

Efecto de la Regulación Emocional en la Edad Diagnóstica de Mujeres con TDAH

Tesis

Licenciada en Psicología

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Medicina y Psicología

México B.C.

Tesis presentada por:

Litzzy Yessenia Morales López

Director de tesis

Salvador Trejo García

Índice

Resumen.....	5
Introducción	7
Marco teórico	10
Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad-Impulsividad (TDAH)	10
Definición	10
Etiología.....	10
Correlato Neurobiológico	11
Diferencias Neurobiológicas Entre Hombres Y Mujeres.	12
Perfil Neuropsicológico	12
Diferencias Neuropsicológicas Entre Hombres y Mujeres con TDAH.	13
Prevalencia.....	14
Diagnóstico	15
Instrumentos unidireccionales para evaluar el TDAH.....	17
Instrumentos bidireccionales para evaluar el TDAH.....	19
Comorbilidades en el TDAH	19
Regulación Emocional	20
Definición de regulación emocional	20
Correlato neurobiológico de la regulación emocional	20
Correlato neuropsicológico de la regulación emocional.....	21
Evaluación de la regulación emocional	21
Definición de estrategias de regulación emocional.....	22
Evaluación de las estrategias de regulación emocional	22
Regulación emocional en el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad – Impulsividad (TDAH).....	23
Regulación emocional en mujeres con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad-Impulsividad (TDAH).....	24
Antecedentes	26
Planteamiento del problema.....	34
Pregunta de investigación	35
Objetivos	35
Objetivo general	35
Objetivos específicos	35

Hipótesis.....	35
Hipótesis General.....	35
Hipótesis Específicas	36
Método	36
Muestra.....	36
Criterios de inclusión	36
Criterios de exclusión	36
Procedimiento	37
Variables	37
Independiente	37
Dependientes:.....	38
Materiales.....	38
Entrevista clínica.....	38
Behavior Rating Inventory of Executive Function – BRIEF (Gioia, Isquith, Guy y Kenworthy, 2000): (Gioia et al., 2000).....	39
Strengths and Weaknesses of Attention Deficit / Hyperactivity Symptoms and Normal-Behaviors - SWAN (Swanson et al., 2012)	40
Emotional Regulation Questionnaire – EQR (Gross & John, 2003)	42
Escalas de Feminidad y Masculinidad tradicionalista	42
Análisis estadístico.....	44
Resultados	45
Participantes	45
Características de diagnóstico.....	47
Profesional de la salud	47
Motivo de evaluación y diagnóstico	49
Tratamiento y comorbilidades	50
Síntomas de TDAH.....	50
Dificultades de Regulación Emocional y TDAH.....	51
Correlación entre las dificultades de Regulación Emocional, los síntomas de TDAH y la Masculinidad-Feminidad	52
Regresión lineal múltiple para predecir la edad diagnóstica.....	55
Discusión.....	56
Síntomas de TDAH y las expectativas tradicionales de género.....	59
Regulación emocional y las expectativas tradicionales de género	60

Regulación emocional y síntomas de TDAH.....	64
Características del momento diagnóstico en mujeres y hombres con TDAH.....	65
Limitantes.....	66
Recursos financieros.	67
Consideraciones éticas	67
Referencias.....	68

Resumen

De acuerdo con el DSM-5, el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad-Impulsividad es un trastorno del neurodesarrollo con inicio en la infancia y una mayor prevalencia en niños. Se ha encontrado que al menos la mitad de los casos de TDAH prevalece hasta la adultez, donde principalmente hay un aumento en los casos de TDAH en mujeres, quienes se ven afectadas en distintas áreas de su vida a causa de recibir un diagnóstico tardío en la edad adulta. El objetivo de este trabajo es conocer el efecto de la regulación emocional y las expectativas tradicionales de género en la edad de diagnóstico en mujeres con TDAH. El diseño del estudio es de tipo cuantitativo, transversal, observacional y correlacional-causal. La muestra se conformó por 118 mujeres y 25 hombres mexicanos mayores de 18 años y que cuentan con un diagnóstico en TDAH por parte de un profesional de la salud. Se utilizó una entrevista clínica estructurada; y 4 instrumentos: BRIEF para evaluar aspectos de regulación emocional, SWAN para evaluar síntomas de TDAH, ERQ para evaluar estrategias de regulación emocional y Traditional Masculinity and Femininity Scale para evaluar roles y rasgos de personalidad basados en el género. Los análisis estadísticos fueron de regresión logística múltiple para variables independientes y dependientes, Ji cuadrada para distribución de frecuencias, T de Student para diferencias entre grupo de hipótesis específicas y coeficientes alfa de Cronbach para fiabilidad y validez. Se encontraron correlaciones significativas entre los síntomas de TDAH y los problemas de regulación emocional y la estrategia de reevaluación cognitiva. Así como una relación entre el control inhibitorio y las características estereotipadas de la escala bipolar de masculinidad-feminidad. La relación entre la edad de diagnóstico con las variables de regulación emocional y las expectativas tradicionales de género no fue significativa. La relación entre los síntomas de TDAH y los problemas de regulación emocional es congruente con lo reportado en estudios

anteriores. Sin embargo, nuestra metodología no pudo demostrar la relación entre la regulación emocional y las expectativas tradicionales de género para predecir la edad de diagnóstico en mujeres. Algunas explicaciones que encontramos a estos resultados son la falta de representatividad de hombres en la muestra y un posible sesgo de selección.

Palabras clave: TDAH, regulación emocional, género, edad de diagnóstico y conductas externalizantes.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) es un patrón conductual persistente en la vida de las personas que lo presentan, de inicio temprano en la infancia, que refleja inatención, hiperactividad e impulsividad; que, si bien se presenta una prevalencia del 5% en población infantil, el número de casos se reduce en un 50% en la adolescencia y adultez (American Psychiatric Association, 2014). Sin embargo, se ha reportado un incremento en los casos de mujeres con TDAH en la adultez (Rucklidge, 2008); donde, a diferencia de la infancia, ellas se auto refieren a un profesional (Holthe & Langvik, 2017; Simon et al., 2009), después de tener información acerca del trastorno (Holthe & Langvik, 2017). Lo que es congruente con la mayor proporción de niñas con TDAH en muestras poblacionales en comparación con muestras clínicas (Mowlem et al., 2019), ya que existe la posibilidad de que no todas ellas reciben el diagnóstico apropiado. Esto en conjunto nos sugiere un subdiagnóstico de TDAH en mujeres durante la infancia.

Una explicación a este subdiagnóstico es la perspectiva del informante sobre los síntomas del TDAH. Algo que se puede extender a dos puntos principales: primero, la expresión fenotípica del trastorno se ha reportado diferente entre sexos, donde las niñas suelen presentar más síntomas del subtipo inatento (F. Mowlem et al., 2019). Esto es relevante, ya que en la actualidad persiste una perspectiva del TDAH como un trastorno del comportamiento exteriorizado, dejando de lado la presentación más sutil y/o interiorizada del mismo (Young et al., 2020). Por ejemplo, los y las docentes, que son los principales informantes en solicitar apoyo a un profesional, refieren en menor medida a las niñas con síntomas de inatención (Groenewald et al., 2009). Siendo que los y las docentes relacionan estos síntomas con dificultades de atención o emocionales que pueden ser manejadas sin necesidad de la intervención psicológica (Coles et al., 2012). Además, socialmente

se tiene una percepción de que las niñas son menos inatentas o hiperactivas en comparación con niños (P. Quinn & Wigal, 2004), percibiendo la inatención como menos grave (Quinn & Madhoo, 2014).

Segundo, se ha reportado la ausencia de diferencias sexuales en síntomas hiperactivos/impulsivos en personas con diagnóstico clínico del TDAH, siendo las conductas externalizantes un predictor fuerte para el diagnóstico, mismas conductas que normalmente no son identificadas en mujeres (Mowlem et al., 2019). Esta ausencia de síntomas externalizantes en las mujeres con TDAH ha dificultado la derivación y el diagnóstico oportunos (Lau et al., 2021). Esto es relevante, ya que los síntomas de hiperactividad/impulsividad están asociados a dificultades de regulación emocional (Groves et al., 2020). Síntomas que se ven reflejados en conductas externalizantes, mayor representadas por hombres (Mowlem et al., 2019), lo cual da una percepción masculinizada del TDAH (Quinn & Madhoo, 2014). Esto es importante, ya que se ha encontrado una relación entre lo que se espera de un género y el TDAH. Por ejemplo, en una investigación realizada por Hayashi (2019) se encontró que las expectativas que se tienen culturalmente de las mujeres suelen ir en contra de las características presentadas en mujeres con TDAH. Por lo cual se puede entender que los aspectos femeninos que se esperan en las mujeres no están en sintonía con las características esperadas del TDAH, principalmente conductas externalizantes, que se asocian a los hombres.

La dificultad de identificar las conductas tipo TDAH en las mujeres les vuelve más vulnerables a sufrir adversidades por la lucha constante que viven contra los síntomas del TDAH sin haber recibido apoyo o trabajo “psicológico”, derivando en baja autoestima y falta de confianza en las relaciones sociales (Rucklidge, 2008). Así como mayor probabilidad de desarrollar trastornos comórbidos, como ansiedad, depresión, trastornos del sueño o alimenticios (Holthe &

Langvik, 2017), lo cual es preocupante porque esto último también tiene relación con las dificultades de regulación emocional, que están asociadas a una baja calidad de vida (Surman et al., 2013).

Si bien se ha reportado la relación entre las dificultades de regulación emocional (Cai et al., 2021; Shaw et al., 2014) y el género (Lau et al., 2021) como mediadores en la identificación de los síntomas del TDAH en hombres y mujeres, los estudios se dirigen a la presentación de conductas del subtipo hiperactivo-impulsivo del trastorno y no se ha encontrado información referente a la relación entre la regulación emocional, las expectativas tradicionales de género y el TDAH en conjunto, lo cual nos lleva a la pregunta de si, ¿la regulación emocional y las expectativas tradicionales de género tienen un efecto en la identificación diagnóstica del TDAH?

Marco teórico

Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad-Impulsividad (TDAH)

Definición

El trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad, conocido por sus siglas como TDAH, se clasifica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición (DSM-5, por sus siglas en inglés) como un trastorno del neurodesarrollo, porque se manifiesta de manera temprana en el desarrollo del niño, afectando el funcionamiento de diversas áreas de la vida y que se caracteriza por un patrón conductual persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad – impulsividad (American Psychiatric Association, 2014). De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición (CIE-11, por sus siglas en español), los trastornos del neurodesarrollo son alteraciones cognitivas y del comportamiento, que afectan significativamente el desarrollo neurológico (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Etiología

El TDAH es complejo en etiología, ya que es el resultado de la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales (Curatolo et al., 2010). Se estima que el TDAH puede tener una heredabilidad del 77-88 % (Grimm et al., 2020). Además, se ha reportado que el trastorno es 4 veces mayor en padres y madres de niños con TDAH y hay más probabilidad de que los síntomas sean severos, si al menos el padre o madre tienen TDAH (Ginsberg et al., 2014). Es importante considerar que los estudios de heredabilidad dependen del contexto y la población de estudio y que no solo incluye factores genéticos, sino también factores ambientales, ya que ambos se entrelazan; por ejemplo, en estudios de adopciones desde el nacimiento de niños con TDAH se demuestra fuerte heredabilidad de riesgos genéticos, sin embargo, el ambiente puede influir en la presentación clínica del trastorno (Thapar et al., 2013).

Dentro de los factores ambientales se distinguen los aspectos ambientales biológicos y los aspectos ambientales psicosociales (Banerjee et al., 2007); los factores ambientales biológicos que contribuyen al TDAH son la exposición a toxinas como el plomo y pesticidas, el consumo de sustancias en el embarazo, lesiones cerebrales al nacer (Bélanger et al., 2018) y, desequilibrio y deficiencias en el cuerpo a causa de malnutrición (Curatolo et al., 2010). Los factores ambientales psicosociales como el estilo de vida del padre o la madre, el nivel de educación, la clase socioeconómica baja y la ausencia en la crianza son un mecanismo clave para la presentación de TDAH; por ejemplo, la forma en que se presenta este último se asocia con el empeoramiento o mejoría de los síntomas en el trastorno (Banerjee et al., 2007).

Correlato Neurobiológico

En estudios de neuroimagen se puede ver al TDAH como un trastorno de desarrollo cerebral por las diferencias que se encuentran en la activación funcional y desarrollo estructural entre personas con el trastorno y personas con desarrollo típico (Consejo General de la Psicología de España, 2018). Por ejemplo, se ha encontrado que la red frontoestriatal puede estar involucrada en el desarrollo del TDAH, involucrando la corteza prefrontal lateral, la corteza cingulada anterior dorsal, el núcleo caudado y el putamen, con un retraso en la maduración cortical en niños y adolescentes con TDAH (Curatolo et al., 2010). Se ha visto que en los casos de adolescencia donde persisten los síntomas, hay una reducción en el tamaño del cerebro, así como en regiones cerebrales como el núcleo caudado, la sustancia blanca de la corteza prefrontal y el cuerpo calloso (Tripp & Wickens, 2009).

Principalmente se han encontrado anomalías en el volumen de la materia gris, ubicado en la corteza prefrontal, el caudado derecho y el cerebelo, al igual que, la reducción en estructuras como la corteza premotora lateral izquierda, la corteza prefrontal dorsolateral izquierda, la corteza

prefrontal lateral inferior derecha, la corteza cingulada anterior derecha y la corteza prefrontal medial izquierda, viéndose afectada de manera distinta de acuerdo con el sexo (Villemonteix et al., 2015). También se ha visto que los factores neuroendocrinos juegan un papel importante en la expresión de los síntomas del TDAH, como por ejemplo su interacción con el sistema de dopamina (Quinn & Madhoo, 2014). Aunque se ha encontrado que el TDAH se suele definir más por conductas observables que por marcadores neurológicos (Ptacek et al., 2019).

