultad para esperar el turno.
- Interrumpir o inmiscuirse.

La actividad motora excesiva (ej. correr de un lado a otro, trepar y tocar objetos), que suele ser indicador diagnóstico en la infancia, disminuye en la edad adulta, por lo que, según Barkley (2011), ha dejado de considerarse del todo para realizar un diagnóstico en esta etapa de la vida. Sin embargo, a pesar de esa disminución motora en la adultez, la impulsividad sigue siendo una problemática a la par de la inatención y la inquietud (APA, 2014).

### **Desregulación emocional**

Las personas con TDA/H, pueden presentar conflicto o sobreexcitación al sentir una emoción, ya que su proceso o capacidad de regulación se ve afectada o debilitada, lo cual, imposibilita su manejo emocional y genera una mayor demanda regulatoria, de autocontrol y empleo de estrategias (Alpízar-Velázquez, 2019).

El DSM-V (APA, 2014), solo considera que la afectación emocional, puede ser una característica asociadas al trastorno, más no los considera un criterio primordial para el diagnóstico, tal como según Barkley (2011), ya se venía haciendo en las publicaciones previas del manual. Este autor, es puntual en afirmar que el TDA/H también provoca dificultades en la autorregulación y funciones ejecutivas y que, la impulsividad para mostrar el estado de ánimo y las emociones es común en las personas con tal afección: se muestran viscerales e inmediatas al expresarse emocionalmente, manifestando impaciencia, baja tolerancia a la frustración, enojos con facilidad o irritabilidad, agitación, y/o sensibilidad emocional.

### **Lenguaje y Tartamudez**

Como ya se ha mencionado antes, la hiperactividad e impulsividad, llevan a las personas a manifestar síntomas del lenguaje como hablar excesivamente o responder impulsivamente, sin embargo, se considera necesario, examinar un poco más los síntomas relacionados con el lenguaje que, a diferencia de los demás síntomas, parecen ser un poco menos estudiados o investigados.

Se afirma que los niños con TDA/H, tienen dificultades en la organización fonológica y en la sintaxis, lo cual, se ve manifestado en una pobre memoria auditiva, problemas con tareas que requieren organización semántica, dificultades en la comunicación y en la pragmática y que, en consecuencia, arroja dificultades en la capacidad narrativa; dado que, esto, se vincula

con el deterioro en las funciones ejecutivas y, por ende, en la capacidad de análisis, la síntesis de información y en la internalización del lenguaje (Vaquerizo et al., 2005). A manera de resumen y apoyando esta aportación al tema, Moraleda et al., (2018), afirman que, diversos estudios sugieren la existencia de “problemas en las áreas de producción y comprensión del lenguaje” y tras un exhaustivo estudio para conocer el perfil lingüístico de niños y adolescentes, estos autores llegan a la conclusión de que los participantes que presentaban esta condición tenían peores habilidades lingüísticas que los participantes con desarrollo típico.

Una de esas alteraciones lingüísticas es la tartamudez, que, si bien podría caber dentro de las comorbilidades, por su clasificación como trastorno del neurodesarrollo (independiente de otros trastornos), se ha encontrado como una posible característica conductual o síntoma para este reporte, debido a que, implica la alteración en la fluidez y se manifiesta por interrupciones involuntarias o disfluencias al hablar, con la posibilidad de persistir hasta la vida adulta (Rojas et al., 2022).

Después de una revisión donde se afirma que recientemente se ha demostrado que población infantil con tartamudez pueden manifestar características de TDA/H, Tichenor et al., (2021), se disponen a realizar un estudio para explorar características del TDA/H en tartamudos, pero ahora en un grupo poblacional que se encuentra en la adultez. Estos investigadores, obtuvieron resultados que apoyaban los estudios previos, puesto que, muchos adultos exhibieron o manifestaron características del TDA/H, principalmente la inatención. Con esto, se corrobora de manera pionera e inicial, la posible relación entre el TDA/H y la tartamudez en adultos.

De acuerdo con la literatura, los síntomas antes expuestos (falta de atención, hiperactividad e impulsividad), pueden estar en diferentes proporciones o grados, de manera independiente o combinados, lo cual, dependerá del individuo o adulto que lo presente.

Finalmente, es necesario mencionar que el DSM-V indica que, para considerarse síntomas propios del TDA/H estos deben haber sido frecuentes durante un lapso de 6 meses (APA, 2014).

### **Afectaciones del TDA/H en la vida adulta**

Barkley (2006), realiza una distinción clara entre “síntoma” y “deterioro”, afirmando que un deterioro se refiere a la consecuencia o resultado del primero. Según este autor, hay dos grupos de adultos con TDA/H que pueden presentar estos deterioros o consecuencias: a) aquellos que de niños fueron diagnosticados y que han tenido un seguimiento hasta la edad adulta y, b) los adultos derivados a la clínica y diagnosticados con el trastorno en esta etapa (p. 248).

Incluso, otro grupo relacionado con los adultos diagnosticados durante la adultez, son aquellos familiares de niños con TDA/H que se auto derivan para su atención (Zwi & York, 2018), por ejemplo, aquellas madres con nulo diagnóstico y que reconocen sus síntomas a través de sus propios hijos, ya que en su infancia no solían manifestar conductas tan disruptivas o aparentemente notorias como los niños (Vera, 2016).

Lo anterior no es generalizable, pues Young et al. (2020), indican que, si bien las mujeres presentan en su mayoría una internalización de síntomas con predominio en la inatención, también pueden presentar síntomas hiperactivos e impulsivos, pero estos son menos abiertos y agresivos, dirigidos hacia conductas socio relacionales y psicosexuales un poco más problemáticas y marcadas. Se mencionan, inicio temprano de actividad sexual, mayor cantidad de parejas sexuales, promiscuidad y, en consecuencia, alto riesgo de ITS o embarazos no deseados.

No obstante, según Fayyad et al. (2017), el TDA/H en adultos se relaciona con el sexo masculino, matrimonios previos y un nivel educativo bajo.

Respecto al grupo diagnosticado durante la infancia, es preciso comenzar mencionando que, a pesar de la remisión parcial del trastorno y mejoría en la adultez temprana (Faraone et al., 2015, como se citó Palacios, 2021), la mayoría de los niños diagnosticados seguirá mostrando algunos síntomas en la adultez y, consecuentemente, afectarán su vida durante esta etapa (Faraone et al., 2006, como se citó en Antshel & Barkley, 2020). Esto se corrobora en un estudio longitudinal durante 8 años con niños y adolescentes, realizado por Sibley et al. (2017), se concluye que el 60% de la muestra presentaba persistencia de los síntomas, y el 41% cumplían los criterios de síntomas y deterioro en la adultez temprana, en un rango de edad de 19 a los 28 años y con una edad media de 24.7 años.

Si bien, “los síntomas clínicos más importantes en la edad adulta son las dificultades para la planificación y organización, además de inquietud y marcada impulsividad”, estos síntomas no se presentan de forma aislada ya que, casi siempre, traen consecuencias en diversos contextos de la vida adulta como el familiar, social, afectivo y laboral (Ramírez & Maldonado, 2021, p. 35). Un estudio de Murphy y Barkley (1996, como se citó en Murphy, 2006), muestra hallazgos que indican mayor cantidad de abandonos impulsivos, interrupciones del embarazo y dificultades laborales crónicas, en comparación con un grupo de control.

Los adultos con TDA/H pueden tener dificultades para las relaciones sociales e interpersonales, problemas laborales (inestabilidad, rupturas, abandono y desempleo), mayor incidencia de accidentes (Ramírez & Maldonado, 2021; Vera, 2016); o bien, bajo rendimiento educativo, matrimonios fallidos, criminalidad, etc. (Willoughby, 2003, Shaw et al., 2012, como se citó en Song et al., 2021).

Se han descrito problemas con el funcionamiento social como la dificultad para hacer amistades y mantenerlas, por ejemplo: "*la gente tenía que soportarme, en lugar de disfrutar de mi compañía, y sentí que tenía que disculparme por la forma en que era*" (Morley & Tyrrell, 2023).

El abandono laboral suele suceder por razones como aburrimiento o intolerancia de rutinas diarias y tediosas. En el funcionamiento marital, de pareja y familiar, las personas con TDA/H pueden presentar afectaciones en tareas rutinarias, llegando incluso a la insatisfacción matrimonial severa. De hecho, las parejas de personas con TDA/H han informado, sentirse confundidos, enojados y frustrados, puesto que, desde su perspectiva, los adultos con el trastorno parecieran malos oyentes, no confiables, olvidadizos, egocéntricos, distantes, preocupados, desordenados, con proyectos inconclusos o irresponsables (Murphy, 2006).

Respecto a la criminalidad, Fructuoso (2019), revela que diversos estudios confirman la alta presencia del trastorno entre reclusos, hasta diez veces más que en la población general.

Ahora bien, en cuanto a los problemas de regulación emocional, el TDA/H que persista en la adultez, provocará que "la impulsividad, la intolerancia, la irritabilidad y el fácil enojo" eleven el riesgo de afectación en las relaciones interpersonales, debido a una mayor exigencia de autocontrol y empleo de estrategias para manejar las funciones ejecutivas (Alpízar-Velázquez, 2019). Además, se pueden presentar problemas de autoestima, automotivación, niveles más bajos de satisfacción de la vida y, en consecuencia, un nivel elevado de sufrimiento (Vera, 2016).

A su vez, la inadecuada regulación emocional podría estar ligada al comportamiento suicida. Un estudio de Kakuszi et al. (2018) acerca de la ideación suicida en adultos con TDAH, indica una marcada asociación del autoconcepto y la impulsividad con la conducta suicida, así como una mayor probabilidad de ideación suicida en mujeres que en hombres.

Es decir, que la funcionalidad diaria en la edad adulta se ve afectada debido al impacto negativo de los síntomas del TDA/H. En este sentido, y de acuerdo con los autores revisados, son múltiples las posibles afectaciones a causa de los síntomas característicos del TDA/H que, en cierta medida, han sido descritas a partir del seguimiento hasta la vida adulta de niños diagnosticados.

Sin embargo, estas afectaciones coinciden también con los hallazgos en las investigaciones en torno a la población adulta sin un diagnóstico o tratamiento previo, como las recopiladas a partir de una revisión sistemática por Mazurkiewicz y Marcano (2021), quienes integran una lista de afectaciones divididas por áreas, las cuales impactan en el bienestar y la calidad de vida de las personas adultas jóvenes con TDA/H:

*Bienestar personal:* mayores problemas de autoestima, mayores problemas e irritabilidad e inestabilidad en el trabajo, dificultad para la automotivación, dificultad para persistir en las tareas, bajo nivel de satisfacción en la vida, tendencia a tener baja autoimagen (principalmente en mujeres), menor capacidad para ser independiente y tomar sus propias decisiones, dificultad para integrarse a su comunidad.

*Bienestar físico:* alto riesgo de consumo y abuso de sustancias, alto riesgo de sufrir accidentes, mayor vulnerabilidad a sufrir psicopatologías y trastornos comórbidos, mayores problemas de sueño y alta actividad motora nocturna, dificultades neuropsicológicas y déficits en funciones ejecutivas.

*Bienestar emocional:* mayores problemas en las relaciones interpersonales (familiar, laboral y de amistad), menor cantidad y calidad en sus relaciones sociales, tendencia a tener un clima familiar negativo, mayores problemas de pareja, baja capacidad empática, dificultad para la autorregulación emocional, alto riesgo para sufrir distrés psicológico.

Bienestar material: alta tasa de absentismo y presentismo laboral, mayor inestabilidad laboral, mayor riesgo de despido en el trabajo o de desempleo, mayor inestabilidad económica, dificultad para terminar proyectos y tareas (p. 111).

### **Comorbilidades**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es una afección comórbida, es decir, que se presenta o se puede presentar de forma simultánea con otros trastornos o afecciones dentro del mismo individuo (APA, 2010, p. 268). Así pues, el DSM-5, es preciso en declarar que los trastornos del neurodesarrollo pueden concurrir; lo cual, significa que, las afecciones caracterizadas por déficits durante el periodo de desarrollo y que son generadoras de deficiencias en el funcionamiento adaptativo (personal, social, académico u ocupacional), pueden incidir de manera conjunta (APA, 2014). Por ejemplo, este mismo manual diagnóstico señala que:

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 (p. 32).

Como lo menciona APA (2014) y López y Förster (2022), los trastornos del neurodesarrollo, que pueden tener coocurrencia con el TDAH y entre sus dimensiones sintomáticas son: Discapacidad intelectual, Trastornos de la comunicación, Trastorno del espectro Autista, Trastornos del Desarrollo Motor y Trastornos específicos del Aprendizaje. Específicamente, el TDAH puede concurrir con el Trastorno Específico de Aprendizaje, Tics y TEA. Respecto a este último trastorno, el CIE-11 asegura que puede "coexistir" con el TDAH (Stein et al., 2020).

En este sentido, aunque la literatura indica que estos trastornos del neurodesarrollo pueden aplazarse hasta la vida adulta individualmente, para este trabajo no se ha podido encontrar evidencia que asegure su coexistencia durante esta etapa de la vida.

Tan solo, respecto a la comorbilidad entre TDA/H y TEA (Trastorno del Espectro Autista) en población infanto-juvenil y tras una revisión sistemática en España, Cid et al. (2023), afirman que existe deficiencia de investigación (a pesar de ser la población más estudiada en estos trastornos por separado); más resulta innegable lo compleja que se vuelve la manifestación de síntomas generada por esta combinación de trastornos.

Esto último es retomado por Casseus et al. (2023, como se citó en Hervás 2024), quien afirma que esta comorbilidad se encuentra asociada un mayor afectación de las funciones ejecutivas, puesto que se combinan las deficiencias propias de ambos trastornos aumentando así su dificultad y, según Berenguer et al. (2015), muestra una mayor gravedad en comparación de cuando se encuentran por separado, este autor, también ha encontrado que de manera específica, los síntomas manifestados a partir del TDA/H respecto a la cognición social, aumenta los problemas en personas con TEA, lo cual es confirmado por Rico-Moreno y Tárraga-Mínguez (2016), que a partir de su propia revisión de información, además relacionan esta comorbilidad “con tasas elevadas de comportamientos disruptivos, de estrés parental, y una calidad de vida y habilidades sociales más pobres” (p. 810).

La literatura hace inferir que la comorbilidad de los trastornos del neurodesarrollo es posible en la edad adulta, ya que, si bien estos pueden prevalecer hasta la vida adulta, aunque con manifestaciones, en cierta medida disminuidas conforme aumenta la edad (APA, 2014, Barkley, 2011), existe vinculación de síntomas que sugieren una posible relación existente a largo plazo, y tal vez, traducida en otros problemas cognitivo/conductuales, emocionales y/o

psiquiátricos (o acompañado de ellos), asociados a la desregulación emocional (Hervás, 2024).

Lo anterior, se pudo verificar con un estudio longitudinal de Biederman et al. (2010), para examinar el TDA/H y su persistencia durante la transición hacia la adultez temprana. En este, se expone que: “la persistencia...se asoció con una mayor comorbilidad psiquiátrica, una mayor familiaridad con trastornos del estado de ánimo y niveles más altos de deterioro educativo e interpersonal” ... (p. 299).

De ahí que, además de las comorbilidades antes mencionadas, se asegure que gran cantidad de adultos con algún trastorno psiquiátrico diagnosticado también compartan diagnóstico o sintomatología de TDA/H (Barkley y Brown, 2008). Es decir, durante esta etapa, puede existir una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos.

Sobanski (2006), señala en resumen que, “en la edad adulta, entre el 65 y el 89 % de todos los pacientes con TDA/H padecen uno o más trastornos psiquiátricos adicionales”; o bien, desde otra perspectiva, cerca del 15% de los adultos que padecen otros trastornos psiquiátricos, manifiestan a la par los síntomas del TDA/H (Ramírez & Maldonado, 2021).

Su alta comorbilidad permite que pueda ir acompañado de diversos trastornos durante la vida adulta, como los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, trastornos de comportamiento y/o consumo de sustancias, según apuntan algunas encuestas de la OMS (Fayyad et al., 2017). En este sentido, Barkley y Brown (2008), refieren que, además de los trastornos antes mencionados, el TDA/H comórbido se encuentra asociado con frecuencia a problemas para el control de los impulsos. Sin embargo, las tasas de trastornos comórbidos como depresión o trastorno de ansiedad pueden llegar a variar con relación a la edad en que las personas son diagnosticadas y su género (Huynh et al., 2024).

De acuerdo con investigaciones previas, Irastorza et al. (2016), informan que también los Trastornos de la Personalidad como el Trastorno de Personalidad Borderline, el Trastorno de Personalidad Narcisista y el Trastorno de Personalidad Evitativo, presentan comorbilidad con el TDA/H; además, dentro de esas posibles diadas, se puede observar mayor impulsividad, búsqueda de novedades, menor regulación afectiva para el control de la ira y, por lo tanto, reacciones agresivas considerables. Por su parte, en su propio estudio, estos autores comprueban tal comorbilidad entre TDA/H y los TP y concluyen que incluso los trastornos de personalidad se encontraban más asociados a dos tipos de TDA/H: el de tipo combinado y el de tipo hiperactivo; y los trastornos de personalidad depresiva y pasivo-agresiva se vincularon y encajaron de manera más recurrente con el TDA/H de tipo inatento.

Un dato importante respecto al Trastorno Límite de la Personalidad es el arrojado por Hervás (2024), quien menciona la posible confusión de síntomas del TDA/H durante la adultez cuando este no se detecta en edades tempranas, ya que, en la edad adulta, estos síntomas pueden conducir diagnósticos equivocados que apunten sólo al TLP como causante de estos.

La literatura también ha mencionado la relación entre el TDA/H y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, específicamente, una fuerte asociación a largo plazo con la bulimia nerviosa (Ziobrowski et al., 2018).

Con relación a las distintas etapas de la adultez, no hay un dato específico acerca de las comorbilidades diferenciadas y referentes a los grupos de adultos jóvenes y a los grupos de adultos mayores, ya que, de acuerdo con Neves Muniz (2023), ambos grupos presentan comorbilidades similares; entre ellas se encuentran, la ansiedad, depresión o deterioro social.

En cuanto al sexo, tanto hombres como mujeres tienen la misma posibilidad de “experimentar depresión, disforia y trastornos de ansiedad”, no obstante, las mujeres llegan a tener una autoimagen más baja y mayor distrés psicológico que el sexo opuesto (Vera, 2016;

Mazurkiewicz & Marcano, 2021). Por el contrario, cuando los hombres con TDA/H inician los 20 años, suelen ser más propensos al consumo persistente y problemático de sustancias (Estévez-Lamorte et al., 2019).

Además, durante la adultez, estas comorbilidades psiquiátricas generan un riesgo latente de mortalidad, lo cual es demostrado en un estudio realizado por Sun et al. (2019), para explorar la asociación entre la comorbilidad psiquiátrica y la muerte prematura en adultos y niños con TDA/H, donde se encontró que en la adultez la comorbilidad iniciada de forma tardía, tuvo un impacto sobresaliente en la muerte ocasionada por causas diferentes a las naturales (por ejemplo, suicidio y lesiones no intencionales).

Por otro lado, conviene hablar también de la posibilidad de encontrar el TDA/H en comorbilidad con altas capacidades, muchas veces llamado “doble excepcionalidad”. Si bien, la comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más trastornos o patologías en un mismo individuo, hay estudios que hablan de la doble excepcionalidad referente a la combinación de TDA/H con Altas Capacidades Intelectuales, a pesar de que estas últimas no sean consideradas en sí mismas un trastorno, puesto que no genera disfuncionalidad. Por ejemplo, Luque-Parra et al. (2017), aseguran que esta comorbilidad existe en niños y adolescentes y que sus características, vuelven un tanto compleja la experiencia de quien la presenta, ya que las particularidades sintomatológicas podrían enmascarar, confundir o errar su reconocimiento, sin embargo, no se ha encontrado literatura que evidencie su presencia en la población adulta.

Debido a la dificultad para lograr un diagnóstico y atención ambivalente en la vida adulta a causa de la comorbilidad (Barkley & Brown, 2008); Sun et al. (2019), sugieren el monitoreo cercano de las comorbilidades psiquiátricas específicas en pacientes con TDA/H, con el fin de contrarrestar de manera preventiva los factores que puedan poner en riesgo el bienestar de los

individuos afectados. Por ejemplo, intervenir ante la ideación suicida asociada al autoconcepto y a la impulsividad (Kakuszi et al. 2018).

### **Diagnóstico en la adultez**

El diagnóstico se refiere al “proceso de identificación y determinación de la naturaleza de una enfermedad o trastorno por sus signos y síntomas, mediante el uso de técnicas de evaluación...y de otras evidencias disponibles” (APA, 2010, p. 411).

Las personas adultas a quienes se les diagnostica TDA/H (en algún punto de su vida), puede alcanzar mejor calidad de vida en cuanto a salud, mejor funcionamiento, productividad laboral y autoestima, según un estudio comparativo de Pawaskar et al. (2019, como se citó en Mazurkiewicz & Marcano, 2021), puesto que, el diagnóstico, encamina al paciente y al profesional a cargo, hacia un tratamiento acorde a las necesidades de cada caso y así mejorar su funcionalidad (Vera, 2016).

Actualmente, el TDA/H en adultos es una afección infradiagnosticada principalmente a causa de la falsa creencia de que, este trastorno, pertenecía o afectaba exclusivamente a la población infantil que, a su vez, causó desconocimiento, mitos y retraso en las investigaciones por mucho tiempo (Neves Muniz, 2023).

En cuanto al infra diagnóstico, Vera (2016), afirma que muchas mujeres con TDA/H no son diagnosticadas en la infancia, ya que su conducta no suele manifestar síntomas tan disruptivos y finalmente, con el paso del tiempo, llegan a reconocer su propia sintomatología en la conducta de sus hijos.

Por su parte, Huynh et al. (2024), retoma que, las mujeres no diagnosticadas pueden interpretar sus dificultades (académicas o de interacción social) como defectos personales, lo cual, conduce a una autoconfianza deteriorada y mecanismos de afrontamiento inadecuados,

esto, debido al desconocimiento de su condición; o bien, a que no son conscientes de ella. Además, se ha encontrado que ellas, tienen la probabilidad de recibir un diagnóstico de TDA/H a una edad más avanzada. Es decir, que el marcado desconocimiento del tema encamina a las falsas creencias acerca de los síntomas y sus afectaciones, como la suposición de que estos son parte de la personalidad o de los problemas emocionales (Morley & Tyrrell, 2023).

El hecho de evidenciar mayores aspectos respecto al sexo femenino, no indica que este sexo tienda a recibir mayor número de diagnósticos, puesto que según el DSM-5, es más frecuente en masculinos con una cifra de 6 a 1 (APA, 2014, p. 63).

El diagnóstico de TDA/H en la adultez es un tanto distinto al infantil en cuanto a la forma en que se realiza. La principal diferencia es que, en la infancia, el diagnóstico se encuentra basado en los informes de conducta disruptiva, que los padres o maestros proporcionan al especialista, así como en los resultados arrojados a partir de la aplicación de cuestionarios e instrumentos (estandarizados y validados) (Ardila & Ostrosky, 2012). En cambio, la literatura sugiere que el diagnóstico en adultos, llamado diagnóstico tardío, suele realizarse por la búsqueda de ayuda de los propios pacientes y con información principalmente proporcionada por ellos para su valoración.

El diagnóstico tardío, hasta la vida adulta, puede deberse a diversas causas como las sociales, incluso con antecedentes desde la infancia. Por ejemplo, la asignación de algunas etiquetas para identificar a los niños con este trastorno (malcriados, torpes, malos, vagos, insoportables y bobos), mismas que han sido o son utilizadas para el señalamiento, o bien, ligadas a la estigmatización, exclusión o violencia (Orjales, 1999, como se citó en Molinar & Castro, 2018).

Las críticas relacionadas con los comportamientos de los adultos con TDA/H, aunque suelen transformarse en esta etapa, siguen siendo percibidas. Se ha llegado a observar que los

adultos perciben mayor crítica en las conductas asociadas a la falta de atención y, en contextos sociales, esa crítica se percibe al manifestar conductas impulsivas; lo cual, en algún punto, pueden afectar su autoestima y bienestar (Beaton et al., 2022).

En un estudio reciente realizado por Morley y Tyrrell (2023) para conocer las experiencias de un grupo de estudiantes universitarias con TDA/H y el impacto que este había tenido en diferentes áreas de su vida, comprobaron que las experiencias del grupo estudiado, involucraban estigma, malentendido público, prejuicio y discriminación, lo cual, incluso, provocó que algunas participantes decidieran no platicar sobre su diagnóstico con sus allegados, como amigos, familiares o colegas; otras, por el contrario, describieron que la búsqueda de diagnóstico se originó por la recomendación de algún miembro cercano que reconocía en ellos algunos síntomas característicos del trastorno. Una de esas narrativas, indicaba discriminación en el trabajo por su comportamiento, misma que afectó su salud mental, provocando finalmente el abandono laboral; por otro lado, en el ámbito familiar y escolar, se expresaron actitudes negativas por parte de algunos miembros. En su relato, la mayoría señalaba que a la población aún le falta comprensión y conciencia sobre este trastorno y consideraban que esto era la causa de su diagnóstico tardío, lo cual concuerda con Beaton et al. (2022), quienes exponen el necesario aumento de conocimiento, comprensión y aceptación por parte de la población respecto a esta problemática.

Biederman et al. (2010), recomiendan que la evaluación en la edad adulta no sólo debe realizarse en aquellas personas con sospecha del trastorno, sino que también las personas con antecedentes en la infancia deberían ser reevaluadas para identificar la evolución de los síntomas y ajustar los tratamientos acordes a esta nueva etapa.