Diferencias Neurobiológicas Entre Hombres Y Mujeres. La mayor parte de las investigaciones sobre la neurobiología del TDAH están basadas en muestras, casi exclusivamente, compuestas por hombres, y a pesar de que hay evidencia de que el cerebro se desarrolla y madura de diferente manera entre hombres y mujeres (Mahone & Wodka, 2008). Las principales diferencias que se han encontrado son en el volumen de la materia gris del lóbulo frontal (Mahone et al., 2011), lóbulo parietal y lóbulo temporal, siendo las niñas con desarrollo típico las que alcanzan antes el punto máximo de volumen en comparación con los niños (Mahone & Wodka, 2008). En el caso de los niños con TDAH suelen mostrar un volumen significativamente más pequeño en los ganglios basales a diferencia de las niñas con TDAH que no mostraron diferencias de volumen o forma (Mahone & Wodka, 2008).

Perfil Neuropsicológico

Las dificultades cognitivas como lo son las funciones ejecutivas, la memoria, atención y velocidad de procesamiento son algunas de las deficiencias que predominan en las personas con TDAH (Guo et al., 2021).

Las funciones ejecutivas (FE) son un conjunto de habilidades y procesos cognitivos que permiten que podamos planificar, controlar y modificar nuestro comportamiento en distintas

situaciones, su desarrollo está correlacionado con el desarrollo biológico del ser humano y dentro de las habilidades que involucra se encuentra: la inhibición, cambio, control emocional, iniciación, memoria operativa, planificación, organización de materiales y seguimiento de uno mismo (Fernández Olaria & Flórez, S.F). Su desarrollo es principalmente en la niñez, por lo cual su disfunción se ha observado en trastornos del desarrollo como lo es el TDAH (O'Brien et al., 2010), y aunque se ha encontrado una asociación entre las disfunciones cognitivas y el TDAH, no todos cuentan con el mismo grado o las mismas dificultades (Guo et al., 2021).

Una de las características más destacada del TDAH es la disfunción en la atención, asociada principalmente con el deterioro en la atención enfocada y sostenida (Katzman et al., 2017). También se ha reportado que las deficiencias en el control inhibitorio es un componente significativo del TDAH (Mahone & Denckla, 2017), al igual que las deficiencias en la memoria de trabajo que tiene un papel importante en la expresión de los síntomas inatentos e hiperactivos-impulsivos del TDAH, donde aproximadamente el 62% al 85% de los niños con TDAH lo presentan (Groves et al., 2020). En lo que se refiere a velocidad de procesamiento y TDAH hay una afectación que varía por el subtipo, por ejemplo, se ha encontrado que el subtipo predominantemente inatento tiene más dificultades de velocidad de procesamiento que el subtipo combinado, en cambio el subtipo hiperactivo-impulsivo puede acelerar el desempeño de algunas funciones como la velocidad perceptiva (Kibby et al., 2019).

Diferencias Neuropsicológicas Entre Hombres y Mujeres con TDAH. Hay pocos estudios que comparan las diferencias cognitivas entre hombres y mujeres, en algunos se ha encontrado que las mujeres con TDAH presentan más problemas de atención, lo que esta parcialmente asociado con el subtipo de mayor prevalencia de diagnóstico en mujeres, igualmente se ha encontrado una relación entre un mejor funcionamiento ejecutivo en niños

hiperactivos/impulsivos que en niñas del mismo subtipo, a diferencia de las niñas inatentas que se relacionan con un mejor funcionamiento ejecutivo que los niños inatentos (Stibbe et al., 2020).

Prevalencia

De acuerdo con el DSM-5, “las encuestas poblacionales sugieren que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5% de los niños”. (American Psychiatric Association, 2014, p. 61), siendo más común en niños con un ratio de 2:1 hasta 10:1 (Mowlem et al., 2019). Se ha visto que esta prevalencia es distinta entre niños y niñas en estudios clínicos (9:1 a 6:1) y en estudios comunitarios (3:1). A diferencia de los estudios clínicos donde solo consideran casos referidos a tratamiento, es decir, casos más severos o fáciles de identificar, en los estudios comunitarios hay más representatividad porque incluyen los distintos rangos de severidades y presentaciones clínicas (P. Quinn & Wigal, 2004). Un factor importante en la brecha entre la prevalencia de las muestras clínicas y comunitarias es la presencia de síntomas internalizantes y el subtipo inatento que caracteriza a las niñas (Quinn & Madhoo, 2014).

En cambio, la prevalencia en adolescentes y adultos es de aproximadamente del 2.5% (American Psychiatric Association, 2014), donde el ratio entre sexo se vuelve más cercano del 1:1 (Holthe & Langvik, 2017). En esta etapa disminuyen los casos en hombres y aumentan los casos en las mujeres (Rucklidge, 2008), esto posiblemente se deba por distintos factores que se han propuesto como es la genética, factores psicosociales y/o estresantes en la vida temprana, así como dimorfismo sexual (Young et al., 2020).

Diagnóstico

Para el diagnóstico de TDAH es necesario que se cumpla con los 5 aspectos de los criterios diagnósticos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5 por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association, 2014), que son los siguientes:

- A. Cumplir con un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que afecte el funcionamiento y/o desarrollo. Se deberá cumplir con 6 síntomas o más de 9 síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que se hayan mantenido por al menos 6 meses.
- B. Estos síntomas deben estar presentes antes de los 12 años.
- C. Se deben presentar en 2 o más contextos de la vida.
- D. Debe interferir y/o reducir la calidad del funcionamiento social, académico o laboral.
- E. No se presenta con algún trastorno psicótico o se explica mejor con algún otro trastorno mental.

El TDAH se presenta de 3 maneras distintas de acuerdo con el predominio de sus síntomas: Presentación predominante con falta de atención, presentación predominante hiperactiva/impulsiva y presentación combinada, cumpliendo con síntomas de inatención e hiperactividad e impulsividad (American Psychiatric Association, 2014).

La inatención se manifiesta en conductas de desorganización, falta de atención, persistencia y/o comprensión. En cambio, la hiperactividad se muestra como conductas motoras excesivas e innecesarias y la impulsividad se manifiesta como una acción apresurada en la cual se busca una gratificación inmediata.

Se puede presentar una remisión parcial, cuando no todos los síntomas han persistido durante 6 meses, pero siguen deteriorando el funcionamiento y la gravedad puede ser leve, moderada o grave, dependiendo la cantidad de síntomas y la afectación de estos. De acuerdo con las características diagnósticas del TDAH, los síntomas centrales se miden de la misma manera entre hombres y mujeres (Quinn & Madhoo, 2014).

Durante la infancia el primer paso para tener un diagnóstico es el reconocimiento de padres, madres y docentes sobre los síntomas del TDAH (Bussing et al., 2003). Los padres y madres suelen consultar a los y las docentes sobre el comportamiento de sus hijos (Coles et al., 2012) y los y las docentes suelen identificar y derivar a evaluación de acuerdo con su percepción de las dificultades presentes (Groenewald et al., 2009). Por ejemplo, la inatención al ser menos disruptiva en el salón de clases es menos probable que se identifique (Quinn & Madhoo, 2014), a diferencia de la hiperactividad e impulsividad que son los principales síntomas presentes en esta etapa (Grimm et al., 2020). En el caso de los niños con TDAH que suelen reportar más síntomas hiperactivos/impulsivos (Skogli et al., 2013), tienden a ser identificados por sus docentes desde la infancia (Gutman et al., 2020) y suelen ser menores que las niñas cuando reciben el diagnóstico (Quinn & Madhoo, 2014). Por el contrario, las niñas con TDAH suelen ser diagnosticadas con el subtipo inatento (Skogli et al., 2013), que se percibe como menos problemático (Mowlem et al., 2019), y es menos probable que se diagnostique en la infancia y que se reciba un tratamiento oportuno (Quinn & Madhoo, 2014).

En el caso de la adultez se ha encontrado que la inatención tiende a persistir durante más tiempo en el desarrollo, donde los adultos con TDAH tienden a ser más inatentos que hiperactivos y externalizantes (Holthe & Langvik, 2017), debido a que en esta etapa la intención se vuelve el principal síntoma presente (Grimm et al., 2020). Siendo así, el TDAH se puede manifestar como

falta de atención a los detalles, dificultad para organizar tareas y actividades, hablar en exceso o inquietud, dificultad para relajarse, exceso de trabajo, olvido y distracciones (Katzman et al., 2017). En esta etapa es común que las mujeres reciban el diagnóstico, ya que principalmente son ellas las que se auto refieren a una evaluación (Simon et al., 2009).

Las normas sociales son un factor importante que influye en lo que se considera un comportamiento apropiado o no, y esto impacta en cómo se percibe el TDAH. Por ejemplo; las manifestaciones como fuga de pensamientos, inquietud interna y las dificultades de regulación emocional que suelen presentar las niñas y mujeres, se identifican principalmente como dificultades emocionales y no como signo de TDAH (Holthe & Langvik, 2017). Lo cual impacta en los diagnósticos que suelen recibir las niñas, siendo comúnmente ansiedad y depresión (Gutman et al., 2020), hasta la adultez que se les diagnostica como TDAH (Kooij et al., 2010). Como resultado las mujeres tienen más probabilidad de tener un diagnóstico tardío, y esto hace que el tiempo de diagnóstico sea particularmente más importante para ellas (Ahmad et al., 2019).

Otro factor importante es la forma en cómo se evalúa el TDAH, ya que, en la adultez se basa en el autoinforme por el adulto mismo, a diferencia de la infancia donde se requería un informante como el maestro o los papás del niño (Skogli et al., 2013). Comúnmente los docentes y, padres y madres suelen tener puntos de vista diferentes sobre el comportamiento de los niños, por lo cual es importante el uso de herramientas validas, así como de guías clínicas que permitan la recopilación y detección del comportamiento relacionado al TDAH (Morales-Hidalgo et al., 2017).

Instrumentos unidireccionales para evaluar el TDAH

La Escala de Calificación de Conner (The Conner's rating scales): Evalúa el comportamiento inatento, hiperactivo/impulsivo, problemas de aprendizaje, funcionamiento ejecutivo, agresividad

y relaciones con pares. Las versiones de Índice Global de la Primera Infancia de Conners (The Conners Early Childhood Global Index) y el Índice de TDAH de Conners 3 (The Conners 3 ADHD Index) son versiones que permiten detectar problemas de TDAH en niños de 2 a 6 años y de 6 a 18 años (Morales-Hidalgo et al., 2017).

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale: Es una escala de 18 ítems que refleja los criterios del DSM-5 para el TDAH. Consta de una subescala de inatención de 9 ítems, otra de hiperactividad/impulsividad de 9 ítems y la total 18 ítems. Se evalúa la frecuencia en que ocurren / ocurrieron los síntomas en los últimos 6 meses y el formato de respuesta va del 0 al 3, donde 3 indica la presencia de la conducta. Este cuestionario puede ser aplicado por un experto o auto aplicado. La validación al español para adultos cuenta con un Coeficiente kappa de 0.78. (Richarte et al., 2017).

SNAP- IV. Escala cuantitativa de Swanson, Logan y Pelham: Es un cuestionario que puntúa la gravedad de los síntomas con opciones de respuesta que van del 0 (cero) al 3 (tres) y tiene una versión para padres y madres, y una para docentes y se basa en los criterios del DSM – 4. En esta escala se consideran 9 preguntas para la subescala de atención y 9 preguntas para la subescala de hiperactividad-impulsividad, con un rango de severidad de 0 a 27 punto (Nora Grañana et al., 2011).

La Escala para la evaluación del trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (EDAH): Es una escala que permite evaluar los rasgos principales del TDAH por medio de la información que brinde el profesor o la profesora del niño que se esté evaluando. Consta de 20 preguntas que se divide en una subescala de 10 ítems para evaluar la hiperactividad y el déficit de atención y otra subescala de 10 ítems que evalúa trastornos de conducta. La primera subescala a su vez se divide en 5 ítems que evalúan hiperactividad-impulsividad y 5 ítems que evalúa déficit

de atención. Hay 4 opciones de respuesta de tipo Likert que va desde "Nada" a "Mucha" presencia de la conducta (Belmar et al., 2015).

Instrumentos bidireccionales para evaluar el TDAH

Strengths and Weaknesses of ADHD and Normal Behavior Rating Scales (SWAN): El SWAN es un cuestionario de 30 ítems que evalúa la gama de comportamientos del TDAH y no solo los signos y síntomas patológicos. Estos ítems miden características conductuales representativas de habilidades de atención de la población general y se califica de -3 (por debajo del promedio a +3 (por encima del promedio) donde 0 es normal (Brites et al., 2015).

Comorbilidades en el TDAH

El TDAH es un trastorno que tiene una alta probabilidad de desarrollar comorbilidades con otros trastornos, y el hacer investigaciones desde la genética, permite obtener información sobre la relación entre los mecanismos en común que se manifiestan en estos trastornos. Igualmente la presencia temprana de problemas de regulación emocional parece predecir el desarrollo de trastornos comórbidos (Groves et al., 2020), ya que se ha reportado que hasta el 75% de los niños y adultos con TDAH presentan otro trastorno psiquiátrico (Skogli et al., 2013), en donde se incluyen trastornos de la conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno del espectro autista, trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión, trastornos del aprendizaje y lenguaje, lo cual dificulta más la identificación y el tratamiento de este (Young et al., 2020).