Es curioso que, quienes son derivados durante la adultez, presentan una mayor motivación para recibir atención, a diferencia de quienes ya traen un seguimiento desde edades

tempranas, ya que muy pocas personas entre los 20 y 30 años de este último grupo buscan atención por sí mismas (Barkley, 2006, p. 248).

No obstante, Ardila y Ostrosky (2012), enlistan algunas razones por las que los adultos con TDA/H residual suelen buscar apoyo profesional:

- Insatisfacción a causa de problemas laborales severos, cambio constante de trabajo, o lenta promoción laboral (a pesar de la eficiencia auto percibida).
- Conflictos frecuentes en sus relaciones interpersonales y de pareja.
- Frustración por no lograr alcanzar sus metas (consiguen poco de lo que se proponen a pesar de tener grandes planes) (p. 77).

Sin embargo, Huynh et al. (2024), advierten que aún después de ser diagnosticadas, las personas pueden experimentar diversas complicaciones o dificultades que deberán enfrentar en esta nueva etapa de su vida, al confirmar sus sospechas del TDA/H. Por ejemplo, los juicios y estigma post diagnóstico, así como la posibilidad de no contar con un estado o nivel socioeconómico que les permita tener acceso a un servicio de salud mental para su atención y tratamiento.

El DSM-5, sugiere que, a diferencia de la población infantil, los jóvenes mayores de 17 años y los adultos con sospechas de TDA/H deberán cumplir con al menos cinco de los síntomas característicos por cada dimensión (inatención, hiperactividad- impulsividad), establecidos para este trastorno; los cuales, deberán haber sido constantes por al menos seis meses, llegando a interferir con el desarrollo normal de la persona evaluada en más de un entorno, considerando los aspectos: social, académico y/o laboral (APA, 2014; Antschel & Barkley, 2020). Referente a ésta última parte, Ardila y Ostrosky (2012), son precisos en indicar que “el diagnóstico de TDA/H sólo debe hacerse si el síndrome está interfiriendo visiblemente con el desarrollo social, académico, ocupacional y/o funcional del paciente” (p. 77).

Tanto el DSM-5 como el CIE 11, guían y orientan el proceder del profesional hacia el diagnóstico del TDA/H (y otros trastornos mentales), ya que, en estos sistemas de clasificación, se encuentran descripciones que permiten tener un punto de partida y orientarse hacia la toma de decisiones (Stein et al., 2020, López y Förster, 2022).

Con el fin de realizar un diagnóstico acertado y determinar en qué presentación (combinado, déficit de atención, o hiperactividad-impulsividad) y nivel de gravedad (leve, moderado o grave) se puede encontrar el TDA/H en el adulto evaluado (APA, 2014; Yáñez, 2016); el proceso, según Ramos-Quiroga et al. (2012), se basa principalmente en la historia clínica del paciente, tomando como referencia los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Según este autor, el diagnóstico del TDA/H en adultos requiere una evaluación enfocada en indagar cuatro ejes principales:

- Presencia de síntomas del TDA/H en la infancia y deterioro significativo y crónico en diferentes ámbitos.
- Relación entre los síntomas del TDA/H actuales y un deterioro sustancial y consistente en diferentes ámbitos.
- Si los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico.
- La presencia de otros trastornos comórbidos con el propio TDA/H.

Sin embargo, algunos autores como Barkley y Brown (2008), sugieren que no basta con seguir los lineamientos del DSM, ya que esto podría impedir un diagnóstico apropiado, debido, por ejemplo, a que muchas veces, resulta difícil que los adultos recuerden certeramente su historial de síntomas de la infancia, incluido el momento de aparición, por lo que se recomienda realizar una evaluación integral. Posteriormente esto mismo es asegurado por el DSM-5 pues

señala que “la memoria de los síntomas infantiles en los adultos tiende a ser poco fiable y convendría obtener información adicional” (APA, 2014, p. 61).

De esta forma, el diagnóstico en esta etapa, basado solamente en los criterios de algún manual, resulta un poco insuficiente debido a la complejidad que ello implica. Como parte de esa complejidad, Barkley (2006) aseguraba que, algunos adultos que habían sido diagnosticados de niños ya no cumplían con los requisitos necesarios, y no todos los adultos derivados a evaluación en esta etapa, reunían las características necesarias, debido a la posible disminución o cambios en la sintomatología a causa del desarrollo.

Dicho de otra forma y tal como se había mencionado anteriormente, durante la adultez, resulta más adecuado comenzar realizando una evaluación completa y exhaustiva, donde se revisen tanto los síntomas pasados como los actuales, además de un examen y exploración médicos, y una valoración a partir del uso de escalas o listas de comprobación específicas para este grupo poblacional (APA, 2023). Todo esto con el propósito de determinar si los problemas o sintomatología que experimentan las personas son a causa de alteraciones crónicas y/o permanentes [como lo es el TDAH], o alteraciones relacionadas con situaciones particulares (Ardila & Ostrosky, 2012).

La historia clínica es un elemento primordial para realizar la evaluación del TDA/H, esta deberá tener énfasis en los datos biográficos, principalmente aquellos que describan y ayuden a conocer el desarrollo psico infantil del sujeto evaluado. Además, explorar en pacientes y familiares de primer grado la psicopatología completa que valore síntomas actuales y pasados; la existencia de comorbilidades u otras condiciones con síntomas parecidos a los del TDA/H; la presencia de factores predictores de la persistencia del trastornos hasta la vida adulta o complicaciones en frecuentes en los adultos (tics, abuso de sustancias, conductas antisociales, accidentes de tráfico, infracciones, problemas legales y/o dificultades en el rendimiento

académico o laboral). La historia clínica, también deberá incluir el informe de un examen médico, para descartar o identificar condiciones médicas que puedan interferir o afectar el curso del trastorno y su posible tratamiento (Ramos-Quiroga et al., 2012).

Referente a la exploración de la sintomatología actual en los adultos, es preciso observar diversos aspectos de su vida diaria que puedan dar indicios de la presencia de TDA/H, como lo son: la organización económica o de horarios personales, atención al realizar tareas cotidianas (leer el periódico, conversaciones personales y/o familiares) y el mantenimiento de actividades laborales (Ardila & Ostrosky, 2012).

No existen estudios de imagen cerebral que sean útiles para el diagnóstico clínico, por lo tanto, no resultan indispensables en el proceso. Por el contrario, los estudios, pruebas y evaluación psicológicos y neuropsicológicos, son de gran utilidad para complementar el diagnóstico, evaluación y tratamiento, así como para descartar si las funciones cerebrales se encuentran comprometidas o si se involucran problemas de aprendizaje (Vásquez et al., 2010).

#### Diagnóstico diferencial

Una cantidad mínima de pacientes son diagnosticados y tratados de forma correcta debido al enmascaramiento de síntomas a causa de la comorbilidad (Ramírez & Maldonado, 2021, p. 35). Ardila y Ostrosky (2012), aseguran que la comorbilidad o alteraciones asociadas al TDAH, son un factor que reduce su reconocimiento y que, incluso en adultos, pueden sobresalir aún más que el mismo trastorno.

Esta es otra dificultad para realizar el diagnóstico del TDA/H en los adultos, la superposición de síntomas impide el reconocimiento y comprensión de los síntomas específicos del TDA/H, un diagnóstico diferencial y un posible tratamiento, ya que estos pueden

llegar a atribuirse a aquellas otras afecciones (Barkley & Brown, 2008), complicando así el cuadro clínico (Sobanski, 2006).

Con el fin de diferenciar el TDA/H de los posibles trastornos psiquiátricos comórbidos, un estudio demostró que la distracción, la impulsividad, la falta de concentración, los problemas de memoria y la desorganización en el trabajo son características importantes a la hora de diferenciarlo de trastornos como la depresión o ansiedad (Barkley et al., 2008, como se citó en Ortiz & Jaimes, 2016).

Algo parecido a lo que pasa durante la infancia con la comorbilidad entre trastornos del neurodesarrollo, cuando la sintomatología suele manifestarse y extenderse hasta otro trastorno, pero, al evaluar ambos, uno de ellos puede no cumplir en su totalidad los criterios para diagnosticar esa otra patología; lo cual, en muchas ocasiones, acarrea el descarte o infravaloración que impide el diseño de un tratamiento específico y particular (López & Förster, 2022).

La mayoría de los autores sugieren la importancia del diagnóstico oportuno durante edades tempranas. Al respecto, Hervás (2024), muestra que cuando el TDA/H y uno de sus trastornos comórbidos (TEA) no son diagnosticado durante la infancia, puede ser causa de diagnósticos psiquiátricos equivocados más tarde en la vida, por ejemplo, el diagnóstico de TLP, que suele realizarse frecuentemente.

Además, este diagnóstico temprano (durante las primeras etapas del desarrollo), evitaría lo mencionado por Huynh (2024), que las mujeres con un diagnóstico tardío empeoran su salud mental y desarrollan comorbilidades debido a una atención retrasada.

A pesar de esto, hace más de diez años, Ardila y Ostrosky (2012), ya afirmaban que era notable la búsqueda creciente de evaluación y tratamiento para atender la falta de atención en

adolescentes y adultos que presentaban dificultades crónicas en sus relaciones interpersonales y en su concentración al escuchar o leer.

Esto lleva a suponer que el estudio y la visibilización de trastornos mentales como el TDA/H, ha creado una mayor demanda en los servicios de salud mental con el paso del tiempo. Zwi y York (2018) lo estarían confirmando, al informar que el número de adultos que desean ser evaluados y tratados podría ir en aumento, entre los que se encuentran: personas que hayan sido diagnosticadas en su infancia, padres de personas con TDA/H y/o personas que se cuestionen la posibilidad de que sus problemas se deban al trastorno.

Sin embargo, otro porcentaje de población también busca ayuda por causas diferentes a la sospecha de TDA/H, por ejemplo, problemas de pareja, dificultades laborales, consumo de drogas, incapacidad para controlarse o por síntomas depresivos o ansiosos. Esto sugiere la necesidad de saber reconocer cuando el profesional se encuentra frente al TDA/H (Alpízar-Velázquez, 2019), y apunta a una mayor responsabilidad a la que se estarían enfrentando los profesionales a cargo.

Al respecto, Ramírez y Maldonado (2021), reflexionan acerca de la brecha en la atención relacionada a este trastorno, por lo que expresan la necesidad de contar con médicos de atención primaria y psiquiatras con una formación más adecuada para lograr identificar el TDA/H en los adultos y, de esta forma, asegurar un correcto diagnóstico.

Después de esta revisión, un aspecto que parece importante de señalar es que el autodiagnóstico no es una opción viable, válida, útil y mucho menos adecuada cuando las personas adultas tienen sospechas de padecer el trastorno. Por lo tanto, es necesario resaltar los requisitos recomendados por Ardila y Ostrosky (2012), para realizar un diagnóstico correcto:

El diagnóstico de TDA/H requiere de:

1. Evaluación profesional.
2. Documentación actual y seguimiento.
3. Influencia del trastorno funcional anterior y actual en el funcionamiento cotidiano.
4. Registro de actividades cotidianas.
5. Impacto del trastorno. Debe demostrarse con pruebas neuropsicológicas o psicoeducativas.
6. Exclusión de otras posibles causas.
7. Diagnóstico específico de acuerdo con criterios determinados.
8. Recomendaciones (p. 81).

### **Instrumentos de evaluación**

Los instrumentos de evaluación son herramientas de gran apoyo para realizar el diagnóstico clínico del TDA/H en adultos. Los instrumentos recomendados principalmente para este propósito son, la entrevista estructurada o semiestructurada en combinación con escalas que midan y determinen la gravedad de los síntomas y el deterioro ocasionado (Ramírez & Maldonado, 2021).

Para la evaluación de este trastorno Ramos-Quiroga et al. (2012), sugieren el uso de los algunos instrumentos disponibles en español: *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV*, Entrevista Diagnóstica del TDAH en Adultos (DIVA), Entrevista de TDAH de Barkley, ADHD Rating Scale-IV, ADHD Symptom Rating Scale, Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS), Conners Adult ADHD Rating Scale, Adult Self-Report Scale, Adult ADHD Quality-of-Life Scale; además de dos instrumentos más para el diagnóstico retrospectivo, el Wender Utah Rating Scale y el ADHD Symptom Rating Scale.

Sin embargo, alguna de esas pruebas ha sido actualizadas a partir de los cambios recientes integrados en el DSM-5 (como el DIVA), por lo que se considera necesario utilizar, siempre que sea posible, las versiones más recientes:

1. *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV*. Entrevista semiestructurada ideal para mayores de 18 años. Se encuentra dividida en dos partes las cuales deben aplicarse por separado.

*Parte I. Cuestionario de historia del paciente (historia clínica)*. Puede ser administrado como entrevista o como cuestionario de autoinforme, para obtener información acerca de la historia demográfica del paciente, el desarrollo de los problemas de atención, factores de riesgo y comorbilidad. Datos desde la infancia y adolescencia hasta la vida adulta; peri y postnatales, escolares, familiares y psiquiátricos, relaciones sociales e historia laboral etc.

*Parte II. Entrevista de Criterios diagnósticos*. Se administra en forma de entrevista y, con la información obtenida en la parte I, se realiza la evaluación con base en los criterios del DSM. Además, explora la edad de inicio, omnipresencia y nivel de deterioro de los síntomas (Epstein et al., s.f.).

2. *Entrevista Diagnóstica del TDAH en Adultos (DIVA-5)*. Tiempo de aplicación: de 1 a 1 hora y media. En su versión más reciente ajustada a los criterios del DSM-5, esta entrevista estructurada, se basa en describir, a través de diversos ítems, ejemplos concretos y realistas sobre conductas actuales y retrospectivas, así como algunos relacionados a las disfunciones en diversas áreas (trabajo y educación, relaciones y vida en familia, contactos sociales, tiempo libre/aficiones y seguridad en uno mismo/autoimagen). Se divide en tres partes: 1) Criterios para el déficit de atención; 2)

Criterios de hiperactividad-impulsividad y; 3) El inicio y la disfunción causada por los síntomas del TDAH.

Cada apartado cuenta con ejemplos de síntomas tanto para la edad adulta como para la infancia; se debe comenzar preguntando con los síntomas actuales. Además, se recomienda su aplicación en presencia de algún familiar o la pareja del paciente con el fin de obtener información colateral y retrospectiva (Kooij et al., 2019).

3. *Entrevista de TDAH de Barkley*. Es una entrevista semiestructurada para evaluar signos y síntomas característicos del TDAH y otros que pueden incidir en el trastorno (Barkley y Murphy, 1998, como se cita en Ramos-Quiroga et al., 2012).
4. *ADHD Rating Scale-IV*. Es un cuestionario adaptado a la población adulta, y validado en idioma castellano. Está compuesto por 18 ítems para determinar la presencia de los síntomas actuales en una escala de 0 a 3, el cual puede ser aplicado por el profesional evaluador o autoaplicado por el paciente, así como la aplicación del cuestionario a algún familiar directo (Du Paul, et al., 1998, como se citó en Ramos-Quiroga et al., 2012).
5. *ADHD Symptom Rating Scale*. Es una escala con traducción al español, que enlista 18 síntomas característicos del TDAH a partir del DSM-IV. Cada síntoma es valorado en un rango de 0 a 3, de acuerdo a la respuesta asignada (de nunca a muy frecuentemente). Además, se valora la intensidad del impacto de los síntomas en la funcionalidad de la vida diaria, así como el comportamiento en los últimos seis meses. Se aplica tanto al paciente como a un familiar directo (Barkley & Murphy, 1998, como se citó en Ramos-Quiroga et al., 2012).
6. *Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS)*. Es una escala integrada por 18 ítems correspondientes a los 18 síntomas establecidos en el DSM-IV (9 de

inatención y 9 de hiperactividad-impulsividad). Con respuestas nunca, leve, moderado y grave, las cuales puntúan con valores que van de 0 a 3, donde la máxima puntuación es de 54 (27 para cada dimensión o subescala) (Spencer et al., 2010).

7. *Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS)*. Escala adecuada para su aplicación en mayores de 18 años, para medir la presencia y severidad de los síntomas manifestados a partir de información proveniente de diversas fuentes. Se encuentra disponible en dos presentaciones: versión corta y versión larga (66 ítems), ambas divididas en dos partes, una de autoinforme y otra para un observador (Ortega, 2017), además de una versión de cribado (30 ítems) (Macey, 1999, como se citó en Ramos-Quiroga, 2012).
8. *Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS 2)*. En su versión más actualizada, se ampliaron sus parámetros, incluyendo cambios con el fin de mejorar su funcionalidad, acceso y contenido. Se integraron ítems en cada una de sus versiones: versión larga o completa: 97 ítems en total; versión corta: 55 ítem para el autoinforme y 52 ítems para el observador; y la versión de indicadores con un total de 12 ítems. En esta actualización el rango de edad se extiende para su aplicación desde los 18 años hasta los 70+, con la opción de realizarlo digitalmente y con un lenguaje inclusivo y opciones de género no binario (Conners et al., 2023a; Conners et al., 2023b).
9. *Adult Self-Report Scale (ASRS)*. Es un instrumento de autoaplicación en forma de cuestionario. Está integrado por 18 ítems basados en los síntomas descritos en el DSM-IV, con cinco opciones de respuesta (nunca, raramente, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente) y un cribado o versión de 6 ítems para detección (Kessler et al., 2005). Su versión en español cuenta con respuestas dicotómicas (Lozano et al., 2020). Una versión actualizada de este instrumento desde 2017, refleja cambios dirigidos en dos ejes: a) cambios vinculados a los ajustes en el DSM-5 y, b) por la comprensión y

reconocimiento de la asociación entre el TDAH y el funcionamiento ejecutivo deficitario (Ansabaran, 2020).

10. *Adult ADHD Quality-of-Life Scale (AAQoL)*. Instrumento de aplicación exclusiva en adultos, con el propósito de medir su calidad de vida a través de 29 ítems, los cuales, exploran diferentes dominios: productividad, salud psicológica, relaciones sociales y perspectivas de vida (Brod et al., 2006, como se citó en Ramos-Quiroga, 2012).

Por su parte, Neves Muniz (2023), presenta un instrumento español para población adulta, fundamentado en los criterios del DSM-5-TR y la CIE-11, pero que además integra síntomas de desregulación emocional, motriz, insomnio y astenia, el cual, facilitaría la detección a los médicos de atención primaria y revertir el infra diagnóstico del TDAH. Se trata de una entrevista diagnóstica llamada TDAH+I para uso hetero administrado y/o autoadministrado, con los objetivos de: a) identificar al individuo dentro del trastorno y, b) que el paciente se familiarice con los síntomas y se auto identifique dentro del contexto, respectivamente; es decir, este instrumento no busca la clasificación del trastorno por categorías, sino sólo busca determinar si las personas se encuentran dentro. Es integrada por 17 ítems de respuesta dicotómica, los cuales se encuentran divididos de acuerdo con una serie de síntomas:

- T. Tiempo y torpeza (ítems 1 y 2).
- D. Déficit de atención, despistes, distracciones, desorden (ítems 2, 4, 5, 6).
- A. Autoexigencia, angustia/agitación, astenia/cansancio, adicciones (ítems 7, 8, 9, 10).
- H. Hiperactividad, hablar en exceso, hiperfoco, hipersensibilidad (ítems 11, 12, 13, 14).
- + I. impulsividad, inquietud mental, insomnio (ítems 15, 16, 17).

A nivel nacional, en Querétaro, México, Almeida et al., (2006) diseñaron la escala de tamizaje FASCT, un instrumento confiable y válido, “sencillo, de bajo costo, breve y con propiedades psicométricas conocidas para el tamizaje de adultos mexicanos con TDAH”.

Cuenta con dos versiones: 1) auto aplicada, integrada por 12 preguntas y, 2) una aplicada a un observador, integrada por 14 preguntas. Las opciones de respuesta son de tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 0 a 4 (0= nunca, 1=rara vez, 2= algunas veces, 3= la mayor parte del tiempo y 4= todo el tiempo), de las cuales, la suma total que arroje un puntaje mayor a 23 en cualquiera de los dos instrumentos, indica una alta probabilidad de que el paciente tenga el trastorno y que requiera una evaluación a profundidad (Reyes-Zamorano et al., 2013, p. 32).

Sin embargo, al igual que la prueba española de Neves Muniz (2023), este cuestionario, no permite determinar el tipo o presentación predominante del trastorno en el paciente.

En cuanto a los instrumentos necesarios para realizar evaluación y el diagnóstico de posibles comorbilidades, tras una revisión sistemática, Hernández et al., (2021), determinaron que, para medir las comorbilidades más comunes, como la depresión y la ansiedad, dentro de diversos estudios fueron aplicados los instrumentos de depresión de Beck et al. (1996) (BDI), y el inventario de ansiedad (Anxiety Inventory-BAI) de Beck y Steer (1990).

## **Tratamiento**

El tratamiento se define como la “aplicación de medidas apropiadas que se diseñan para aliviar una condición patológica” (APA, 2010, p. 1590).

Para comenzar a desglosar las generalidades del tratamiento para el TDA/H, es preciso adelantar que no es curativo. No obstante, aunque el alivio no es definitivo, sí ayuda a reducir la sintomatología y deficiencias implicadas en el trastorno, siempre que se utilicen opciones basadas en evidencia científica (Faraone et al., 2015).

Al igual que el propio trastorno, el tratamiento para el TDA/H ha tenido un desarrollo y antecedentes importantes a lo largo de la historia. Entre los años 30s y 40s ya se publicaban artículos donde se abordaba el tratamiento con fármacos derivados de la anfetamina para

atender a niños que presentaban trastornos conductuales, ahí se demostraba, por ejemplo, una notable mejoría en la hiperactividad a partir de esos medicamentos. Sin embargo, en la actualidad, las intervenciones dirigidas a tratar el TDA/H involucran idealmente la medicación más la atención psicosocial (Soutullo & Díez, 2007).

Un grupo de especialistas en salud mental, ha creado un algoritmo de tratamiento que, inicialmente, solo recomendaba el uso de fármacos para la atención de casos con este trastorno; eventualmente, tras otro consenso, se incorporaron intervenciones psicosociales que complementarían ese tratamiento farmacológico, ya que se observaba que los fármacos servían solo para reducir los síntomas, pero no alcanzaban a modificar las fallas en el rendimiento dentro de los diferentes contextos o ámbitos en que interactuaba el paciente (académico, laboral y social). A partir de esto y como ya se adelantaba previamente, se recomienda el tratamiento multimodal, combinado o interdisciplinario, donde se incluya tanto la prescripción de fármacos (estimulantes o no estimulantes), como el tratamiento psicosocial (Ortiz & Jaimes, 2016; Ortiz et al., 2009).

De igual forma, Moreno et al. (2015), indican de manera general que el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad, se divide en tres áreas de intervención, a saber: psicológica, académica y farmacológica; las cuales, se encuentran dirigidas a reducir la intensidad y frecuencia de la sintomatología y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida.

### **Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico parece ser el elemento principal para el tratamiento de este trastorno en adultos, pues se ha demostrado su eficacia durante mucho tiempo a través de diversos estudios, de ahí que los estimulantes como las anfetaminas y el metilfenidato sean los

más usados y con efectos clínicos casi inmediatos (figura 1). El primer fármaco, tiende a ser moderadamente más eficaz con la reducción de síntomas (Ramírez & Maldonado, 2021).

Aquello que puede ayudar a determinar si la medicación es necesaria o no, es la valoración acerca de la afectación real del TDA/H en la vida del paciente y la función que el fármaco tendría para lograr su progreso (Moreno et al., 2015).

Según Carrasco-Chaparro (2022), esta reducción sintomatológica a partir de la prescripción de fármacos es necesaria, pues contribuye a que se aminoren las barreras impiden a los pacientes el propio manejo conductual, es decir, los fármacos vuelven a las personas mejores receptores de aprendizaje para tal propósito.

Para recibir la prescripción del tratamiento farmacológico, debe estar confirmado (a partir del examen médico), que no existen otras condiciones médicas que contraindiquen su uso, como hipertensión arterial, patologías cardíacas, glaucoma, etc. y que el organismo del paciente es apto para recibir medicamentos (Ramírez y Maldonado, 2021).

Existe concordancia entre la literatura revisada de que los medicamentos utilizados se encuentran en dos grupos: los estimulantes y no estimulantes; que, a su vez, se subdividen por tiempo de acción, esto es, de liberación prolongada o de liberación inmediata (Carrasco-Chaparro, 2022; Moreno et al., 2015; Neves Muniz, 2023; Ortiz et al, 2009; Ramírez & Maldonado, 2021; Soutullo & Díez, 2007).

Algunos autores enfatizan que su elección dependerá de diversos factores. Ramírez y Maldonado (2021), atribuyen esa elección a la preferencia del paciente, el costo, el tiempo de cobertura que requiera cada paciente y el riesgo latente de abuso; por su parte, Moreno et al., (2015), complementan planteando que es necesario considerar un posible uso inadecuado, la

presencia de comorbilidades, la adherencia al tratamiento, edad del paciente, características del fármaco y la posibilidad del uso de estimulantes no prescritos.

Un ejemplo de la importancia del tratamiento farmacológico es que, el nulo acceso a la medicación en mujeres con TDA/H no diagnosticado puede impedir un control adecuado de los síntomas y, por ende, reducir su calidad de vida (Huynh, 2024).

Además, según Barkley y Brown (2008), este tratamiento podría generar mejoría incluso de los síntomas comórbidos como los manifestados a causa de otros trastornos psiquiátricos.