Las diferencias en la presencia de comorbilidades entre mujeres y hombres con TDAH, es que los trastornos internalizantes son más comunes en mujeres y los trastornos externalizantes más común en los hombres, los cuales pueden iniciar en la infancia y continuar hasta la adultez (Kok et al., 2016). Principalmente las mujeres con TDAH que son diagnosticadas en la adultez son más

probables de tener depresión y ansiedad (Quinn & Madhoo, 2014). Se ha encontrado que el estrés, la ansiedad y depresión puedan ser resultado de un infradiagnostico y falta de tratamiento adecuado (Katzman et al., 2017).

Regulación Emocional

Definición de regulación emocional

La regulación emocional es la capacidad para gestionar la velocidad e intensidad en la que se expresan nuestras emociones (Groves et al., 2020), son los intentos de influir en nuestras propias emociones, sean "positivas" o "negativas" (McRae & Gross, 2020), a través del uso de estrategias de regulación emocional (Gross & John, 2003).

De acuerdo con Gross, la regulación emocional es el proceso en el que un individuo influye en cómo, cuándo y que emociones experimenta y como las expresa (Zelkowitz & Cole, 2016). Esta regulación emocional se puede ver de manera implícita (proceso que ocurre en etapas tempranas de manera automática y no tan consciente) y explícita (que implica el uso de estrategias de manera consciente para modificar una respuesta) (Ahmed et al., 2015). Para Gratz and Roemer la regulación emocional se define en cuatro dominios: 1) la consciencia y comprensión de las emociones 2) la aceptación de las emociones, 3) la capacidad de controlar los comportamientos impulsivos y 4) modular el comportamiento con la emoción que se experimenta con el fin de satisfacer las necesidades individuales, metas y demandas (Zelkowitz & Cole, 2016).

Correlato neurobiológico de la regulación emocional

La corteza orbitofrontal es fundamental para la regulación de las emociones, además de que tiene interconexiones con la amígdala (Shaw et al., 2014), importante estructura en el aprendizaje de significados emocionales (Casey et al., 2019), así como con el tálamo y regiones corticales que se han visto involucrados en los procesos emocionales (Shaw et al., 2014). Igualmente se ha

encontrado que las regiones subcorticales y límbicas están ampliamente involucradas en la generación y regulación emocional, donde estudios de neuroimagen sugieren que el desarrollo de estas estructuras continúa hasta la adultez (Ahmed et al., 2015).

Correlato neuropsicológico de la regulación emocional

La regulación emocional requiere de procesos de funciones ejecutivas, así como de habilidades cognitivas sociales, donde se incluye la memoria de trabajo, el control inhibitorio, pensamiento abstracto y la toma de decisiones (Ahmed et al., 2015). Se ha encontrado que los procesos de la memoria de trabajo impactan en la regulación emocional, ya que esta memoria de trabajo se relaciona con la capacidad para suprimir una expresión emocional (Groves et al., 2020). Al igual que el control inhibitorio, ya sea excesivo o reducido, puede afectar la regulación emocional, ya que implica la supresión de comportamientos, pensamientos o emociones automáticas (Cardinale et al., 2019).

Evaluación de la regulación emocional

La *Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS)* se basa en el modelo de Gratz and Roemer y evalúa los 4 dominios de regulación emocional que propone (Zelkowitz & Cole, 2016). Es un instrumento que busca evaluar las dificultades de regulación emocional y consta de 36 reactivos y 6 subescalas: No aceptación, Metas, Impulsos, Conciencia, Estrategias y Claridad. Con una consistencia interna de Alfa de Cronbach=0.93 y una confiabilidad test-retest adecuada ($r=0.88$) (Miguel Marín Tejeda et al., 2012).

Por otro lado, se encuentra el *Índice de Regulación Conductual (BRI)* por sus siglas en inglés: Behavioral Regulation Index) que es un índice que se compone por 4 subescala: Control Emocional, Control Inhibitorio, Automonitoreo y Flexibilidad, del instrumento BRIEF, que refleja

las dificultades en la regulación del comportamiento (Lantrip et al., 2016). En el formato de auto reporte de este instrumento se encuentra un coeficiente de entre 0.71 y 0.97, con índices y puntuaciones compuestas de entre 0.84 y 0.97. En el test-retest las correlaciones del índice y puntuaciones compuestas se encontró por encima del .80 (BRI = 0.83) (Hendrickson & McCrimmon, 2019).

Definición de estrategias de regulación emocional

Gross y John (2003) describen que las estrategias de regulación emocional tiene un impacto en el proceso en el que se genera una emoción, y que se pueden distinguir en *estrategias de regulación emocional centrada en antecedentes*, que se refiere a las cosas que hacemos antes de que una respuesta emocional haya modificado nuestra respuesta fisiológica y conductual, y las *estrategias de regulación emocional centradas en la respuesta*, que se refiere a las cosas que hacemos cuando ya se encuentra una respuesta emocional. Definen la *Reevaluación Cognitiva* como una estrategia centrada en los antecedentes, y la *Supresión Expresiva* como estrategia centrada en la respuesta.

La reevaluación es la capacidad cognitiva de interpretar los eventos para cambiar el estado de ánimo sobre ellos, y es una de las estrategias de regulación emocional más común y adaptativa (McRae et al., 2012). En cambio, la supresión expresiva modifica el aspecto conductual de la respuesta emocional, pero no la experiencia y los cambios fisiológicos de la emoción, por lo cual el individuo tiene que esforzarse en gestionar las respuestas emocionales conforme van ocurriendo (Cutuli, 2014).

Evaluación de las estrategias de regulación emocional

Un instrumento que es ampliamente utilizado para evaluar la regulación emocional es el *Cuestionario de Regulación de las emociones (ERQ)* que se basa en el modelo de Gross. Es un

cuestionario de auto reporte que consta de 10 ítems que busca evaluar la tendencia de un individuo de reevaluar o suprimir la expresión de emociones (Seixas et al., 2021). Se enfoca en la frecuencia de utilización de estrategias de regulación emocional en la cual 10 de los 6 ítems miden la dimensión de Reevaluación Cognitiva y 4 ítems miden la Supresión expresiva (Zhang & Bian, 2020).

Regulación emocional en el Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad –

Impulsividad (TDAH)

Los niños con TDAH sufren significativamente de dificultades de regulación emocional, donde se ve afectado principalmente la habilidad de reconocer y entender una emoción, la forma en que reacciona a las situaciones y las estrategias de regulación emocional (Landis et al., 2021). Estudios reflejan que las dificultades de regulación emocional se encuentra entre un 40% y 70% de los trastornos mentales, donde las características más comunes de alteración emocional presente en el TDAH son la irritabilidad, hiper respuesta emocional, cambios rápidos del estado de ánimo, agresión, poco control emocional, etc. (Hirsch et al., 2019). Se reporta una prevalencia del 25 al 45% de problemas de regulación emocional en niños con TDAH y de 30 al 70% en adultos (Shaw et al., 2014). Por lo cual, se ha identificado la dificultad para regular las emociones como una característica central del TDAH (Materna et al., 2019).

Se ha sugerido que la presencia de dificultades de regulación emocional se manifiesta de manera diferente de acuerdo con el desarrollo y la presencia de los síntomas (Landis et al., 2021). Por ejemplo, hay una correlación significativa entre los comportamientos agresivos y los síntomas hiperactivos-impulsivos del TDAH (Shaw et al., 2014), y se ha encontrado que la impulsividad y la falta de autocontrol son características predominantes en adultos jóvenes con TDAH (Welkie

et al., 2021). Por otro lado, se reporta una baja calidad de vida y adaptación social en adultos con TDAH que presentan extrema dificultad para regular las emociones (Surman et al., 2013).

En relación con las estrategias de regulación emocional, se ha encontrado que las personas con TDAH usan regularmente más la estrategia de supresión expresiva que la de reevaluación cognitiva (Materna et al., 2019). Otro factor importante que se ha encontrado es que el deterioro de la regulación emocional en el TDAH no responde a tratamientos de primera línea de este trastorno y los tratamientos en general son muy limitados, lo que es un factor de riesgo en distintas áreas (Groves et al., 2020).

Por lo que se refiere a las diferencias de sexo en relación con los problemas de regulación emocional, donde principalmente los hombres reportan bajos niveles de consciencia emocional y tienden más a suprimir la emoción, a diferencia de las mujeres que reportan usar más estrategias de regulación emocional como, el afrontamiento, resolución de problemas, la reevaluación y suelen buscar más apoyo, aunque también es más probable que usen estrategias desadaptativas (Como la rumia) (Welkie et al., 2021).

Regulación emocional en mujeres con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad-Impulsividad (TDAH)

La percepción de los síntomas del TDAH ha hecho que se considere como un trastorno anormal en las niñas en comparación con los niños, esto posiblemente por las expectativas de género de cómo debe ser el comportamiento de las mujeres (Kok et al., 2016). Por ejemplo, las mujeres con TDAH que presentan un comportamiento hiperactivo – impulsivo, corren el riesgo de ser juzgadas socialmente, ya que se tiene la percepción de que ese comportamiento va en contra de las normas de lo que se considera el comportamiento femenino y esto lleva a que muchas niñas y mujeres con

TDAH se esfuerce en ocultar sus problemas para que pasen desapercibidos (Holthe & Langvik, 2017), por lo cual, suelen desarrollar estrategias de afrontamiento para enmascarar / ocultar problemas de rendimiento y emocionales (Quinn & Madhoo, 2014).

Hay evidencia de que las mujeres con TDAH tienen más dificultades para mantener sus roles con padres y madres, y pares, así como en el área laboral y escolar, ya que la capacidad de organizar las tareas asociadas a cada uno de los roles puede ser difícil para ellas, lo que las lleva a lidiar con los síntomas y el impacto de las actividades diarias de la vida de una forma aislada (solas) (Gutman et al., 2020).

En la adultez suelen buscar ayuda por ellas mismas como una forma de buscar las posibles causas de sus problemas sin saber que están relacionados con el TDAH (Holthe & Langvik, 2017), ya que las que reciben un diagnóstico tardío suelen enfrentarse a los estresores de la vida diaria de manera emocional y suelen tener sentimientos de falta de control sobre las situaciones (Quinn & Madhoo, 2014).

Como resultado, muchas mujeres con TDAH suelen presentar baja autoestima, sentimientos de ineficiencia, más problemas de ansiedad y depresión (Rucklidge, 2008). Principalmente las niñas con diagnóstico de TDAH en la infancia y que sus síntomas persisten hasta la adultez, manifiestan problemas de internalización, externalización, de salud, deterioro social, autolesiones (Owens et al., 2017) y al mismo tiempo son más propensas a presentar dificultades de regulación emocional y tener menos acceso a tratamiento farmacológico (Kok et al., 2016). Estas dificultades de regulación emocional son más pronunciadas en ellas ya que reportan más problemas de consciencia emocional, dificultad de dirigir comportamientos a objetos y acceso limitado a estrategias de regulación (Welkie et al., 2021).

Antecedentes

Quinn y Wigal (2004) exploraron las diferencias sexuales en la percepción del TDAH en padres, madres, docentes, adolescentes con TDAH y población general. Se realizó una encuesta electrónica a 1,797 adultos estadounidenses de 18 años o más (público en general), 541 padres y madres de niños de 6 a 17 años con TDAH, 550 docentes de niños con TDAH y 345 niños y niñas con TDAH de 12 a 17 años.

Sus resultados demuestran que los y las docentes reconocen que el TDAH se diagnostica con mayor frecuencia en niños comparado con niñas. Lo reportado con la edad de diagnóstico se distribuyó en dos grupos, donde la mitad de los y las docentes y el público en general reconoce que las niñas reciben el diagnóstico a una edad más avanzada en comparación con los niños, mientras que la otra parte reporta que se diagnostica a la misma edad.

De las principales razones por las cuales el público en general reportó creer que las niñas son diagnosticadas más grandes, es porque son más propensas a sufrir en silencio (64%), no se portan mal (49%), son más obedientes que los niños (21%) y porque el TDAH no ocurre con tanta frecuencia en las niñas en comparación con los niños (13%). En el caso de los y las docentes, se encontró una similitud en las respuestas, donde “el 92% atribuye el diagnóstico más tardío a que las niñas no se portan mal” (P. Quinn & Wigal, 2004, p.3). Encontraron que el público en general y, los y las docentes de niños con TDAH identifican los problemas de comportamiento e interrupción en las clases como las manifestaciones más comunes del TDAH en niños, y los problemas académicos, falta de atención, o sentimientos de depresión en niñas. Lo que resulta interesante, ya que los autores concluyen que el comportamiento disruptivo y el “portarse mal” son las características más identificables del TDAH, en cambio, las características propias del subtipo inatento se perciben como atípicas, menos notorias y/o molestas para los adultos.

Mencionan que las niñas "sufran en silencio" a menudo significa que soportan la carga del TDAH no tratado durante mucho más tiempo que los niños.

Aunque, en esta investigación se empieza a ver un contraste entre la manifestación inatenta e hiperactiva-impulsiva del trastorno en niños y en niñas con TDAH, no es clara la percepción que se tiene al comparar el comportamiento de los niños y las niñas. Ya que, expresiones como "no se portan mal" o "son más obedientes", son muy generales y dan pie a interpretaciones que pueden estar alejadas a la realidad.

Holthe y Langvik (2017) realizaron una investigación para comprender como el TDAH afecta la vida cotidiana de mujeres adultas. Participaron 5 mujeres con diagnóstico de TDAH tardío, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada de 3 preguntas guía: 1) ¿cómo se perciben después de recibir el diagnóstico y cómo describen el impacto del diagnóstico en su vida cotidiana?, 2) ¿cómo describen su experiencia de haber sido diagnosticadas como adultas?, y 3) Experiencias relacionadas al estigma del TDAH.

Se encontró que las participantes solicitaron una evaluación diagnóstica profesional después de leer o escuchar sobre el TDAH en la adultez, aunque todas reportaron tener recuerdos claros de signos de TDAH en la infancia (por ejemplo, falta de atención, concentración, desorganización, eran olvidadizas y con bajo rendimiento escolar). Además, ellas describen cómo los padres y docentes al notar estos signos no los atribuían al TDAH, lo que les generó sentimientos de frustración, confusión y culpabilidad, ya que ellas atribuyeron estas condiciones a defectos personales. Para las mujeres de este estudio recibir el diagnóstico generó emociones de alivio (al saber que no eran defectos personales) y desesperanza (de saber que era algo que no se iba a curar).

Las investigadoras identifican un conflicto entre los síntomas del TDAH y las expectativas de género, ya que el comportamiento hiperactivo, impulsivo y desorganizado no se considera

femenino, siendo estas conductas más aceptadas en los hombres. Con esto concluyen que el diagnóstico tardío en mujeres se debe a la falta de hiperactividad y comportamiento disruptivo, junto con el escaso conocimiento de las características más comunes de TDAH en las niñas por parte de los padres, madres y docentes.

En el artículo se resalta que, aunque las participantes no se referían hiperactivas, describen en sus vivencias rasgos de impaciencia, hiperconversaciones, dificultades de regulación emocional, cambios repentinos y tendencia a interrumpir a otros, manifestaciones comunes de la hiperactividad e impulsividad. Los resultados obtenidos de esta investigación son congruentes con lo que se ha reportado a cerca del infra diagnóstico del TDAH en mujeres, donde ellas mismas se refieren a un profesional en la adultez, y aunque en este artículo se mencionan la diferencias de género en el comportamiento de TDAH, es poca la evidencia que se encontró sobre la manifestación clínica en relación con las diferencias en la expresión del género.

Por otro lado, Mowlem et al. (2019) desarrollaron una investigación para buscar las diferencias sexuales en el diagnóstico y tratamiento del TDAH. La muestra se retomó de un estudio de cohorte longitudinal prospectivo con niños y adolescentes gemelos nacidos en Suecia desde 1992. Además, se contó con una vinculación a los datos de registro nacional de pacientes con diagnóstico clínico de TDAH y tratamiento, lo que permitió tener una muestra clínica y una muestra poblacional.

Se realizó una entrevista telefónica a los padres y madres de 19,804 niños que estaban a no más de 1 mes antes o después de su cumpleaños 9 o 12. En la muestra clínica se encontró que el 3.28% (n=650) de los niños tienen un diagnóstico clínico de TDAH, con una prevalencia de 2.5:1 niños sobre niñas (niños n=466 y niñas n=184) mientras que en la muestra poblacional el 12.9 % (n=2556) cumplió con los criterios diagnósticos para TDAH con una prevalencia de 1,8:1 niños

sobre niñas (niños n=1635 y niñas n=921). En muestras clínicas la gravedad de los síntomas y la presentación fue similar entre sexos, siendo la presentación combinada la más común (55.3%), seguida de la falta de atención (36.7%) y la hiperactividad-impulsividad (8.0%), por el contrario, en la muestra poblacional las mujeres fueron puntuadas con menos hiperactividad-impulsividad, inatención, problemas de conducta y aprendizaje en comparación con los niños.

En sus resultados encontraron que en la muestra clínica no hubo diferencias significativas entre niños y niñas en las presentaciones de TDAH, siendo la presentación combinada la más común, seguido de la falta de atención y finalmente de la presentación hiperactiva-impulsiva, contrario a estos resultados, en la muestra poblacional las niñas suelen cumplir más los criterios del subtipo inatento, los niños cumplen más los criterios del subtipo combinado y ambos sexos suelen cumplir los criterios del subtipo hiperactivo-impulsivos. Para explicar la presencia del diagnóstico en mujeres, encontraron mayor probabilidad de que éstas lo reciban cuando son casos graves (mayor sintomatología) y cuando presentan conductas externalizantes (hiperactividad-impulsividad y problemas de conducta).

Esto es relevante porque las mujeres tienden a presentar más síntomas de inatención lo cual, puede ser ignorado por el informante (padres y madres), ya que su percepción se puede ver influida por sesgos de sexo y expectativas que les limitan para solicitar su derivación y diagnóstico (Meyer et al., 2020; Mowlem et al., 2019). Por lo tanto, la percepción del informante y lo que se considera normal y externalizante juega un papel importante en la derivación a un diagnóstico.

Mowlem et al. (2019), realizaron otra investigación para identificar los diferentes factores que influyen en que los niños y las niñas cumplan los criterios diagnósticos. Participaron 283 niños, de los cuales 153 cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-5 para TDAH (79% (121) niños y 21% (32) niñas) y 130 niños subumbrales de TDAH que mostraron un alto nivel de

síntomas, pero sin cumplir con los criterios diagnósticos (62% (81) niños y 38% (49) niñas). Se les pidió a los padres y madres contestar una lista de verificación evaluando los 18 ítems del DSM-5, el The Parental Account of Childhood Symptoms (PACS) para identificar a los niños que cumplían con los criterios diagnósticos y el cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) para evaluar problemas emocionales y de comportamiento.

En sus resultados encontraron que, entre niños y niñas con TDAH, las niñas con TDAH presentaron más problemas emocionales y los padres y madres las puntuaron con menos deterioro y malestar en general comparado con los niños con TDAH. Las niñas con TDAH presentaron más problemas emocionales, de conducta, con compañeros, mayor deterioro y quejas de conducta hiperactiva que las niñas subumbrales de TDAH. En el caso de los niños con TDAH, también se mostraron mayores niveles de problemas de atención, conducta, con compañeros, y deterioro en comparación con los niños subumbrales para TDAH. Ambos grupos de niñas (con TDAH y subumbrales) presentaron más problemas emocionales en comparación de los niños (con TDAH y subumbrales). Además, la percepción del informante influyó en la derivación clínica, ya que los padres y madres parecen no tener preocupación y capacidad para detectar el TDAH en las niñas. Las investigadoras concluyeron que las niñas diagnosticadas requieren de una mayor carga de problemas emocionales/comportamentales para ser diagnosticadas a diferencia de los niños. Lo cual sugieren que podría ser una característica más importante para las niñas ya que pueden expresar sus dificultades de manera distinta a los niños con TDAH.

Por otra parte, Hayashi et al. (2019) buscó identificar las diferencias en las características clínicas y sociodemográficas en adultos con TDAH, recolectando información de 355 pacientes ambulatorios con diagnóstico de TDAH según el DSM-5, y que visitaron un hospital especializado en TDAH entre el año 2015 y 2016. Se encontró que las mujeres recibían primero un diagnóstico

del trastorno del estado del ánimo (bipolaridad) antes que el de TDAH. Además, las mujeres mostraron una tasa más alta de presentar problemas de trastornos internalizantes y desventaja social a diferencia de los hombres con TDAH. Los autores concluyen que las mujeres tienen más probabilidad de presentar dificultades clínicas y sociales, lo cual se puede atribuir a la carga cultural del rol que tiene cada sexo. Sin embargo, no se evalúa la percepción o expectativas que se tiene de cada sexo, por lo cual no se sabe de qué manera afecta el género en la presentación clínica y social del TDAH en hombres y mujeres

Asimismo, se revisó un artículo de segunda fuente realizado por Young et al. (2020) con el objetivo de proporcionar una guía práctica a los profesionales que trabajan con niñas y mujeres con TDAH para mejorar la identificación y tratamiento. Se convocó a una reunión a expertos en TDAH, por ejemplo, enfermeros, psiquiatras y psicólogos para discutir temas como, la identificación, evaluación e intervención y tratamiento del TDAH en las niñas y mujeres, con el sustento de artículos científicos. Las sesiones eran grabadas y transcritas para realizar un borrador de lo acordado en la reunión, que al final fue entregado a los participantes para su aprobación.

Encontraron que la percepción del informante influye en la derivación a una evaluación, ya que, pueden reaccionar de manera diferente al mismo comportamiento entre hombres y mujeres debido a la expectativa que se tiene de cada uno, donde se suele subestimar los síntomas y gravedad en las niñas y sobrevalorar los mismos síntomas en los niños. La presencia de los síntomas de TDAH en las mujeres es principalmente la inatención, que se ve reflejada en desorganización, desmotivación y distracción. Este subtipo es menos probable de ser detectado y da una percepción de que las mujeres con TDAH son menos afectadas, ya que, la presencia de hiperactividad – impulsividad tiende a ser más derivada a diagnóstico clínico se encuentra vinculada a una mayor evaluación clínica y es más común en niños. Además, los problemas externalizantes suelen estar

presentes en niños a diferencia de los problemas internalizantes que suelen estar más presente en niñas, lo cual puede enmascarar el TDAH debido a que no se cumplen las expectativas estereotipadas del comportamiento del trastorno.

Como consecuencia las mujeres con TDAH suelen recibir primero un diagnóstico de un trastorno internalizante, y como problema asociado se encuentra que las dificultades de regulación emocional suelen ser más común y grave en las niñas y mujeres con TDAH. Los factores que influyen en la referencia son la percepción de estereotipo disruptivo que se tiene del TDAH y la edad. La manera en que influye la edad es que se desarrolla una mayor consciencia de las dificultades propias y esto aumenta las autoreferencias, además, las demandas ambientales aumentan y los recursos de apoyo disminuyen.

Por último, hallaron que algunas mujeres pueden desarrollar estrategias con el propósito de adaptarse y permitirles permanecer enfocadas enmascarando los síntomas del TDAH. Sin embargo, no todas las estrategias suelen ser útiles y pueden ser menos evidentes para evadir o evitar las dificultades. Los autores concluyen que las mujeres al presentar un comportamiento más interiorizado tienen menos probabilidad de ser referidas a evaluación y tratamiento, siendo una de las principales barreras a la derivación las diferencias en las expectativas de sexo y las comorbilidades. Si bien es una revisión que permite identificar las diferencias que influyen en la evaluación y diagnóstico, incluyendo la influencia de las expectativas en el comportamiento entre hombres y mujeres, no es información de primera fuente.

Finalmente, Lau (2021) realizó una investigación con el objetivo de examinar la distribución de los síntomas internalizantes y externalizantes en hombres y mujeres con TDAH. Utilizaron una base de datos que tenía información de 773 niños y adolescentes (667 hombres y 96 mujeres) que fueron a su primer evaluación entre los 6 a 18 años. Se les pidió a los padres y

madres que respondieran el the *Child Behavior Checklist* y a los y las docentes que respondieran the *Teacher's Report Form*. Como resultados esta investigación encontró que los problemas externalizantes estaban más presentes en hombres, mientras que los problemas internalizantes estaban más presente en las mujeres. Además, comparando la edad de un grupo joven (6-12 años) y un grupo mayor (13-18 años), encontraron que el grupo mayor presentaba más problemas de internalización y externalización.

Realizando una regresión lineal múltiple, hallaron que la edad es un predictor importante de los problemas internalizantes (los cuales suelen estar más presentes en las mujeres con TDAH), a diferencia del género que suele ser un predictor importante para los problemas externalizantes (los cuales suelen estar más presentes en los hombres). Los investigadores concluyen que las mujeres, al presentar un comportamiento más interiorizado, son menos propensas a ser derivadas a un diagnóstico clínico y como consecuencia no reciben un tratamiento oportuno. Mencionan que esto se puede ver influenciado por las expectativas de género de los informantes. Sin embargo, al igual que otras investigaciones que involucran las expectativas del género, no se realiza una evaluación de esta variable.

Como se acaba de presentar, hay diversas investigaciones a nivel internacional que encontraron que las niñas y mujeres con TDAH tienen una presentación distinta al sexo opuesto, y que esto puede dar una percepción masculinizada que se tiene del TDAH, donde los síntomas externalizantes tienen más relevancia para el diagnóstico a diferencia de los síntomas internalizantes, lo cual contribuye a lo que se busca con esta investigación. Sin embargo, es importante mencionar que no se encontraron artículos de relevancia o relacionados a los objetivos, que se encontrarán a nivel nacional o local, lo cual aporta relevancia al estudio.

Planteamiento del problema

El diagnóstico de TDAH es más común en niños en comparación con niñas, siendo el subtipo hiperactivo-impulsivo el que más predomina en población infantil (P. Quinn & Wigal, 2004). Una posible explicación es que los niños expresan en mayor medida síntomas de hiperactividad e impulsividad con conductas externalizantes, que son más visibles y, por lo mismo, tienen más probabilidad de ser diagnosticados en la etapa infantil, a diferencia de las niñas que suelen presentar más síntomas de inatención con conductas internalizantes (F. Mowlem et al., 2019). Esto es importante, porque, paradójicamente, el comportamiento externalizante y la baja regulación emocional son predictores de diagnóstico de TDAH en las niñas " (Mowlem et al., 2019). Esto evidencia que los síntomas de inatención se ven como menos problemáticos y que generan menos afectación (Young et al., 2020) a visión de los padres, madres y docentes. Entonces, solo cuando una niña presenta comportamiento externalizante, el informante lo percibe como más grave o problemático comparado con los niños y es más probable que éste le refiera a un profesional y que la niña obtenga el diagnóstico de TDAH (P. Quinn & Wigal, 2004). Esto sugiere que las niñas con TDAH son potencialmente infradiagnosticadas en la infancia, ya que, al presentar mayores niveles de inatención, cuyas características persisten durante el desarrollo en mayor proporción que las del hiperactivo-impulsivo, reciben con mayor frecuencia el diagnóstico de TDAH en la adultez (Holthe & Langvik, 2017). Esto es importante porque él no recibir un diagnóstico oportuno afecta en la obtención de un tratamiento y en el desarrollo de comorbilidades con otros trastornos (Katzman et al., 2017), que se reflejan en problemas sociales y emocionales para hacerle frente a la vida diaria (P. O. Quinn & Madhoo, 2014).