Soutullo y Díez (2007) y Soutullo y Álvarez (2014), reiteran lo seguro y eficaz de administrar estimulantes para tratar este trastorno; a nivel cerebral, elevan la dopamina y noradrenalina ya que inhiben su recaptación en la sinapsis. Este mecanismo de acción genera en consecuencia, la elevación del nivel de alerta y de la actividad en el Sistema Nervioso Central.

Gran parte de la literatura coincide en afirmar que el tratamiento con fármacos estimulantes es la primera opción terapéutica para el TDA/H (Guerrero-Aguirre, 2016; Moreno et al., 2015; Neves Muniz, 2023; Soutullo & Díez, 2007) ya que presenta mayor evidencia y recomendación; sin embargo, esta medicación no es utilizada por tiempo indefinido y es interrumpida comúnmente, en promedio, se administra por 50 días (Ortiz et al., 2009).

Además, existen consideraciones que podían sugerir la necesidad de reconsiderar el tratamiento con estimulantes y elegir otra opción de fármacos como los no estimulantes:

- Corta duración de su efecto.
- Falta de respuesta.
- Efectos adversos.
- Potencial de abuso.

- Estigma por los medicamentos controlados (Soutullo & Álvarez, 2014).

**Figura 1.**

***Fármacos principalmente utilizados para el tratamiento del TDA/H***

| <b>Fármaco</b>                | <b>Tipo</b>       | <b>Características</b>   |
|-------------------------------|-------------------|--|
| Metilfenidato<br>(1er opción) | Estimulante       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración vía oral</li> <li>- Liberación prolongada (efecto de 10-12 horas).</li> <li>- Liberación inmediata (efecto de 3-5 horas).</li> <li>- Efecto clínico casi inmediato.</li> </ul> |
| Atomoxetina<br>(2a opción)    | No<br>estimulante | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eficaz con adultos</li> <li>- Duración del efecto: 24 horas</li> <li>- Inicio tardío de acción terapéutica hasta por 4 semanas.</li> </ul>  |

*Nota:* Creación propia a partir de la información recopilada de los diferentes autores antes citados y que han mencionado estos tratamientos. Si bien, sólo se integran los fármacos que se consideran mayormente utilizados, existen otras variantes que se utilizan como segundas opciones cuando hay razones para que estos no se puedan administrar.

### **Tratamiento psicológico**

Diversos autores, afirman que la administración conjunta de fármacos y tratamiento psicoterapéutico suele tener mayor eficacia para el tratamiento del TDA/H.

Según Guerrero-Aguirre et al. (2016), el tratamiento psicológico desde la terapia cognitivo conductual es el más recomendado, ya que tiene evidencia que respalda su eficacia; este, se enfoca principalmente en las dificultades diarias a las que se enfrentan los pacientes. Específicamente, se trabajan o intentan modificar los pensamientos que imposibilitan la realización de tareas y se promueve el manejo de emociones (Strohmeier et al., 2016, como se citó en Guerrero-Aguirre et al., 2016).

Si bien, no existe una cura definitiva para el trastorno que enfrente el problema de raíz, el tratamiento psicosocial ... “puede ayudar a mejorar los efectos secundarios, las secuelas

emocionales y/o las condiciones comórbidas que a menudo se asocian con el TDAH” (Murphy, 2006, p. 697).

En los trastornos del neurodesarrollo, como lo es el TDA/H, resulta imprescindible que el abordaje terapéutico se concentre en estimular las dimensiones afectadas, en este caso, las funciones de autorregulación (Carrasco-Chaparro, 2022).

Con esta finalidad, el tratamiento psicológico es utilizado de forma complementaria al farmacológico y se enfoca en el desarrollo de habilidades y estrategias cognitivo-conductuales en los pacientes con TDA/H, para que puedan implementarlas en su vida cotidiana. Este tipo de intervención se apoya en la psicoterapia (individual o grupal), entrenamiento de estrategias y el acompañamiento, que incluso, influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento, así como en el logro de resultados favorables (Ortiz & Jaimes, 2016; Ortiz et al., 2009).

A partir de lo recopilado por Guerrero-Aguirre et al. (2016), las técnicas cognitivo-conductuales que han sido implementadas para el tratamiento complementario del TDA/H en adultos son:

- Psicoeducación sobre el trastorno
- Estrategias de organización.
- Estrategias de planeación.
- Estrategias para el manejo del tiempo, activación conductual y posposición.
- Reestructuración cognitiva.
- Técnicas para lidiar con la distracción.
- Mindfulness.

Siguiendo este mismo enfoque y después de una revisión sistemática de abordajes terapéuticos basados en evidencia, Hernández et al. (2021), confirman que el Mindfulness y la TCC, resultaron tener mayor efectividad que otros tratamientos.

Murphy (2006), amplía el panorama afirmando que los tratamientos psicosociales incluso pueden intervenir en diversas áreas de interacción y dirigir esa atención o consejería en diferentes modalidades: individual, grupal, familiar, matrimonial/de pareja, vocacional, coaching, ayudas tecnológicas y defensa, aunque en algunas aún no hay datos empíricos que respalden su eficacia.

Uno de los beneficios de la psicoeducación y fortalecimiento de habilidades, es que pueden generar experiencias de logro y, en consecuencia, favorecer la autoestima (Carrasco-Chaparro, 2022). Como tarea preventiva, la psicoeducación podría tener un efecto benéfico en las personas con TDA/H comórbido que presenten un riesgo latente de muerte prematura por causas no naturales, siempre que estos casos sean identificados a tiempo por los profesionales de la salud (Sun et al., 2019).

Inclusive, de manera anticipada y previa al inicio de la adultez temprana, la prevención de adicciones resulta crucial para reducir esa probabilidad de desarrollar patrones patológicos (Estévez-Lamorte et al., 2019).

Además, esa identificación de riesgo latente es necesaria debido a que, las comorbilidades pueden llegar a complicar el tratamiento y, a su vez, aumentar la sintomatología comórbida y del propio trastorno (Kunwar, 2007).

Por lo tanto, es importante que se efectúe un adecuado reconocimiento de los síntomas y diagnóstico diferencial en cada paciente, con la finalidad de que estos no generen un impacto negativo durante el tratamiento, tanto del TDA/H como de los trastornos comórbidos. Primero,

porque los síntomas comórbidos pueden poner en riesgo el cumplimiento del régimen establecido del TDA/H; segundo, porque un síntoma no reconocido del TDA/H puede estar disfrazado de una respuesta deficiente al tratamiento de la comorbilidad (Barkley & Brown, 2008).

Si se han detectado ciertas comorbilidades psiquiátricas, resulta primordial dar atención al trastorno predominante o que cause mayores dificultades en el paciente y, de manera escalonada, atender los síntomas residuales (Katzman et al., 2017).

No obstante, lo más recomendable es realizar un tratamiento adecuado temprano, pues esto modificaría benéficamente la manifestación comórbida a largo plazo (McIntosh et al., 2009, como se citó en Katzman et al., 2017).

Finalmente, es necesario concluir esta parte recordando que el manejo adecuado del TDA/H impacta benéficamente en el funcionamiento diario de los pacientes al estabilizarlos y, en consecuencia, facilitar su recuperación (Barkley & Brown, 2008).

Para lograr que los pacientes mejoren su calidad de vida y logren el cumplimiento de sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, es necesario realizar un tratamiento adecuado a las necesidades de cada caso (Guerrero-Aguirre et al., 2016). Al respecto, Neves Muniz (2023), señalan que:

El tratamiento de primera elección para adultos con TDAH, es el individualizado, realizado de manera flexible, consensuado y adaptado a las necesidades de cada paciente, en base a las evidencias científicas y recomendaciones de las guías de práctica clínica actuales (p. 58).

## Conclusiones y Discusión

La literatura revisada para la integración de este documento ha permitido (en su totalidad) establecer y confirmar que el TDA/H en adultos es posible. Se presentaron sus principales características clínicas (cognitivas, conductuales y emocionales), el impacto en diferentes áreas de la vida y la implicación del diagnóstico y tratamiento, así como las principales raíces y antecedentes del trastorno; lo cual, podría indicar que los objetivos planteados al inicio de este documento se han cumplido.

A partir de esta investigación teórica, se ha podido dar cuenta de que, es una realidad que también los adultos manifiesten síntomas y comportamientos relacionados a este trastorno del neurodesarrollo y/o psiquiátrico, a pesar de que los síntomas suelen modificarse en el transcurso de la vida.

Es un trastorno estudiado desde diversos campos, medicina, psicología, neurología, psiquiatría, mismos que han tratado de brindar definiciones donde convergen y se integran diversos hallazgos. Hace 20 años, Zwi y York (2004), consideraron que era incierta la validez diagnóstica del TDA/H en adultos y requería mayores estudios, sin embargo, las actualizaciones en investigación del TDA/H relacionadas a su presencia en la vida adulta han logrado avances que posibilitan su visibilización y reconocimiento. La evidencia ha demostrado que la presencia del trastorno en etapas adultas puede manifestarse tanto en personas diagnosticadas durante su infancia o adolescencia (Biederman et al., 2010), como en aquellas con diagnóstico tardío.

A pesar de eso, se considera que muchas de las investigaciones y sus hallazgos no son concluyentes y mucho menos generalizables a nivel global, puesto que, de acuerdo con diversos autores, este trastorno es heterogéneo tanto en su etiología, como en su manifestación, características conductuales, afectaciones en la vida diaria o diagnóstico, y

pueden verse implicados factores medioambientales variantes de un grupo poblacional a otro, así como diferencias individuales que pueden modificar su presencia entre sujetos.

Resulta evidente y algunas veces es reiterado por ciertos autores como Hernández et al. (2021), que la investigación y literatura de este trastorno en la población adulta, es menor a la que se puede localizar referente a la infancia y adolescencia, esto a causa de que, antiguamente, se creía que se trataba de una patología que desaparecía luego de la adolescencia, y su estudio y reconocimiento comenzó a realizarse mucho tiempo después. Sin embargo, esto no indica que los estudios en la infancia hayan sido irrelevantes para el objetivo de este trabajo, puesto que, al tratarse de una misma patología, los estudios e investigación enfocada en edades tempranas, han servido de referente para dar seguimiento, ampliar el conocimiento y establecer cierta diferenciación sintomatológica entre cada grupo etario.

Con esta revisión teórica se ha podido ampliar el panorama acerca de las características observables que podrían ser indicadores de la presencia del TDA/H en adultos, más allá de los estereotipos socialmente marcados. La sintomatología presentada se fundamenta en una búsqueda de literatura científica con respaldo empírico y, hasta cierto punto, congruente entre sí, con el fin de concentrar información válida que aporte información confiable para los profesionales, estudiantes y población en general que se encuentren interesados en informarse de manera concreta en el tema.

Tal parece que se han podido exponer los aspectos necesarios que ayuden a reconocer este trastorno aún más. Ha quedado claro que se trata de un trastorno que inicia generalmente durante la infancia, del cual se afirma reiteradamente su posible manifestación durante la adultez, más su origen es a causa de factores o riesgos genéticos-neurológicos-ambientales, o bien, la combinación de ellos (Faraone et al., 2021) y, aunque puede atenderse efectivamente a pesar de un diagnóstico tardío, lo ideal, según algunos autores, sería el diagnóstico y

tratamiento precoz, pues esto prevendría o reduciría el riesgo de complicaciones futuras, como el agravamiento de síntomas comórbidos (Huynh, 2024), deterioros, conductas desadaptativas y/o disfuncionalidad en diferentes áreas sociales.

En cuanto el diagnóstico, además de las razones sociales y personales para ser un trastorno infradiagnosticado y tratado, otro posible impedimento señalado por algunos autores como Neves Muniz (2023), e incluso por algunos pacientes (Morley & Tyrrell, 2023), sería el desconocimiento o falta de actualización referente a este trastorno durante la vida adulta por parte del personal de salud; por lo tanto, resulta innegable la necesaria preparación de los profesionales para identificar el TDA/H en sus pacientes adultos (Alpizar-Velázquez, 2019; Ramírez & Maldonado, 2021).

Si bien, dentro de la mayoría de literatura revisada y en este trabajo se abordan principalmente los síntomas nucleares (problemas de atención, hiperactividad e impulsividad), se ha llegado a describir muy poco u omitir algunos síntomas menos comunes como el hiperfoco. Dicha capacidad, permite concentrarse durante un tiempo prolongado en alguna tarea específica que sea de gran interés para las personas, llegando incluso a perder la noción del tiempo o desatender por completo cualquier cosa distinta a su alrededor (Neves Muniz, 2023). La reducida información referente a este síntoma también podría generar desconocimiento o información incompleta.

Por otro lado, aún podría haber conflicto o discrepancia entre autores respecto a la desregulación emocional, si bien, los profesionales realizan un diagnóstico basado en los criterios establecidos por el DSM-5, este manual aún sigue considerando que la afectación emocional sólo puede ser una característica asociada y no la considera un síntoma primordial para la evaluación que influya en el diagnóstico. En contraste, Russell Barkley uno de los mayores exponentes y estudiosos del trastorno, consideran que, si el TDA/H provoca

afectaciones cognitivas en la autorregulación y estas generan la impulsividad, entonces involucraría no sólo la impulsividad comportamental, sino también la emocional y del estado de ánimo, ya que estarían directamente relacionadas. Otros se refieren a lo emocional sólo como un síntoma comórbido independiente.