Si bien, se conoce que las dificultades de regulación emocional (Cai et al., 2021; Shaw et al., 2014) y las características de género (Lau et al., 2021) juegan un papel en la identificación

y derivación a un diagnóstico de TDAH en hombres y mujeres, no se ha encontrado información sobre la relación del TDAH con las dificultades de regulación emocional y el género en conjunto.

Pregunta de investigación

¿La regulación emocional y las expectativas de género tienen un efecto en la identificación diagnóstica del TDAH en mujeres?

Objetivos

Objetivo general

Establecer el efecto de la regulación emocional y las expectativas tradicionales de género en la edad de diagnóstico en mujeres con TDAH.

Objetivos específicos

- Identificar la regulación emocional en hombres y mujeres con TDAH.
- Identificar las características del momento diagnóstico en hombres y mujeres con TDAH.
- Conocer las expectativas tradicionalistas de género propias de los rasgos de feminidad y masculinidad en adultos con TDAH

Hipótesis

Hipótesis General

- La regulación emocional y las expectativas tradicionales de género predicen la edad diagnóstica de mujeres con TDAH (mujeres con más dificultades en la regulación emocional y rasgos de personalidad masculina tienen más probabilidades de recibir el diagnóstico de TDAH de forma temprana).

Hipótesis Específicas

- Las mujeres con TDAH tendrán puntajes más altos en comparación con los hombres con TDAH en la regulación emocional medido por la escala BRI de la prueba BRIEF.
- De las características del momento diagnóstico, más mujeres con TDAH son diagnosticadas después de los 12 años en comparación con los hombres con TDAH.
- Las mujeres con diagnóstico de TDAH en la infancia tienen características asociadas al género similares a los hombres

Método

El diseño del estudio fue de tipo cuantitativo de corte transversal, observacional y correlacional – causal.

Muestra

El muestreo se realizó de manera no probabilística mediante la técnica de “bola de nieve”, ya que los participantes se formaron por medio de grupos de apoyo para personas con TDAH en plataformas como Facebook y WhatsApp. Por lo que, el tamaño de la muestra se definió en función del poder estadístico requerido por la prueba estadística utilizada (regresión múltiple con tres predictores), para probar la hipótesis principal. El análisis para el cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante el programa G*Power, que para obtener un poder estadístico de 0.80 sugiere una muestra mayor a 75 participantes.

Criterios de inclusión

Los participantes son adultos mexicanos (18 años en adelante) que residen en México, con un diagnóstico en TDAH (cualquier subtipo).

Criterios de exclusión

Se excluyó a aquellos participantes que no contesten todos los instrumentos de evaluación.

El diagnóstico de TDAH reportado no se haya realizado por un profesional de la salud

Procedimiento

Mediante formularios de Google se conformó una batería de evaluación integrada por: una entrevista clínica, escala de síntomas de TDAH (SWAN), escalas de regulación emocional (BRIEF y EQR), escalas de características de género (GEPAQ) y una escala de masculinidad-feminidad tradicionalista (TMF).

El contacto se realizó por parte del equipo de investigación de la Universidad Autónoma de Tamaulipas - UAT y la Universidad Autónoma de Baja California - UABC. Se solicitó el permiso de la administración de los grupos de las plataformas digitales que se requirió, para difundir y compartir los cuestionarios de la investigación. Se compartió el formulario de Google en redes sociales, solicitando la participación voluntaria al estudio a aquellas personas que cuenten con los criterios de inclusión. Esto se realizó con ayuda de materiales audiovisuales y visuales, como pláticas referentes al tema e infografías elaboradas por parte del equipo de la UAT y UABC.

Variables

Independiente

Regulación emocional: que es entendida como el proceso mediante el cual definimos cómo, cuándo y cuáles emociones expresamos (Gross, 2002). La regulación emocional es una característica de alta prevalencia en personas con TDAH; específicamente, la manera en que las mujeres manifiestan sus emociones como indicador del trastorno. Se midió esta variable a través de la escala del BRI (Índice de Regulación Conductual) que evalúa el control inhibitorio, flexibilidad, control emocional y automonitoreo de la prueba BRIEF.

Género: definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un constructo social que hace referencia a las características, las normas, los comportamientos y los roles que se esperan de

una mujer, hombre, niña o niño. En esta investigación nos centramos en las características de feminidad y masculinidad que fueron obtenidas por las Escalas de Masculinidad y Feminidad Tradicionalista y de las Escalas de Atributos Personales Femeninos y Masculinos.

Dependientes:

Edad diagnóstica: Se definió como diagnóstico temprano (antes de los 12 años) o diagnóstico tardío (después de los 12 años) de TDAH, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5.

Materiales

Entrevista clínica

La entrevista clínica fue realizada por los investigadores del presente estudio, con el objetivo de obtener información acerca de datos sociodemográficos y características del diagnóstico que recibieron los participantes. Ésta se divide en 7 secciones:

Sección 1: TDAH Adultos. En este apartado se presentó el consentimiento informado, duración y consideraciones éticas referentes al estudio y se les informó la posibilidad de obtener un informe de resultados si así lo desean, proporcionando datos de contacto.

Sección 2: Datos sociodemográficos. Consistió en 10 ítems donde se preguntó acerca de datos como: edad, estado donde radica, sexo, ingresos, estado civil, estudios, ocupación. El objetivo de esta sección fue conocer el contexto sociodemográfico en el que se encuentra el participante.

Sección 3: Diagnóstico y tratamiento. En este apartado se preguntó sobre datos del momento diagnóstico como: edad de diagnóstico, de quien recibió el diagnóstico, motivo de evaluación y diagnóstico. Esto con el objetivo de conocer las condiciones en las que se dio el diagnóstico. Así como también se buscó obtener información sobre comorbilidades y el tratamiento actual.

Sección 4: Salud. Consistió en 12 preguntas referentes al sueño, consumo de sustancias y accidentes de tráfico en la que se han visto involucrados.

Sección 5: Escuela y Trabajo. En este apartado se realizaron 17 preguntas referente al desempeño en el área escolar y laboral en cuestión de relaciones interpersonales, realización de tareas / trabajos y número de trabajo y / o carreras cursadas.

Sección 6: Social. Se realizaron 12 preguntas referentes a cómo se relaciona socialmente, como: ¿Llegas a tiempo a tus citas o reuniones?, ¿Eres capaz de formular y expresar tus ideas de forma que los demás lo comprendan?, ¿Te molestan fácilmente con los demás?, ¿Te resulta sencillo iniciar relaciones amorosas o de amistad?

Sección 7: Hogar. Consistió en 9 ítems referentes al desempeño dentro de la dinámica familiar.

Todas las preguntas de la historia clínica cuentan como campos obligatorios y opciones de respuesta, para esta investigación se analizaron los datos de las secciones sociodemográficas y de diagnóstico.

Behavior Rating Inventory of Executive Function – BRIEF (Gioia, Isquith, Guy y Kenworthy, 2000): (Gioia et al., 2000)

Para evaluar la regulación emocional se aplicó la versión para adultos del BRIEF-A (versión abreviada en castellano), que consta de 75 ítems y está constituida por 8 apartados (Maldonado Belmonte, 2016). Para fines de esta investigación nos centramos en los resultados de la escala BRI que se compone de las siguientes 4 subescalas:

- a) Control Inhibitorio: Evalúa la capacidad para evitar o detener conductas en momentos oportunos, conformado por 8 ítems.

- b) Escala de flexibilidad: Evalúa la capacidad de cambio de situaciones o estados emocionales, conformado por 6 ítems.
- c) Control Emocional: Evalúa la capacidad para regular emociones, conformado por 10 ítems.
- d) Supervisión de sí mismo: Evalúa la propia ejecución durante o después de finalizar una tarea, conformado por 6 ítems.

Esté cuestionario busca conocer qué problemáticas han experimentado los participantes al realizar o presentar ciertas conductas. El formato de respuesta es de auto reporte, con la posibilidad de responder de 3 maneras: "nunca", "algunas veces" y "frecuentemente". La versión original se creó en EE. UU con propiedades psicométricas de alfa de Cronbach de $\alpha = .93$ -.96. Se encuentra con una versión española validada a través de un análisis factorial exploratorio con el método de factores principales, donde se obtuvo una varianza total del 25.8% (estructura de un factor) al 52.8% (estructura de 4 factores). Además se encontró una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de $\alpha = .841$ (Basuela Herrera, 2016).

En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.916$ (I.C. 0.89-0.96) en la escala BRI, y en cada subescala se obtuvo lo siguiente: En la subescala de control emocional se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.901$ (I.C. 0.87-0.92), en la subescala de control inhibitorio se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.722$ (I.C. 0.65 – 0.79), en la subescala de flexibilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.748$ (I.C. 0.68-0.81) y en la subescala de supervisión de su mismo se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.844$ (I.C. 0.80 – 0.88).

Strengths and Weaknesses of Attention Deficit / Hyperactivity Symptoms and Normal-Behaviors - SWAN (Swanson et al., 2012)

El SWAN es un cuestionario para evaluar síntomas de TDAH. Este se integra de 18 reactivos para evaluar fortalezas y debilidades asociadas al trastorno. A cada nivel de reactivo se hace una

valoración dimensional sobre “fortalezas” (puntajes positivos) y “debilidades” (puntajes negativos). Se les pide que comparen su comportamiento con el de otros adultos en una variedad de entornos durante la última semana la comparación se hace en una escala Likert de 7 puntos que son desde -3 (Muy por debajo de lo esperado) hasta 3 (Muy por arriba de lo esperado). El procedimiento para la identificación de un posible caso diagnóstico de TDAH se puede definir en dos pasos: 1) cuando se responde con -2 y -3 significa que hay una presencia de síntoma; y, 2) se suman los síntomas, donde 9 reactivos corresponde a la inatención y los otros 9 a la hiperactividad-impulsividad, y cuando hay presente 5 o más inatentos, se codifica como subtipo inatento y cuando hay 5 o más hiperactivos-impulsivos, se codifica como subtipo hiperactivo-impulsivo y si presenta ambos se codifica como combinado (Swanson et al., 2012). El instrumento cuenta con una consistencia interna fuerte con un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.95$, a su vez cuenta con extensa validez de convergencia con las subescalas del SDQ que miden inatención, hiperactividad/ impulsividad en niños (Lakes et al., 2012).

Para fines de esta investigación se realizó una previa adaptación del instrumento a población adulta en formato de auto reporte, donde se respetó las 7 valoraciones, yendo del “mucho menos” al “mucho más”.

En el proceso de adaptación (1) se votó y sugirió modificaciones a los ítems que todos los miembros de la investigación consideren, (2) se obtuvo el coeficiente de V de Aiken para revisar coincidencias en las modificaciones, (3) se realizaron las modificaciones y se volvió a obtener la V de Aiken, (el proceso se repitió de ser necesario). (4) Una vez realizada las modificaciones pertinentes, se contactó a 2 expertos en el tema (psicólogos con experiencia en TDAH) para evaluar los ítems adaptados, (5) al finalizar se realizó una prueba piloto con adultos sin TDAH para obtener

propiedades psicométricas del instrumento modificado. Se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.888$ (I.C. 0.85-0.90).

Emotional Regulation Questionnaire – ERQ (Gross & John, 2003)

El ERQ evalúa el uso de dos aspectos de la regulación emocional mediante las estrategias de reevaluación cognitiva y supresión expresiva. La reevaluación cognitiva se modifica la percepción de la experiencia emocional antes de que exista una respuesta y la supresión expresiva busca disminuir la expresión emocional después de la experiencia de emociones (Olalde-Mathieu et al., 2021). El ERQ es un cuestionario de autoinforme de 10 ítems, 6 que miden la reevaluación cognitiva y 4 la supresión expresiva. El participante debe responder de acuerdo con una escala Likert de 7 puntos como suele regular sus emociones, donde 1 es completamente en desacuerdo y 7 completamente de acuerdo. Para la versión traducida al español de esta prueba se realizaron análisis factoriales confirmatorios y se calculó la varianza media extraída por factores para comprobar la validez, además se encontró un alfa de Cronbach de $\alpha = .84$ (Pineda et al., 2018).

Este instrumento se aplicó con el objetivo de controlar la variable de regulación emocional, identificando aquellos casos en los que se use alguna estrategia de regulación emocional. En este estudio se encontró un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.749$ (I.C. 0.68 – 0.80), donde la subescala de reevaluación cognitiva obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.850$ (I.C. 0.81 – 0.88) y la subescala de supresión expresiva obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.744$ (I.C. 0.67 – 0.81).

Escalas de Femenidad y Masculinidad tradicionalista

Este constructo lo evaluamos mediante 3 escalas:

1. *Traditional Masculinity and Femininity Scale - TMF* (Kachel et al., 2016).

Esta escala consiste en 6 ítems que evalúan el autoconcepto del rol de género. Se enfoca en la manifestación real del rol del género (que tan femenino o masculino se considera uno mismo) y la preferencia del rol del género (que tan femenino o masculino le gustaría ser). El participante respondió de acuerdo con una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 (uno) hace referencia a un autoconcepto "muy masculino" y 7 (siete) a un autoconcepto "muy femenino". Originalmente el instrumento fue realizado en el idioma alemán y traducido al idioma inglés, se ha encontrado que en la versión en inglés se realizó una factorización exploratoria del eje principal, donde las cargas factoriales oscilaron entre el 0.75 y el 0.94, y que tiene un alfa de Cronbach's $\alpha = 0.94$ (Kachel et al., 2016). En el presente estudio el alfa lograda fue de 0.92 (I.C. 0.89-0.94).

Se realizó una adaptación a los ítems que se consideró que requerían una modificación y posteriormente se revisó las coincidencias de estas modificaciones mediante el coeficiente de V de Aiken. El proceso se repitió las veces que fueron necesarias, para finalmente contactar a 2 expertos sobre el tema para evaluar la adaptación de los ítems.

2. *German Extended Personal Attributes Questionnaire - GEPAQ* (Runge et al., 1981).

Este instrumento se conforma de 2 escalas tipo Likert de 8 ítems cada una y que evalúan rasgos femeninos y masculinos. En estas el participante tiene que elegir entre dos atributos personales que son opuestos el uno del otro, donde 1 (uno) es un extremo de un lado y 5 (cinco) el otro extremo. Se conforma de la escala de masculinidad (escala instrumental) y la escala de feminidad (escala expresiva) (Kachel et al., 2016) El ítem número 4 de la escala de masculinidad y el ítem 2 de la escala de feminidad, son los únicos reactivos que se tienen que recodificar. Este cuestionario fue utilizado y descrito en la investigación realizada por Kachel et al., en el 2016, y se han encontrado una alfa de Cronbach's $\alpha = .54$ a $.72$ (Runge et al., 1981) alrededor de $.75$ en Vergera y Paez (1993) y de $.77$ - $.80$ Möller-Leimkühler y Yücel (2010). En el presente estudio encontramos

un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.680$ (I.C. 0.60 – 0.75) en la escala de masculinidad y un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.72$ (I.C. 0.66 – 0.79) en la escala de feminidad.

Para estas escalas se realizó un proceso de traducción al idioma español. Para este proceso se realizó una traducción por 2 personas bilingües español-inglés, donde su lengua materna sea el español y se encuentren ajenos a la investigación, una vez tenidas las 2 traducciones se compararon e identificaron las similitudes y las diferencias, las cuales se discutieron y adaptaron por parte del grupo investigador. Una vez se tuvo el instrumento traducido al español, se llevó a cabo una retrotraducción al inglés por 2 personas bilingües que su lengua materna sea el inglés y se encuentren ajenos a la investigación, cuando se tuvo las retro-traducciones se realizó el mismo proceso de comparación y discusión de diferencias y similitudes. Al finalizar se realizó una prueba piloto con adultos sin TDAH para obtener propiedades psicométricas del instrumento modificado.

Análisis estadístico

Los cálculos estadísticos se realizaron en el programa estadístico JASP (Jeffrey's Amazing Statistics Program) (JASP, 2022). Para evaluar las características sociodemográficas se obtuvo la Ji cuadrada (chi cuadrada) para variables dicotómicas y t de student para variables numéricas. En el caso de las diferencias entre grupos (producto de las hipótesis específicas del presente trabajo), las comparaciones se realizaron mediante la t de Student, tomando como referencia de significancia una p inferior a 0.05 y el tamaño del efecto con los criterios expuestos por Ferguson (2009).

En el caso de nuestro objetivo principal, se aplicó la prueba de Shapiro Wilk para reconocer la distribución de los datos y se realizó una correlación de Pearson para identificar la asociación entre las variables principales de regulación emocional, TDAH y características de género. Y un análisis de regresión lineal múltiple para identificar si las variables de regulación emocional y las

características de género (sexo y masculinidad-feminidad) predicen el momento diagnóstico del TDAH. La fiabilidad y validez de las pruebas se obtuvo calculando los coeficientes alfa de Cronbach de cada escala y subescalas.

Resultados

Participantes

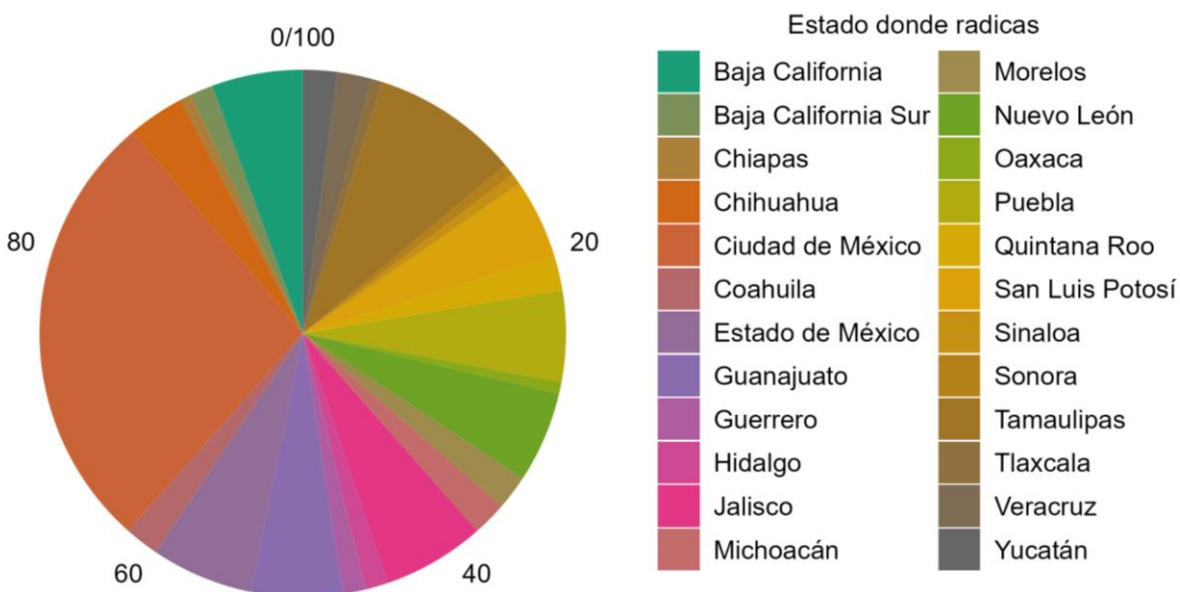
Respondieron 163 adultos mexicanos los cuestionarios de las formas de Google, de los cuales no se incluyeron 12 casos por residir fuera de México y otros 8 casos fueron excluidos por no contar con un diagnóstico de TDAH por parte de un profesional de la salud. La muestra se conformó por 143 adultos con diagnóstico de TDAH, de los cuales fueron 118 mujeres (82.5%) y 25 hombres (17.5%), que, con relación a la identificación de género, se encontró una diferencia significativa entre sexos ($X^2(2) = 132.661$, $p < 0.01$), donde las mujeres se identifican con el género femenino y los hombres con el género masculino.

De 24 estados distintos de la República Mexicana, la Ciudad de México es el estado que contó con mayor representación para ambos sexos ($X^2(23) = 35.97$, $p = 0.04$), ver distribución de estados en **Figura 1**). La edad promedio fue de 32 años (7.71 de desviación estándar), sin diferencias significativas entre los sexos (mujeres: media de edad = 32.26, desviación estándar = 7.74; hombres: media de edad = 31, desviación estándar = 7.65; $t(141) = 0.742$, $p = 0.459$, $d = 0.163$). Además, el 51% de los participantes indicaron encontrarse en un estado civil soltero, sin diferencias significativas entre sexo (mujeres solteras $n = 56$ (39.1%) y hombres solteros $n = 17$ (11.8%); mujeres casadas $n = 30$ (20.9%) y hombres casados $n = 4$ (2.8%); mujeres en unión libre $n = 18$ (12.5%) y hombres en unión libre $n = 3$ (2 %); mujeres divorciadas $n = 12$ (8.3%) y hombres divorciados $n = 1$ (.7%), y mujeres viudas $n = 2$ (1.4%) y hombres viudos $n = 0$, $X^2(4) = 3.912$, $p = 0.418$, V Cramer = 0.16). El 44% de los participantes indicaron tener una carrera profesional

como su último nivel de estudios, tampoco hubo diferencias sexuales para el nivel de estudios (mujeres: mediana = 5 (Carrera profesional); hombres: mediana = 5 (Carrera profesional); $U_{MANN-WHITNEY} = 1701.000$, $p = 0.20$, $r = 0.15$). En cuanto al nivel socioeconómico, el 47.55% se percibe en un nivel medio y tampoco hubo diferencias sexuales (mujeres: mediana = 3 (Medio); hombres: mediana = 3 (Medio) $U_{MANN-WHITNEY} = 1560.50$, $p = 0.622$).

Figura 1

Distribución de participantes por estado de la República Mexicana

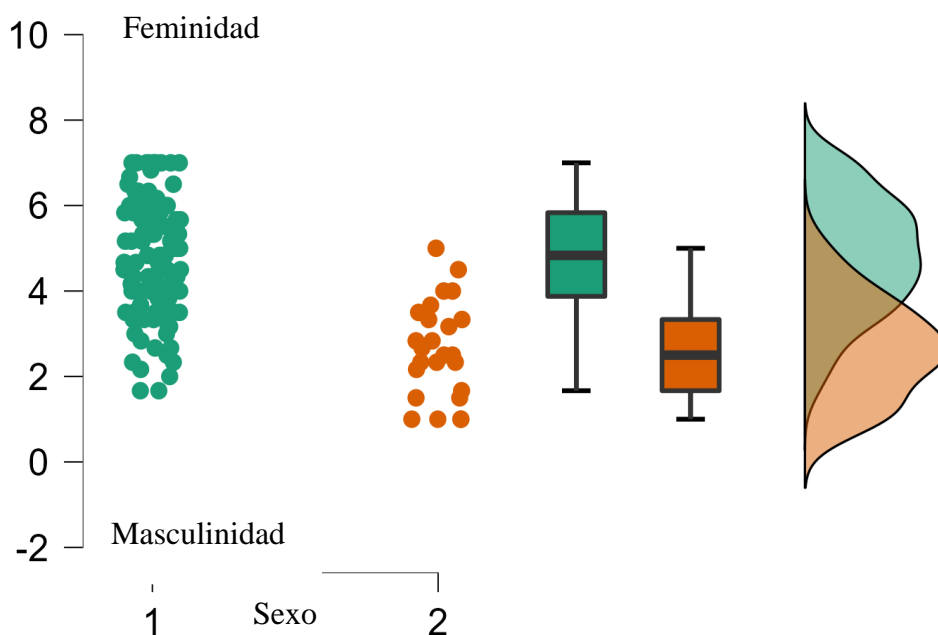


Nota. De los 143 participantes, la mayor parte se concentra en los siguientes estados: Ciudad de México y Estado de México 33.5%; Tamaulipas 9.1%; Jalisco 6.24% y Baja California, Guanajuato, Nuevo León y Puebla 5.6%, Chihuahua, Coahuila, Michoacán, Morelos, San Luis Potosí, Quintana Roo, Veracruz, Yucatán (4.90% - 2.0%), Baja California Sur, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Sinaloa, Sonora y Tlaxcala (1.40% - 0.60%).

En relación con el instrumento de masculinidad-feminidad se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres (hombres: media = 2.627, desviación estándar = 1.131., mujeres: media = 4.802, desviación estándar = 1.337; $t(141) = 7.576$, $p < 0.001$, $d = 1.668$). Ver **figura 2**.

Figura 2

Masculinidad y feminidad en participantes hombres y mujeres



Nota: En el sexo las mujeres se codificaron como el número 1 y los hombres como el número 2.

Características de diagnóstico

Profesional de la salud

Todos los participantes cuentan con un diagnóstico por parte de un profesional de la salud, entre los cuales se encuentran psiquiatras (45.45%), psicólogos (24.47%) y neurólogos (6.99%) (ver distribución por sexo en **Tabla 1**), siendo el psiquiatra el más frecuente en dar el diagnóstico sin diferencia significativa entre sexos de los participantes ($\chi^2(7) = 7.877$, $p = 0.344$). Si bien el 53.39%

de las mujeres recibió el diagnóstico por un profesional de sexo femenino y el 64% de los participantes hombres recibió el diagnóstico por un profesional de sexo masculino, estas diferencias no fueron significativas ($X^2(2) = 3.981$, $p=0.137$). Sobre la edad en la que fueron diagnosticados, no se encontró diferencia entre sexos (mujeres: media = 27.89, desviación estándar = 8.86; hombres: media = 25.92, desviación estándar = 9.85, $t(141)= 0.994$, $p= 0.322$, d de Cohen = 0.219). Siendo después de los 12 años, la edad más frecuente en recibir el diagnóstico para ambos sexos ($X^2(1) = 0.706$, $p=0.401$) en nuestra muestra. Si bien el grupo de personas que recibieron el diagnóstico con una edad superior a los 18 años tienen una mayor representación de forma significativa en comparación con los grupos personas que lo recibieron antes de los 12 años y de las personas que lo recibieron en la adolescencia (entre 13 y 17 años) ($X^2(2) = 151.15$, $p < 0.001$), no se encontraron diferencias significativas entre grupos de edad diagnóstica en hombres y mujeres con TDAH ($X^2(2) = 0.749$, $p=0.688$). **Ver Tabla 2.**

Tabla 1

Distribución del diagnóstico por profesional

Profesión	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
Neurología	9 (6.3%)	1 (.7%)	10 (7%)
Otra opción	1 (.7%)	0 (0%)	1 (.7%)
Psicología	33 (23.1%)	2 (1.4%)	35 (24.5%)
Psicología, Neurología	2 (1.4%)	0 (0%)	2 (1.4%)
Psicología, Psiquiatría	13 (9.1%)	3 (2.1%)	16 (11.2%)
Psicología, Psiquiatría, Neurología	4 (2.8%)	2 (1.4%)	6 (4.2%)
Psiquiatría	49 (34.2%)	16 (11.2%)	65 (45.4%)
Psiquiatría, Neurología	7 (4.9%)	1 (.7%)	8 (5.6%)
Total	118 (82.5%)	25 (17.5%)	143 (100%)

Nota: Psiquiatría (66.43%), Psicología (41.26%), Neurología (18.18%) y Otra opción (0.69%).