Entonces, cabe cuestionarse si las consecuencias emocionales son puramente a causa del trastorno y a la disfunción cerebral involucrada, o si el entorno juega un papel prioritario en ellas. Ya que se han encontrado correlatos de personas que vieron afectada su salud emocional a causa de críticas o juicios acerca de su comportamiento a lo largo de su desarrollo.

La información no científica acerca de la sintomatología del TDA/H, si bien, podría provocar su visibilización social, esto también podría traer consecuencias negativas, confundir y/o brindar información sesgada a la población. Por ejemplo, esa información podría estar representando solo a un individuo, puesto que, como ya se ha observado en este trabajo, la sintomatología puede surgir a partir de la convergencia de diversos factores intrínsecos y/o extrínsecos, variantes de un individuo a otro.

Se han generado dudas respecto a las diferencias de sexo, gran parte de la literatura relaciona el trastorno mayormente con el sexo masculino, sin embargo, investigaciones recientes podrían poner esto en duda al evidenciar que las mujeres también pueden manifestarlo de formas no tan evidentes o con síntomas enmascarados y, por lo tanto, serían menos diagnosticadas o estudiadas. La presencia estimada del TDA/H, mayor en hombres que en mujeres, puede deberse a que las mujeres tienden a recibir diagnósticos tardíos, por el contrario, los hombres pueden ser contabilizados desde edades tempranas a partir de la presentación de síntomas hiperactivos y con la posibilidad de tener conocimiento temprano de su condición. Este hecho, probablemente ha creado un evidente interés investigativo acerca de

las mujeres no diagnosticadas que, al parecer, había quedado relegado a causa de estereotipos.

Las particularidades entre autores, también ha llevado a cuestionar el vocabulario que utilizan al expresar la presencia del TDA/H entre la población adulta. A pesar de que todos señalan firmemente que se trata de un trastorno del neurodesarrollo, término que lleva implícita la imposible “cura”, y su presencia crónica; algunos se refieren a él como algo que se “prolonga” o “persiste”, como intentando reafirmarlo tras cada estudio realizado, lo cual, de cierta forma, resulta un tanto redundante. Sin embargo, habría que analizar el hecho de que algunos de esos estudios daban seguimiento al TDAH infantil; o bien, si se encontraban en un período temporal de investigación pionera del TDAH en población adulta, lo cual, entonces, habría requerido la precisa aclaración.

Un aspecto de gran importancia sustraído y recopilado para este trabajo es el relacionado al tratamiento (farmacológico y psicológico). Este no es ni debería ser el mismo en todas las personas con TDA/H, ya que será individualizado y determinado por una evaluación exhaustiva. Tres grupos que podrían servir como referentes para la evaluación y tratamiento serían: a) los adultos con diagnóstico y tratamiento previo durante la infancia, b) los adultos con diagnóstico previo, pero sin tratamiento y, c) los adultos con sospechas y diagnóstico tardío.

Se puede afirmar que las investigaciones han crecido, lo siguen haciendo y crean avances en beneficio de la población adulta con TDA/H, no solo desde el campo de la medicina, sino también desde la psicología, pues una mirada cognitivo conductual durante la evaluación, diagnóstico y tratamiento, facilita la atención brindada por los profesionales médicos, y viceversa. En este sentido, es necesaria una mirada interdisciplinaria que genere una óptima atención.

Una forma de lograrlo basados en la evidencia que incluya a la población mexicana sería darle continuidad a este trabajo académico, pero ahora desde una perspectiva práctica y menos teórica, de manera cuantitativa y/o cualitativa. Por ejemplo, tratar de brindar cifras nacionales y actuales con relación a la población adulta, o bien, estudiando qué cantidad de personas manifiestan los síntomas aquí descritos debido a la presencia “real” del TDA/H. Esto implicaría estudios más amplios y posiblemente con altos costos que valdría la pena realizar.

Se requiere investigación y estudio constante tanto neurológica, psiquiátrica, psicológica, que puedan generar mayores avances científicos en beneficio de la población con TDA/H diagnosticado y/o no diagnosticado.

Resulta indispensable promover el conocimiento, reconocimiento y aceptación públicos de trastornos como el TDA/H en población adulta, ya que esto podría tener un impacto que concientice y quebrante los estigmas, estereotipos, desconocimiento y la incompleta o equivocada información que pueda existir alrededor de esta problemática y, en consecuencia, se llegue a erradicar la equivocada autopercepción de quien manifiesta el trastorno a causa de ellos.

### **Limitaciones**

En el proceso investigativo, surgieron algunas limitaciones para el propósito de este trabajo. Inicialmente, gran parte de la literatura está basada en estudios realizados en el extranjero, principalmente en Europa y Estados Unidos, lo cual, impide tener un panorama más amplio de lo que sucede en la población de este país respecto al TDA/H en la adultez.

Por otro lado, la dificultad para abordar este tema desde el campo de la psicología estuvo determinada por el acceso limitado a gran variedad de investigaciones, ya que, por ejemplo, algunos buscadores brindan acceso a la información solo a miembros adscritos a

algunas instituciones médicas y otros tienen un costo económico. Aun así, esto puede radicar en el gran peso que tiene la medicina especializada respecto al estudio del trastorno, ya que es el campo encargado de su diagnóstico y tratamiento farmacológico; además de que su investigación implica una amplia inversión de tiempo y dinero.

### **Propuesta**

Realizar una propuesta que pretenda reducir la complejidad del reconocimiento y diagnóstico del TDA/H a partir de este trabajo, pareciera una tarea casi imposible, debido a la heterogeneidad y complejidad del trastorno en sí mismo.

En este sentido, casi al finalizar este reporte, ha surgido la necesidad de cuestionar el beneficio de este. Inicialmente, beneficiaría a la comunidad científica al integrar un documento donde se concentren aspectos fundamentales del trastorno y/o agilice de manera concreta la búsqueda de información. Los investigadores de diversas áreas ya han dado los pasos iniciales desde hace algunas décadas, para reconocer o visibilizar el trastorno en la vida adulta, sin embargo, esa información muchas veces no se encuentra a la mano de la población promedio (tan solo los artículos médicos con información actualizada y completa tienen costo) y otras tantas, con un lenguaje poco comprensible en su totalidad debido a su profesionalización.

Entonces, ¿Qué pasa con la población general? ¿De qué manera se podría crear mayor concientización y autoobservación, lejos de generar autodiagnósticos indiscriminados y erróneos? ¿Qué se requiere para evitar o reducir la desinformación, o informar adecuadamente sobre el tema?

Para dar respuesta a estas cuestiones y a manera de propuesta o medida psicoeducativa, se desarrollaron una serie de carteles informativos (ver apéndices) que, por un lado, pretenden brindar datos valiosos para el acercamiento al trastorno y su necesario

reconocimiento; por otro lado, que inviten a la revisión o evaluación de quienes se sientan identificados con las características, síntomas y afectaciones a causa del trastorno. Se propone que este conjunto de información sea difundido idealmente en plataformas digitales o redes sociales, ya que hoy en día casi toda la población tiene acceso a ellas; además, son una fuente actual para generar conocimiento y en las que la población puede adquirirlo de forma fácil, rápida y práctica.

## Referencias

- Alpizar-Velázquez, A. (2019). Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 17-36.  
<https://doi.org/10.22544/rcps.v38i01.02>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.  
<https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- American Psychological Association. APA (2010). *Diccionario conciso de psicología*. Editorial El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association (2023). *¿Qué es el TDAH?*  
<https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad/%C2%BFque-es-el-tdah>
- Anbarasan, D., Kitchin, M., & Adler, L. (2020). Detección del TDAH en adultos. *Current Psychiatry Reports*, 22(72), 1-5. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9>
- Antshel, K., & Barkley, R. (2020). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En A. Gallagher, C. Bulteau, D. Cohen, & J. Muchaud (eds.), *Manual de neurología clínica*, (Vol. 174, pp. 37-45). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00003-X>
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Instituto Nacional de Neurociencias Aplicadas.
- Balbuena, F. (2016). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología Educativa*, 22(2), 81-85. <https://www.elsevier.es/es-revista->

[psicologia-educativa-educational-367-articulo-la-elevada-prevalencia-del-tdah-S1135755X16000051](https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2016.05.001)

- Barkley, R. (1997). Inhibición conductual, atención sostenida y funciones ejecutivas: construyendo una teoría unificadora del TDAH. *Boletín Psicológico*, 121(1), 65–94. [Inhibición conductual, atención sostenida y funciones ejecutivas: construyendo una teoría unificadora del TDAH - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Barkley, R. (2000). *Taking Charge of ADHD: the complete authoritative guide for parents*. The Guilford Press.
- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment*. The Guilford Press.
- Barkley, R., & Brown, T. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad no reconocido en adultos que presentan otros trastornos psiquiátricos. *CNS Spectrums*, 13(11), 977–984. <https://doi.org/10.1017/S1092852900014036>.
- Barkley, R. (2011). *TDAH: Diagnóstico, demografía y clasificación en subtipos*. Curso para profesionales. Cap 1. Fundación MAPFRE y Fundación educación activa.
- Beaton D., Sirois F., & Milne E. (2022) Experiencias de crítica en adultos con TDAH: un estudio cualitativo. *PLoS ONE*, 17(2), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263366>
- Berenguer, C., Miranda, A., Pastor, G., & Roselló, R. (2015). Comorbilidad del trastorno del espectro autista y el déficit de atención con hiperactividad. Estudio de revisión. *Revista de Neurología*, 60(1), 37-43. doi: [10.33588/rn.60S01.2014559](https://doi.org/10.33588/rn.60S01.2014559)
- Biederman, J., Petty, C., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A. E., Seidman, L. J., & Faraone, S. V. (2006). Impacto de los déficits de funcionamiento ejecutivo definidos psicométricamente

- en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Americana de Psiquiatría*, 163(10), 1730–1738. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1730>
- Biederman, J., Petty, C., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry research*, 177(3), 299–304. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881837/>
- Carboni, A., (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 95-131. <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847405007.pdf>
- Carrasco-Chaparro, X. (2022). Sobre el Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas. *Revista médica clínica los condes*, 33(5), 440-449. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864022000980>
- Cid, S., Areces, D., & Núñez, J.. (2023). Las Funciones Ejecutivas en Población Infanto-juvenil que presenta TEA y TDAH en comorbilidad: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 18(1), 30-39. <https://doi.org/10.23923/rpye2023.01.232>
- Conners, C.K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (2023a). *CAARS 2: Comparación con CAARS*. Multi-Health Systems [https://cdn.mhs.com/mhsdocs/Marketing\\_Files/ClinEd/CAARS2/CAARS2\\_Comparing\\_HUB\\_2024.pdf](https://cdn.mhs.com/mhsdocs/Marketing_Files/ClinEd/CAARS2/CAARS2_Comparing_HUB_2024.pdf)
- Conners, C.K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (2023b). *CAARS 2. Escalas de calificación de TDAH para adultos de Conners 2ª edición*. Multi-Health Systems. [sistemas-de-salud-multiple-usd \(mhs.com\)](https://www.mhs.com/sistemas-de-salud-multiple-usd)

- Cubero, C. (2006). Los Trastornos de la Atención con o sin Hiperactividad: Una Mirada Teórica desde lo Pedagógico. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 6(1), 0.  
<https://biblat.unam.mx/hevila/Actualidadesinvestigativaseneducacion/2006/vol6/no1/13.pdf>
- De la Peña, F., Palacio, J., & Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*, 8(1), 93-98. <https://www.redalyc.org/pdf/562/56216305009.pdf>
- Epstein, J., Johnson, D., & Conners, C.K. (fecha no especificada). *Entrevista diagnóstica de TDAH en adultos de Conners para el DSM-IV™ (CAADID)™* [Registro de base de datos APA PsycTests, 2019]. Pruebas psicológicas APA. <https://doi.org/10.1037/t04960-000>
- Estévez-Lamorte, N., Foster, S., Eich-Höchli, D., Moggi, F., Gmail, G., & Mohler-Kuo, M. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos, consumo de sustancias de riesgo y trastornos por consumo de sustancias: un estudio de seguimiento entre hombres jóvenes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 269, 667–679.  
<https://doi.org/10.1007/s00406-018-0958-3>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos-Quiroga, J., Rohde, L., Sonuga-Barke, E., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15020.  
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Faraone S. V., Banaschewski T., Coghill D., Zheng Y., Biederman J., Bellgrove M. A., Newcorn J. H., Gignac M., Al Saud N. M., Manor I., Rohde L. A., Yang L., Cortese S., Almagor D., Stein M. A., Albatti T. H., Aljoudi H. F., Alqahtani M. M. J., Asherson P., & Wang Y.