Distribución por profesión. Otra opción: Medicina Interna.

Tabla 2

Distribución por grupo de edad de diagnóstico por sexo

Grupo Edad Diagnóstico	Sexo		Total n (%)
	Mujer n (%)	Hombre n (%)	
Grupo 1	12 (8.4%)	4 (2.8%)	16 (11.2%)
Grupo 2	4 (2.8%)	1 (0.7%)	5 (3.5%)
Grupo 3	102 (71.3%)	20 (14%)	122 (85.3%)
Total	118 (82.5)	25 (17.5%)	143 (100%)

Nota. Grupo de edad de diagnóstico: Grupo 1 = 12 años o menos (Infancia); Grupo 2 = 13 años a 17 años (Adolescencia); Grupo 3 = 18 años o más (Adulthood).

Motivo de evaluación y diagnóstico

Sobre el motivo de consulta para evaluación y diagnóstico, se encontró que el 61.86% de las participantes mujeres indicaron que acudieron por interés propio, mientras que el 52% de los participantes hombres indicaron que alguien más se lo sugirió o requirió (ver distribución en **Tabla 3**), encontrándose diferencias significativas entre sexo ($X^2(2) = 6.483$, $p=0.039$).

Tabla 3

Motivo de evaluación y diagnóstico

Motivo de consulta	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total
Alguien más lo sugirió o requirió	32 (22.4%)	13 (9.1%)	45 (31.5%)
Interés propio	73 (51%)	9 (6.3%)	82 (57.3%)

Otra opción	13 (9.1%)	3 (2.1%)	16 (11.2%)
Total	118 (82.51%)	25 (17.48%)	143 (100%)

Nota. Motivo de consulta por interés propio (57.34 %), alguien más lo sugirió (31.46 %), otro padecimiento psicológico (10.49%) y por interés propio y alguien más lo sugirió (0.699%). Otra opción: Otro padecimiento psicológico e interés propio y alguien más lo sugirió.

Tratamiento y comorbilidades

El 33% de la muestra indica recibir un tratamiento de tipo farmacológico, mientras el 25.87% recibe un tratamiento farmacológico y psicológico y el 24.47% menciona no recibir o continuar algún tipo de tratamiento, sin diferencias significativas entre sexo ($X^2(9) = 11.450$, $p=0.246$). Dentro del 50.34% de los participantes que recibe un tratamiento de tipo farmacológico, el más común es el Metilfenidato (34.26%) y la Atomoxetina (11.18%), sin diferencias significativas entre sexo ($X^2(10) = 9.011$, $p=0.531$).

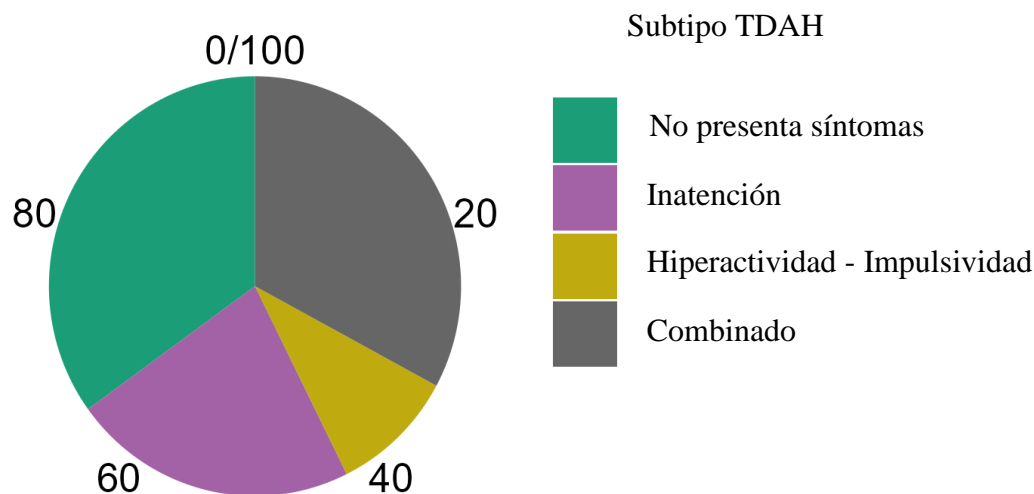
El 79.72% de los participantes indicaron presentar otro padecimiento de tipo psicológico, de los cuales los más comunes son la depresión y ansiedad en comorbilidad (44.56%), ansiedad (20.28 %) y depresión (2.79 %) de forma independiente, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres ($X^2(8) = 5.366$, $p=0.718$).

Síntomas de TDAH

De acuerdo con el algoritmo diagnóstico del TDAH propuesto en el SWAN (Swanson, et al, 2012), el 34% de los participantes no cumplen con síntomas de ningún subtipo de TDAH, mientras que el 32.87% manifiestan síntomas del subtipo combinado (hiperactivo – impulsivo e inatento), el 22.38 % síntomas inatentos y el 9.79% síntomas hiperactivos e impulsivos (Ver distribución en **Figura 3**).

Figura 3

Distribución por subtipo de TDAH en los participantes



En relación con los síntomas del TDAH, no se encontraron diferencias significativas de acuerdo con el sexo ($X^2(3) = 5.900$, $p=0.12$). Así mismo, no se encontró un efecto significativo en la manifestación de síntomas de TDAH en relación con el uso de tratamiento farmacológico ($X^2(3) = 3.257$, $p=0.354$), ni con la presencia de comorbilidades ($X^2(3) = 7.249$, $p=0.064$).

Dificultades de Regulación Emocional y TDAH

Con respecto a las dificultades de regulación y el TDAH se encontró que el BRI y sus subescalas no diferencian entre hombres y mujeres con TDAH (ver **Tabla 4**).

Tabla 4

Regulación emocional en hombres y mujeres

	BRIEF-BRI	BRIEF-CE	BRIEF-CI	BRIEF-F	BRIEF-A
t	0.16	1.11	-1.18	0.45	-0.41
p	0.87 ^a	0.27 ^a	0.24	0.65	0.68
Mujer (M)	39.16	13.58	10.14	7.96	7.48
Hombre (M)	38.76	12.36	10.96	7.68	7.76

Nota: La prueba de Levene salió significativa para el BRI y CE, por lo cual se recurrió a una prueba no paramétrica para corroborar los resultados. BRIEF-BRI ($U_{MANN-WHITNEY} = 1464$) y BRIEF-CE ($U_{MANN-WHITNEY} = 1559$).

En relación con la regulación emocional y los subtipos de TDAH (no síntomas de TDAH, inatento, hiperactivo/impulsivo y combinado), se encontró efecto de grupo ($F(3,139) = 14.918$, $p < 0.01$). El grupo sin TDAH reportó menos problemas de regulación conductual en comparación con el grupo del subtipo hiperactivo-impulsivo de TDAH ($t=-2.893$, $p_{\text{tukey}} 0.023$) y con el grupo del subtipo combinado de TDAH ($t=-6.541$, $p_{\text{tukey}} <0.01$); así como también, el grupo del subtipo inatento de TDAH reportó menos problemas de regulación en comparación con el subtipo combinado ($t=-3.864$, $p_{\text{tukey}} <0.01$).

Correlación entre las dificultades de Regulación Emocional, los síntomas de TDAH y la Masculinidad-Feminidad

La prueba de Shapiro-Wilk para identificar la distribución de los datos fue significativa ($W = 0.960$, $p = <.001$), por lo cual se realizó la correlación de Pearson y de Spearman, pero al no haber diferencias significativas, se continuo con la prueba paramétrica.

Se hicieron distintas correlaciones de Pearson para identificar la asociación entre los problemas de regulación emocional TDAH y cuestiones de masculinidad-feminidad, estos análisis se realizaron por separado: 1) con todos los participantes (Ver resultados **Tabla 5**); 2) con solo mujeres (Ver resultados **Tabla 6**); y, 3) con solo hombres (Ver resultados **Tabla 7**).

En la muestra total se encontró una relación inversa significativa entre los síntomas de TDAH y los problemas de regulación emocional, la escala de masculinidad, la escala de feminidad y las subescalas del control inhibitorio, flexibilidad y automonitoreo. Por lo que se refiere a la escala de masculinidad-feminidad se encontró una asociación negativa con la subescala de control inhibitorio y la escala de feminidad. La escala de masculinidad fue significativa con la escala de regulación emocional y la subescala de flexibilidad, y la escala de feminidad fue significativa con la subescala de automonitoreo.

Como variable control incluimos la evaluación de las estrategias de regulación emocional, donde la estrategia de reevaluación cognitiva se encuentra asociada con los síntomas de TDAH, la escala de masculinidad y la escala de feminidad. Por otro lado, la estrategia de supresión expresiva se asoció con la subescala de flexibilidad, la masculinidad-feminidad y la escala de masculinidad.

En la muestra de mujeres se encontró una relación inversa significativa entre los síntomas de TDAH y la escala de regulación emocional, la escala de feminidad y las subescalas de control emocional, control inhibitorio, flexibilidad y automonitoreo. Por lo que se refiere a la escala de masculinidad-feminidad se encontró una asociación negativa con el control inhibitorio y la escala de feminidad. La escala de masculinidad se asoció con la flexibilidad, por el contrario, la escala de feminidad se asoció con el automonitoreo, flexibilidad y regulación emocional. La estrategia de reevaluación cognitiva se encuentra asociada con los síntomas de TDAH, la escala de masculinidad, la escala de feminidad y con el control emocional, flexibilidad y automonitoreo. En el caso de la estrategia de supresión expresiva se encontró una relación con la escala BRIEF-, de masculinidad y feminidad.

En la muestra de hombres se encontró una relación inversa significativa entre los síntomas de TDAH y la regulación emocional y las escalas de control inhibitorio, flexibilidad y automonitoreo. Por lo que se refiere a la escala de masculinidad se encontró una asociación negativa con la regulación emocional, control emocional, control inhibitorio y el automonitoreo. En el caso de las escalas que conforman el BRIEF-BRI (BRIEF-CE, BRIEF-CI, BRIEF-F y BRIEF-A), se encontraron asociadas de manera significativa en las tres muestras. En relación con la edad diagnóstica no se encontró ninguna asociación significativa en las muestras.

Tabla 5

Correlación de Pearson. Base de datos: todos los participantes.

Variable	SWAN	ED	BRIEF -BRI	BRIEF- CE	BRIEF- CI	BRIEF- F	BRIEF -A	ERQ- RC	ERQ- SE	M-F	M
----------	------	----	---------------	--------------	--------------	-------------	-------------	------------	------------	-----	---

ED	0.04											
BRIEF-BRI	-0.42 ***	-0.01										
BRIEF-CE	-0.22	-0.06	0.86 ***									
BRIEF-CI	-0.48 ***	-0.02	0.76 ***	0.47 ***								
BRIEF-F	-0.32 ***	0.02	0.74 ***	0.61 ***	0.38 ***							
BRIEF-A	-0.38 ***	0.04	0.77 ***	0.47 ***	0.63 ***	0.42 ***						
ERQ-RC	0.23 **	0.01	-0.14	-0.12	-0.05	-0.13	-0.16					
ERQ-SE	-0.03	-0.12	0.13	0.09	0.07	0.19 *	0.08	0.15				
M-F	0.08	0.13	-0.07	0.06	-0.24 *	0.04	-0.12	-0.01	-0.27 ***			
M	0.19 *	-0.03	-0.21 **	-0.16	-0.08	-0.32 ***	-0.14	0.28 ***	-0.18 *	-0.01		
F	0.19 *	0.05	-0.12	-0.01	-0.07	-0.16	-0.19 **	0.21 **	-0.01	0.16 *	-0.11	

*** Correlación significativa de < 0.001, ** Correlación significativa de < 0.01, * Correlación significativa de < 0.05

Nota: ED = Edad diagnóstica; BRIEF-CE = BRIEF-Control Emocional; BRIEF-CI = BRIEF-Control Inhibitorio; BRIEF-F = BRIEF- Flexibilidad; BRIEF-A = BRIEF- Automonitoreo; ERQ-RC = Estrategias de Regulación Emocional-Reevaluación Cognitiva; ERQ-SE = Estrategias de Regulación Emocional-Supresión Expresiva; M-F = Masculinidad-Feminidad; M = Masculinidad y F = Feminidad.

Tabla 6

Correlación de Pearson. Base de datos: participantes mujeres.

Variable	SWAN	ED	BRIE- BRI	BRIEF -CE	BRIEF- CI	BRIEF- F	BRIEF -A	ERQ- RC	ERQ -SE	M-F	M
ED	0.09										
BRIEF-BRI	-0.41 ***	-0.10									
BRIEF-CE	-0.20 *	-0.15	0.86 ***								
BRIEF-CI	-0.49 ***	-0.08	0.75 ***	0.47 ***							
BRIEF-F	-0.25 **	-0.03	0.71 ***	0.58 ***	0.31 ***						
BRIEF-A	-0.37 ***	-3.770e -4	0.75 ***	0.43 ***	0.58 ***	0.36 ***					
ERQ-RC	0.22 **	-0.01	-0.21 *	-0.19 *	-0.07	-0.18 *	-0.19 *				
ERQ-SE	-0.05	-0.16	0.15	0.14	0.04	0.25 **	0.05	0.14			
M-F	0.17	0.12	-0.15	-0.04	-0.30 ***	-0.02	-0.13	0.01	-0.26 **		
M	0.15	0.03	-0.14	-0.09	0.00	-0.32 ***	-0.08	0.29 ***	-0.17	0.01	
F	0.25 **	-0.01	-0.19 *	-0.05	-0.13	-0.22 **	-0.25 **	0.25 **	0.00	0.18 *	-0.11

***Correlación significativa de < 0.001, ** Correlación significativa de < 0.01, *Correlación significativa de < 0.05

Nota: ED = Edad diagnóstica; BRIEF-CE = BRIEF-Control Emocional; BRIEF-CI = BRIEF-Control Inhibitorio; BRIEF-F = BRIEF- Flexibilidad; BRIEF-A = BRIEF- Automonitoreo; ERQ-RC = Estrategias de Regulación Emocional-Reevaluación Cognitiva; ERQ-SE = Estrategias de Regulación Emocional-Supresión Expresiva; M-F = Masculinidad-Feminidad; M = Masculinidad y F = Feminidad.