- (2021). Declaración de consenso internacional de la Federación Mundial de TDAH: 208 conclusiones basadas en la evidencia sobre el trastorno. *Revistas de Neurociencia y Biocomportamiento*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2021.01.022>
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G, Haro, J.M., Karam, E., Lara, C., Lépine, J.P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A., & Jin, R. (2007). Prevalencia transnacional y correlatos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. *British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402–409. doi: [10.1192/bjp.bp.106.034389](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034389)
- Fayyad, J., Sampson, NA, Hwang, I. Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Borges, G., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B. E., ... Kessler, R. C. (2017). La epidemiología descriptiva del TDAH en adultos según el DSM-IV en las encuestas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 9, 47–65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Fernandes, S., Piñón, A. & Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. En. E. Vázquez-Justo, & A., Piñón (eds.). *TDAH y Trastornos asociados* (pp. 1-6). Lex Localis. [https://www.researchgate.net/profile/Adolfo-Pinon-Blanco/publication/321490376\\_TDAH\\_y\\_Trastornos\\_asociados/links/5a2e6205a6fdccfbf89bd64/TDAH-y-Trastornos-asociados.pdf#page=11](https://www.researchgate.net/profile/Adolfo-Pinon-Blanco/publication/321490376_TDAH_y_Trastornos_asociados/links/5a2e6205a6fdccfbf89bd64/TDAH-y-Trastornos-asociados.pdf#page=11)
- Fructuoso, A. (2019). Manejo del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad y empleo de fármacos psicoestimulantes en el medio penitenciario. Evaluación de riesgo y beneficios. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(2), 113-114. <https://dx.doi.org/10.4321/s1575-06202019000200008>

García, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un Diagnóstico Insostenible. *Papeles del Psicólogo*, 38(2),107-115.

[https://www.redalyc.org/journal/778/77851775005/html/#redalyc\\_77851775005\\_ref13](https://www.redalyc.org/journal/778/77851775005/html/#redalyc_77851775005_ref13)

Geschwind, D. H., & Flint, J. (2015). Genética y genómica de la enfermedad psiquiátrica.

*Ciencia (Nueva York, N.Y.)*, 349(6255), 1489–1494. [Genética y genómica de las enfermedades psiquiátricas - PMC \(nih.gov\)](#)

Guerrero-Aguirre, E., Ortíz, E., & Ojeda, R. (2016). Importancia de la intervención cognitivo conductual en el tratamiento para el TDAH en adultos. *Neuropsicología Clínica*, 1(2), 30-41. [\(PDF\) Importancia de la Intervención Cognitivo Conductual en el Tratamiento para el TDAH en Adultos \(researchgate.net\)](#)

Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Libros Cúpula.

[https://proassetspdlcom.cdnstatics2.com/usuarios/libros\\_contenido/arxius/49/48207\\_TDAH.pdf](https://proassetspdlcom.cdnstatics2.com/usuarios/libros_contenido/arxius/49/48207_TDAH.pdf)

Hernández, F. Plaza, J., & Kreither, J. (2021). Trastorno por déficit atencional e hiperactividad en adultos: una revisión sistemática de abordajes terapéuticos. *Psicoperspectivas*.

*Individuo sociedad*, 20(1), 1-12. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue1-fulltext-2095>

Hervás, A. (2024). Trastornos del espectro autista, trastornos por déficit de atención e hiperactividad y desregulación emocional: enmascaramiento y abordaje. *Medicina (Buenos Aires)*, 84(1), 43-49.

Huynh, G. Masood, Sh., Mohsin, H., Daniyan, A. (2024). The impact of late ADHD diagnosis on mental health outcomes in females. *Social Sciences & Humanities Open*, 10, 100977. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2024.100977>.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2023). *La punta del Iceberg*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/imss/articulos/la-punta-del-iceberg?idiom=es>

Irastorza, L., Bellón, J., & Mora, M. (2016). Comorbilidad de Trastornos de la Personalidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(3), 151-155. [10.1016/j.rpsm.2016.01.009](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.009)

Izquierdo, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Revista complutense de Educación*, 16(2), 601-619. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/125302/16845-16921-1-PB.PDF?sequence=1>

Kooij, S.J., Francken, M. H., & Bron, T. I. (2019). *Entrevista Diagnóstica del TDAH en Adultos* (3a. ed., DIVA 5). Fundación DIVA, La Haya. <https://pavlov.psyciencia.com/2023/09/DIVA-5-ES-20230918-190342-b46da3c051a845c89395-unlocked.pdf>

Kakuszi, B., Bitter, I., & Czobor, P. (2018). Suicidal ideation in adult ADHD: Gender difference with a specific psychopathological profile. *Comprehensive Psychiatry*, 85, 23-29. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X18300968>

Katzman, M., Bilkey, T., Chokka, P., Fallu, A., & Klassen, L. (2017). TDAH en adultos y trastornos comórbidos: implicaciones clínicas de un enfoque dimensional. *BMC Psiquiatría*, 17(302). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). La Escala de Autoinforme de TDAH en Adultos (ASRS) de la Organización Mundial de la Salud: una escala corta de detección para su uso en la población general. *Medicina psicológica*, 35(2), 245–256. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>
- Kunwar, A., Dewan, M., & Faraone, S. (2007). Tratamiento de trastornos psiquiátricos comunes asociados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Opinión de expertos sobre farmacoterapia*, 8(5), 555–562. <https://doi.org/10.1517/14656566.8.5.555>
- Levinson, D. (1986). *Una concepción del desarrollo adulto*. *American Psychologist*, 41(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.1.3>
- López, I., & Förster, J. (2022). Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 367-378. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686402200075X>
- Lozano, Ó. M., Carmona, J., Muñoz-Silva, A., Fernández-Calderón, F., Díaz-Batanero, C., & Sánchez-García, M. (2020). *Escala de Autoinforme de TDAH en Adultos--Versión en Español (ASRS)* [Registro de base de datos]. Pruebas psicológicas APA. <https://doi.org/10.1037/t83075-000>.
- Luque-Parra, D., Luque-Rojas, M., & Hernández, D. (2017). Altas Capacidades Intelectuales y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: a propósito de un caso. *Perspectiva Educativa*, 56(1), 164-182. [Altas Capacidades Intelectuales y Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: A propósito de un caso. - Dialnet \(unirioja.es\)](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6254444)
- Maciá, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia: concepto evaluación y tratamiento*. Pirámide.

[https://www.academia.edu/35325224/TDAH en la infancia y la adolescencia concepto evaluacion y tratamiento](https://www.academia.edu/35325224/TDAH_en_la_infancia_y_la_adolescencia_concepto_evaluacion_y_tratamiento)

- Mazurkiewicz, H., & Marcano, B. (2021). Calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH diagnosticados en la adultez: revisión sistemática. *Actualidades en Psicología*, 35(130), 97-113. <https://doi.org/10.15517/ap.v35i130.38298>
- Medina, A. (2020). *Comorbilidad del TDAH con el consumo de sustancias y su relación con el rendimiento académico de jóvenes universitarios de la FESI* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM. <http://132.248.9.195/ptd2020/septiembre/0803490/Index.html>
- Medina, M. E., Orozco, R., Rafful, C., Cordero, M., Bishai, J., Ferrari, A., Santomauro, D., Benjet, C., Borges, G., & Mantilla, A. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta Médica de México*, 159(6), 527-538. [https://www.gacetamedicademexico.com/files/gmm\\_23\\_159\\_6\\_527-538.pdf](https://www.gacetamedicademexico.com/files/gmm_23_159_6_527-538.pdf)
- Molinar, J., & Castro, A. (2018). Estigma en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH por maestros de educación básica. Preliminar de una intervención psicoeducativa. *REXE Revista de estudios y experiencias en educación* 17(35), 167-174. <https://www.redalyc.org/journal/2431/243158173011/html/>
- Monzón, J., de Castro, M., de Vega, A., Ezama, M., Lorenzo, N., & García, A. (2016). Construyendo el TDAH con “sus” voces. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*, 0(3), 407-413. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/34/36>
- Moraleda, E., Fernández, L., Sánchez, J., & López, P. (2018). Perfil neurolingüístico en niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

*International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (2), 151-158.

<https://www.redalyc.org/journal/3498/349857778014/html/>

Moreno, M. A., Martínez, M. J., Tejada, A., González, V., & García, O.. (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 231-239.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300006>

Morley, E., & Tyrrell, A. (2023). Exploración de las experiencias de las estudiantes con TDAH y su impacto en el funcionamiento social, académico y psicológico. *Journal of Attention Disorders*, 27(10), 1129-1155. <https://doi.org/10.1177/10870547231168432>

Murphy, K. (2006). Psychological Counseling of Adults with ADHD. En. R. Barkley (ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment* (3er ed., pp. 692-703). The Guilford Press.

Neves Muniz, S. (2023). *Proyecto adultos con TDAH y Médicos de familia, unidos en la erradicación del estigma y en el combate a la inercia terapéutica*. Programa de asistencia multimodal en los centros de salud en España: atención primaria caminando hacia un nuevo modelo de asistencia a los problemas de salud mental en España. Semergen (sociedad española de Médicos de Familia y Atención primaria). GT salud mental. [2. TDAH \(proyecto\) \(semergen.es\)](#)

Neves Muniz, S. (2023). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el adulto (TDAH)*. Monográfico para Médicos de Atención Primaria. Semergen (Sociedad española de Médicos de Atención primaria). GT Salud mental.

<https://semergen.es/files/docs/grupos/salud%20mental/adultoTDAH.pdf>

- OMS (1995). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10 ed., vol. 1). Organización Panamericana de la Salud  
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- OMS (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Onandia-Hinchado, I., Pardo-Palenzuela, N., & Díaz-Orueta, U. (2021). Cognitive characterization of adult attention deficit hyperactivity disorder by domains: A systematic review. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 893–937.  
<https://doi.org/10.1007/s00702-021-02302-6>
- Ortega, S. (2017). *Entrevista Diagnóstica para Adultos con TDAH, CAARS*. Fundación CADAH.  
[Entrevista diagnóstica para adultos con TDAH, CAARS \(fundacioncadah.org\)](http://fundacioncadah.org)
- Ortiz, S., & Jaimes, A. (2016). Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(5), 6-14.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422016000500006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000500006&lng=es&tlng=es)
- Ortiz, S., Lischinsky, A., Rivera, L., Sent es Castell , H., Grevet, E., & Jaimes, A. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para adultos Latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 32(1), 45-53.  
[sams091e.pdf \(medigraphic.com\)](http://medigraphic.com/sams091e.pdf)
- Palacios, L. (2021). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: la importancia de la detección temprana y el involucramiento del primer nivel de atención. *Salme Revista del instituto Jalisciense de salud mental*, (15), 3-10.  
[https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme\\_15-alta.pdf](https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme_15-alta.pdf)

- Palacios, L., Peña, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle, S., & Ulloa, R. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 34(2), 149-155.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58220799008>
- Papalia, D., & Martorell, G. (2017). Adultez emergente y temprana. En. *Desarrollo humano* (13ª ed., pp. 384-412). Mcgraw Hill Educación.  
[https://www.academia.edu/88382740/Desarrollo\\_Humano\\_Papalia\\_2017](https://www.academia.edu/88382740/Desarrollo_Humano_Papalia_2017)
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). La prevalencia mundial del TDAH: una revisión sistemática y un análisis de metarregresión. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Quintero, J., & Castaño, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 18(9), 600-608.  
[https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/02/n9-600-608\\_Javier%20Quintero.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/02/n9-600-608_Javier%20Quintero.pdf)
- Ramirez, L., & Maldonado, I. (2021). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. *Salme Revista del instituto Jalisciense de salud mental*, (15), 35-44.  
[https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme\\_15-alta.pdf](https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme_15-alta.pdf)
- 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(1), 105-115. <https://amece.es/images/tdah15.pdf>
- Ramos-Quiroga, J., Picado-Rossi, M., Mallorquí-Bagué, N., Vilarroya-Oliver, O., Palomar, G., Richarte, V., Vidal, V., & Casas, M. (2013). Neuroanatomía del trastorno por déficit de

- atención/hiperactividad en el adulto: hallazgos de neuroimagen estructural y funcional. *Revista de Neurología*, 56(1), 93-106. [https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES\\_12/neuroanatomia-tdah-n-mallorqui.pdf](https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/IMAGES_12/neuroanatomia-tdah-n-mallorqui.pdf)
- Reyes-Zamorano, E., García-Vargas, K., & Palacios-Cruz, L. (2013). Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica*, 65(1), 30-38. [nn131e.pdf \(medigraphic.com\)](http://nn131e.pdf(medigraphic.com))
- Rico-Moreno, J., & Tárraga-Mínguez, R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(3), 810–819. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.217031>
- Rivera, M. (2007). Aplicación de la Teoría del Desarrollo de Daniel Levinson a la Consejería Universitaria. *Revista Griot*, 1(1), 2-13.
- Rojas, D., Saavedra, P., & Aravena, S. (2022). Intervención de la tartamudez en niños: una revisión integrativa de la literatura. *Revista CEFAC*, 24(2). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20222427521s>
- Sauceda, J. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(5), 14-19. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145c.pdf>
- Sibley, M., Swanson, J., Arnold, L., Hechtman, L., Owens, E., Stehli, A., Abikoff, H., Hinshaw, S., Molina, B., Mitchell, J., Jensen, P., Howard, A., Lakes, K., Pelham, W., & MTA Cooperative Group (2017). Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(6), 655–662. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12620>

- Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(1), 26–31. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1004-4>
- Song P., Zha M., Yang Q., Zhang Y., Li X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Glob Health*, 11, 04009. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>
- Soutullo, C., & Álvarez, M. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en evidencia. *Pediatría Integral*, XVIII(9), 634-642. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/05/n9-634-642\\_Cesar%20Soutullo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/05/n9-634-642_Cesar%20Soutullo.pdf)
- Soutullo, C., & Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDA/H*. Editorial Médica Panamericana. [https://www.academia.edu/40176982/Manual\\_de\\_diagno%C3%B3stico\\_y\\_tratamiento\\_d\\_el\\_TDAH](https://www.academia.edu/40176982/Manual_de_diagno%C3%B3stico_y_tratamiento_d_el_TDAH)
- Spencer, T. J., Adler, L. A., Qiao, M., Saylor, K. E., Brown, T. E., Holdnack, J. A., Schuh, K. J., Trzepacz, P. T., & Kelsey, D. K. (2010). *Escala de Calificación de Síntomas del Investigador de TDAH en Adultos (AISRS)* [Registro de base de datos]. Pruebas psicológicas APA. <https://doi.org/10.1037/t16509-000>
- Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., de Vries, Y.A., Roest, A.M., de Jonge, P., Maercker, A., Brewin, C.R., Pike, K.M., Grilo, C.M., Fineberg, N.A., Briken, P., Cohen-Kettenis, P.T., & Reed, G.M. (2020). Trastornos mentales, conductuales y del desarrollo neurológico en la CIE-11: una perspectiva internacional sobre los cambios y las controversias clave. *BMC Med*, 18(21), 1-24. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>

- Sun, S., Kuja-Halkola, R., Faraone, S., D'Onofrio, B., Dalsgaard, S., Chang, Z., & Larsson, H. (2019). Association of Psychiatric Comorbidity With the Risk of Premature Death Among Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA psychiatry*, 76(11), 1141–1149. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1944>
- Tichenor, S., Johnson, Ch., & Yaruss, J. (2021). A Preliminary Investigation of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Characteristics in Adults Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(3), 839-853. [https://doi.org/10.1044/2020\\_JSLHR-20-00237](https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00237)
- Thompson, D. (2024, 14 de octubre). *1 de cada cuatro adultos estadounidenses sospecha que tiene TDAH no diagnosticado*. Health Day. [1 de cada 4 adultos estadounidenses sospecha que tiene TDAH no diagnosticado \(healthday.com\)](https://www.healthday.com/1-de-cada-4-adultos-estadounidenses-sospecha-que-tiene-tdah-no-diagnosticado/)
- Ureña, J. (2016). *TDAH: un trastorno real, tratable y con más de un millón de diagnósticos en México*. Conacyt/Sin embargo.mx. <https://www.sinembargo.mx/10-07-2016/3063551>
- Uriarte, J. (2005). En la transición de la edad adulta. Los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 145-160. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832310013.pdf>
- Vásquez, J., Cárdenas, E., Fera, M., Benjet, C., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud. [guia\\_tdah.pdf \(inprf.gob.mx\)](https://www.inprf.gob.mx/guia_tdah.pdf)
- Vaquerizo, J., Estévez, F., & Pozo, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 41(1), 83-89. <https://doi.org/10.33588/rn.41S01.2005382>

- Vera, R. (2016). *La Inteligencia Emocional en Adultos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y la Relación con su Calidad de Vida*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Docta Complutense. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/22620>
- Vidal, R., Barrau, V., Casas, M., Caballero-Correa, M., Martínez-Jiménez, P., & Ramos-Quiroga, J. (2014). Prevalencia de síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adolescentes y adultos jóvenes con otros trastornos psiquiátricos refractarios a tratamientos previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 104-112. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989114000585>
- Yáñez, G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: diagnóstico, evaluación e intervención*. Manual moderno. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/28859.pdf>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B.B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., ... Woodhouse, E. (2020). Mujeres con TDAH: Una declaración de consenso de expertos que adopta un enfoque de esperanza de vida que proporciona orientación para la identificación y el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niñas y mujeres. *BMC Psiquiatría*, 20(404), 1-27. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Ziobrowski, H., Brewerton, T., & Duncan, A. (2018). Associations between ADHD and eating disorders in relation to comorbid psychiatric disorders in a nationally representative sample. *Psychiatry Research*, 260, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.026>

Zwi, M., & York, A. (2004). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos: validez desconocida. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(4), 248–256.

<https://doi.org/10.1192/apt.10.4.248>

## Apéndice A

### TDA/H EN ADULTOS

¿QUÉ ES?

Trastorno por  
Déficit de  
Atención e  
Hiperactividad



- ✓ Es un trastorno del neurodesarrollo, genético y altamente hereditario.
- ✓ Principalmente provoca alteraciones de la atención, en el control de los impulsos, sobreactividad.
- ✓ Inicia en la infancia y algunas veces no es diagnosticado o tratado debido a falsas creencias y desinformación.
- ✓ Los síntomas suelen modificarse con el paso de los años.

Por: Martha Silvia Teodora Romero

### TDA/H EN ADULTOS

¿ES POSIBLE?

**Síntomas principales:**  
Comportamiento excesivo e inapropiado para la edad



- ✓ Atencionales: dificultad para mantener la atención, distracción con pensamientos o actividades irrelevantes, fallas de memoria, dificultad para mantenerse atento en situaciones aburridas, falla en la concentración, no terminar tareas.
- ✓ Hiperactividad: dificultad para restringir el movimiento, inquietud extrema al estar sentado o tranquilo por tiempo prolongado, hablar excesivamente.
- ✓ Impulsividad: interrumpir al hablar o adelantarse al responder, no poder esperar los turnos.
- ✓ Desregulación emocional: baja tolerancia a la frustración, enojos con facilidad o irritabilidad, agitación, y/o sensibilidad emocional.

\*Los problemas atencionales destacan más en los adultos que en los niños.  
\*Existen síntomas menos comunes como el hiperfoco y problemas de lenguaje.

Por: Martha Silvia Teodora Romero

### TDA/H EN ADULTOS

¿ES POSIBLE?

La evidencia científica, indica que sí es posible que un adulto manifieste el trastorno.

Puede presentarse de tres formas:

- ✓ Presentación predominante con problemas atencionales.
- ✓ Presentación predominante con hiperactividad/impulsividad.
- ✓ Presentación combinada.
- ✓ No se presenta de la misma forma en todos los pacientes.

\*puede presentarse junto a otras patologías psiquiátricas como depresión y/o ansiedad, etc.

Por: Martha Silvia Teodora Romero

### TDA/H EN ADULTOS

¿ES POSIBLE?

**Origen y causas**

Es causado por deficiencias en las circuitos cerebrales encargados de la inhibición y el autocontrol.



- ✓ Genético-hereditarios
- ✓ Neuroquímicos: desregulación de neurotransmisores como la dopamina o noradrenalina.
- ✓ Neuroanatómicos: deficiencias en partes del cerebro como el lóbulo frontal.
- ✓ Originados por múltiples factores posibles antes y después del nacimiento: que la madre consuma alcohol o tabaco, defectos neurobiológicos, bajo peso al nacer, etc.

Por: Martha Silvia Teodora Romero

### TDA/H EN ADULTOS

¿ES POSIBLE?

**Afectaciones en la vida diaria**

- ✓ Problemas laborales: desempleo, ausentismo, bajo rendimiento, despidos, abandonos impulsivos, inconstancia.
- ✓ Problemas interpersonales: relaciones sociales, de amistad o amorosas inconstantes o poco duraderas.
- ✓ Problemas individuales: baja autoestima, inseguridad, autoimagen deteriorada, insatisfacción.
- ✓ Conductas de riesgo: adicciones, actividad sexual impulsiva, accidentes, riesgo suicida, conducta criminal.

Por: Martha Silvia Teodora Romero

### TDA/H EN ADULTOS

¿ES POSIBLE?

**Diagnóstico**

- ✓ ¿Quién puede hacerlo?  
Psiquiatras y Neurólogos
- ✓ Beneficios: ayuda a desarrollar un tratamiento adecuado para cada persona.
- ✓ ¿Qué se hace?  
Se realiza una historia clínica, evaluación exhaustiva con datos de etapas previas y la etapa actual.
- ✓ Podría requerir atención de psicólogos, neurólogos, psiquiatras, neuropsicólogos y demás personal médico. Así como el uso de cuestionarios, escalas y entrevistas.

Por: Martha Silvia Teodora Romero

## TDA/H EN ADULTOS

¿ES POSIBLE?



### Tratamiento

- ✓ Requiere un tratamiento individualizado, con base en el diagnóstico previo.
- ✓ El tratamiento ayuda a mejorar el funcionamiento, social, laboral, familiar, interpersonal y la calidad de vida.
- ✓ Puede implicar el uso de fármacos bajo prescripción médica especializada y/o terapia cognitivo conductual.
- ✓ Reduce los síntomas y deficiencias causados por el trastorno.

Por: Martha Silvia Teodores Romero

## Apéndice B



**TDA/H EN ADULTOS**

**¿YO O ALGUIEN QUE CONOZCO PODRÍA TENER TDA/H?**

**¿cómo podría saberlo?**

si te identificas y has tenido dificultades en tu vida diaria a causa de los siguientes ejemplos, podrías requerir una evaluación profesional

Por: Martha Silvia Teodórez Romero

¿HAS NOTADO AFECTACIONES COMO ESTAS EN TU VIDA ADULTA DE FORMA CONSTANTE ?

- Dificultades laborales (renuncias, ausentismo, despidos, inestabilidad, desempleo).
- Relaciones de amistad o amorosas inestables o poco duraderas/matrimonios fallidos.
- Insatisfacción con la vida.
- Consumo de sustancias (alcohol o drogas).
- Trastornos de la alimentación.
- Fácil distracción en casi todas las actividades, excepto en alguna que te interesa mucho.



- Accidentes automovilísticos
- Gran cantidad de parejas sexuales.
- Bajo rendimiento educativo
- Crímenes
- Problemas para regular las emociones.

En la infancia:

- Dificultades de aprendizaje y/o conducta en la escuela.
- Etiquetas como niño (a) problemático (a) o distraído (o), que no ponía atención.

¿HAS EXPERIMENTADO O TE HAN DICHO QUE TE COMPORTAS AL MENOS CON 5 SÍNTOMAS DE CADA LISTA?

INATENCIÓN

- Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades.
- Distracciones u olvidos frecuentes.
- Parece no escuchar.
- Extraviar objetos.
- Errores o accidentes por descuido o inatención.
- Dificultad para la organización.
- Dificultad para seguir instrucciones.
- Dificultad para iniciar y/o finalizar tareas (escolares, quehaceres o actividades laborales).
- Evita tareas que requieren esfuerzo mental constante.

HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD

- Sentir inquietud mental.
- Sentirse extremadamente agitado.
- Mover excesivamente los pies y las manos.
- Dificultad para permanecer sentado, se levanta constantemente del asiento.
- Dificultad para estar tranquilo o quieto por tiempo prolongado.
- Impaciencia para esperar turnos.
- Hablar en exceso.
- Interrumpir a los demás/no esperar el turno para hablar.
- Cuando le preguntan algo: responde inesperadamente o antes de que terminen la pregunta.

¿A QUIEN PUEDES ACUDIR PARA UNA EVALUACIÓN O DIAGNÓSTICO?

Buscar apoyo profesional especializado, es la mejor opción para valorar tus síntomas.



Los especialistas que pueden realizar un diagnóstico válido son:

- PSIQUIÁTRA
- NEURÓLOGO

¿PARA QUE SIRVE UN DIAGNÓSTICO?

- Recibir un tratamiento acorde a las necesidades individuales.
- Mejorar el funcionamiento personal y social.
- Mejorar la productividad.
- Mejorar el autoestima.
- Mejorar la calidad de vida.

RECUERDA:

El diagnóstico de TDA/H implica una evaluación exhaustiva profesional donde se documente:

- Tu situación actual y previa.
- La influencia del trastorno en tu funcionamiento cotidiano, durante la infancia, adolescencia y vida adulta.
- Tus actividades cotidianas.
- Impacto del trastorno en tu salud física y mental (pueden aplicarse diversas pruebas).
- Otras posibles causas de la conducta.
- Diagnostico específico basado en los criterios del trastorno.
- Recomendaciones profesionales.