Tabla 7

Correlación de Pearson. Base de datos: participantes hombres.

Variable	SWAN	ED	BRIEF-BRI	BRIEF-CE	BRIEF-CI	BRIEF-F	BRIEF-A	ERQ-RC	ERQ-SE	M-F	M
ED	-0.18										
BRIEF-BRI	-0.48 **	0.25									
BRIEF-CE	-0.29	0.20	0.88 ***								
BRIEF-CI	-0.48 **	0.25	0.82 ***	0.52 **							
BRIEF-F	-0.58 **	0.19	0.85 ***	0.69 ***	0.65 ***						
BRIEF-A	-0.43 *	0.25	0.87 ***	0.63 ***	0.84 ***	0.66 ***					
ERQ-RC	0.28	0.13	0.12	0.21	0.00	0.08	0.01				
ERQ-SE	0.11	0.12	0.07	-0.02	0.12	-0.01	0.24	0.21			
M-F	-0.25	0.06	0.17	0.20	0.16	0.19	-0.04	0.08	-0.20		
M	0.37	0.31	-0.49 **	-0.44 *	-0.44 *	-0.37	-0.44 *	0.23	-0.17	-0.30	
F	-0.11	0.31	0.17	0.18	0.18	0.12	0.06	0.03	-0.06	0.24	-0.16

*** Correlación significativa de < 0.001 , ** Correlación significativa de < 0.01 , * Correlación significativa de < 0.05

Nota: ED = Edad diagnóstica; BRIEF-CE = BRIEF-Control Emocional; BRIEF-CI = BRIEF-Control Inhibitorio; BRIEF-F = BRIEF- Flexibilidad; BRIEF-A = BRIEF- Automonitoreo; ERQ-RC = Estrategias de Regulación Emocional-Reevaluación Cognitiva; ERQ-SE = Estrategias de Regulación Emocional-Supresión Expresiva; M-F = Masculinidad-Feminidad; M = Masculinidad y F = Feminidad.

Regresión lineal múltiple para predecir la edad diagnóstica

Se realizó una regresión lineal múltiple para predecir la edad diagnóstica del TDAH con base en los problemas de regulación emocional, las estrategias de regulación emocional, el sexo, masculinidad-feminidad y los síntomas de TDAH. El resultado de la regresión lineal no fue significativa ($F(6,136) = 0.647$, $p = .693$), con un R^2 ajustada de -0.015 . Donde la edad diagnóstica del participante es igual a $26.292 \text{ años} - 0.493*(\text{sexo}) + 0.017*(\text{problemas de regulación emocional}) + 0.558*(\text{masculinidad-feminidad}) + 0.029*(\text{Reevaluación cognitiva}) - 0.142*(\text{Supresión expresiva}) + 0.289*(\text{síntomas de TDAH})$. El sexo se codificó como 0= Hombres y 1= Mujeres, los problemas de regulación emocional, las estrategias de regulación emocional, la masculinidad-feminidad y los síntomas de TDAH se midieron en puntos. La edad diagnóstica de

los participantes aumenta 0.017 puntos por cada punto de problemas de regulación emocional, masculinidad-feminidad y la estrategia de reevaluación cognitiva; y menos cada punto de la estrategia de supresión expresiva (Ver resultados **tabla 8** y **tabla 9**).

Tabla 8

Regresión lineal múltiple para predecir la edad diagnóstica

Coeficientes						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	P
		B	Error Estandar	Beta		
1	BRIF-BRI	0.017	0.077	0.022	0.228	0.82
	M-F	0.558	0.611	0.095	0.914	0.363
	ERQ-RC	0.029	0.093	0.028	0.314	0.754
	ERQ-SE	-0.142	0.129	-0.099	-1.102	0.273
	SWAN	0.289	0.968	0.029	0.299	0.765
	Sexo	-0.493	2.388		-0.206	0.837

Tabla 9

Anova para predecir la edad diagnóstica

Anova						
Modelo		DF	Media Cuadrada	F	p	R ² Ajustada
Edad Diagnostica	Regresión	6	53.695	0.647	0.693	-0.015
	Residual	136	83.009			

Discusión

El propósito de este trabajo fue conocer el efecto de la regulación emocional y las expectativas tradicionales de género en la edad de obtención del diagnóstico de TDAH en mujeres. En cuanto

a las expectativas tradicionales de género, encontramos que las características de masculinidad (en hombres y mujeres) se relacionan con el componente de control inhibitorio de la regulación emocional; y con mayor uso de las estrategias de regulación emocional de supresión expresiva. En relación al TDAH, si bien encontramos que los síntomas de TDAH están relacionados con los problemas de regulación emocional (incluyendo el control emocional, control inhibitorio, flexibilidad y automonitoreo) y que la regulación emocional distingue entre los distintos subtipos de TDAH (con mayor expresión de problemas externalizantes en personas con TDAH de tipo combinado), nuestra metodología no pudo demostrar la relación entre la regulación emocional y las expectativas de género para predecir de forma significativa la edad diagnóstica de las mujeres con TDAH.

Tres razones podrían explicar nuestros resultados. Primera, hubo un sesgo por selección, donde las personas con mayor sintomatología del TDAH e historia del mismo en su vida no participó y esto nos previno de identificar el efecto de las dificultades de regulación emocional en el diagnóstico temprano. Es posible que la participación y el abandono se condicionaran al esfuerzo y demanda cognitiva que conlleva contestar un cuestionario de 30 a 60 minutos, y los cuales suelen ser evitados por personas con TDAH (American Psychiatric Association, 2014). Esto se reportó en un estudio realizado por Knouse y colegas (2022), donde buscaron identificar la usabilidad y factibilidad de una aplicación en adultos con TDAH, y estimaron que la tasa de abandono del estudio de personas con este padecimiento es del 47% en procedimientos completamente en línea. En conclusión, esto nos hace pensar que nuestra muestra se caracterizó por personas que (1) no presentan dificultades graves de TDAH, (2) no tienen una larga historia de TDAH (Ver **Tabla 2**), y (3) están dispuestas a hacer un esfuerzo cognitivo al participar en el estudio, algo contrario a lo esperado para alguien con largo historial de presencia de TDAH.

Segunda, la falta de representatividad de hombres en la muestra. Si bien, el objetivo de este trabajo está orientado a las mujeres (y el 82.5% de los participantes son mujeres), una muestra representativa de hombres nos permitiría tener un referente más claro al comparar el curso de TDAH en esta población, ya que, se ha demostrado que presentan una alta prevalencia de diagnóstico en la infancia (American Psychiatric Association, 2014). Una explicación a la falta de representatividad en nuestra muestra es la influencia del modo de aplicación de los instrumentos, debido a que se ha reportado que las mujeres suelen contestar más pronto y frecuentemente las encuestas autoadministradas en línea, a diferencia de los hombres (Becker, 2017).

Tercera, el diseño de nuestro estudio es transversal y nos centramos en la etapa adulta. Esto nos limita a conocer el trayecto de la presencia de los síntomas de TDAH en la vida de las mujeres con TDAH éstas. Posiblemente, este diseño de estudio influyó en la capacidad para detectar como las expectativas de género previenen el diagnóstico de TDAH en las niñas, ya que se ha demostrado que es una etapa en la que los síntomas de internalización y el subtipo inatento están más presentes tanto en hombres y mujeres (Holt & Ellis, 1998). Como resultado encontramos que nuestros participantes no recibieron el diagnóstico en la infancia, sino más bien en la adultez, entonces en estas personas no hay presencia de características externalizantes. Sumado a eso, lo más probable es que⁷ las personas que recibieron el diagnóstico en la infancia no tuvieron interés en participar. Concluimos que nuestra metodología no pudo localizar personas con un diagnóstico de TDAH en la infancia y que además tuvieran características externalizantes, sino más bien hubo más interés por las personas que no tenían mucho tiempo con el diagnóstico (ver **tabla 2. Distribución por grupo de edad de diagnóstico por sexo**).

Estos resultados son contrarios a los esperados, ya que los problemas de regulación emocional se han asociado la edad de la obtención del diagnóstico en las mujeres con TDAH

(Mowlem et al., 2019), y la literatura menciona que (1) hay evidencia de que al menos entre el 24 al 50% en niñas/niños y del 34 al 70% en adultas/adultos, clínicamente diagnosticados con TDAH, presentan problemas de regulación emocional (Shaw et al., 2014); y (2) se ha encontrado que las niñas con TDAH suelen presentar mayor gravedad del trastorno al ser comparadas con los niños, aun cuando este grupo recibe menos diagnósticos de TDAH por falta de síntomas disruptivos y externalizantes (De Rossi et al., 2022). Lo anterior nos llevó a deducir que las mujeres con TDAH con dificultades de regulación emocional y conductas externalizantes tienen mayor probabilidad de recibir un diagnóstico en la niñez.

Síntomas de TDAH y las expectativas tradicionales de género

Para identificar la relación entre los síntomas de TDAH y las expectativas tradicionales de género se hicieron tres análisis de correlación independientes: 1) un análisis de correlación con la muestra total (hombres y mujeres), 2) otro solo con la muestra de solo mujeres; y, 3) la muestra solo de hombres.

Para el primer análisis, con la muestra total, se encontró que los síntomas de TDAH están relacionados de forma positiva con las características estereotipadas de feminidad y de masculinidad. Mismo resultado fue encontrado solo en la muestra de mujeres. Es importante contextualizar, que, de acuerdo con la escala SWAN, los puntajes positivos representan menor sintomatología de TDAH. De tal manera, que los participantes, independientemente de su sexo asignado al nacer, reconocen menos características estereotipadas de género cuando hay más presencia de síntomas de TDAH. En relación con la masculinidad este hallazgo es opuesto a lo esperado, ya que, nuestro objetivo era encontrar que hubiera más características estereotipadas de masculinidad cuando la presencia de síntomas de TDAH fuera mayor, porque como se ha reportado en la literatura, el TDAH se identifica más en hombres con subtipo hiperactivo-

impulsivo que se caracteriza de un comportamiento externalizante (Young et al., 2020), lo cual ha dado una percepción masculinizada del trastorno (Quinn & Madhoo, 2014). Por otro lado, que se reconozcan más características femeninas cuando hay menor presencia de síntomas de TDAH, es congruente con lo reportado en otras investigaciones, ya que al atribuirse más frecuentemente el subtipo inatento a las mujeres (caracterizado por síntomas internalizantes), se suele identificar menos las características del TDAH y por consecuencia reciben menos diagnósticos (Skogli et al., 2013). Esto es importante, ya que en la actualidad se tienen reportes de que las mujeres reciben el diagnóstico a una edad más grande o posiblemente no lo reciben a diferencia de los hombres (Quinn & Madhoo, 2014). Sin embargo, cuando presentan un comportamiento externalizante (como es más común en el caso de los niños) tienen más probabilidades de recibir el diagnóstico en la infancia (Mowlem et al., 2019).

Un factor importante que pudo influir en la diferencia de nuestro resultado sobre los síntomas de TDAH y las características de masculinidad comparado con otras investigaciones, es la muestra a quien se le administra los instrumentos, por ejemplo, en el estudio de Mowlem (2019) los instrumentos de identificación del trastorno se administraron a los padres y madres de niños con TDAH a diferencia de nuestro trabajo que se administró a los adultos propios, esto es importante, ya que se sabe que tanto el informe propio como el de un informante aporta distinta información en una evaluación clínica, por ejemplo, hay síntomas o características de TDAH que la persona experimenta y no es consciente de ellos, como también hay síntomas o características que la propia persona enmascara y es difícil que otros lo identifiquen (Guo et al., 2021).

Regulación emocional y las expectativas tradicionales de género

El análisis entre la regulación emocional y las escalas de masculinidad y feminidad se realizó por partes, iniciado por la flexibilidad y siguiendo consecutivamente por el automonitoreo, control

inhibitorio y control emocional. De igual manera se hicieron tres correlaciones: una correlación con la muestra total (hombres y mujeres), con la muestra de solo mujeres y la muestra solo de hombres.

La regulación emocional y flexibilidad en la muestra total se relacionaron de forma negativa con las características estereotipadas de masculinidad, donde los participantes que reportaron más problemas de regulación emocional y de flexibilidad reconocían menos características de masculinidad. Nosotros esperábamos encontrar que esta relación fuera positiva, es decir, que los problemas de regulación emocional y las dificultades en la flexibilidad se relacionan con las características tradicionales de masculinidad, ya que se ha reportado que existe relación entre la reactividad emocional (respuestas descontroladas / impulsivas) y la regulación del enojo (siendo una emoción relacionada con las conductas externalizantes) en niños con TDAH (Thorell et al., 2017). Cabe destacar que este estudio en su mayoría fue compuesto por población infantil, padres y madres, a diferencia del nuestro que solo fue conformado por adultos. Lo cual es un factor importante a la hora de medir la regulación emocional en población con TDAH, puesto que los síntomas de TDAH se manifiestan de manera diferente en las distintas etapas de la vida (Zalsman & Shilton, 2016), por lo cual se infiere que la regulación también se presente de manera diferente.

Este hallazgo igualmente se encontró en la muestra de mujeres, con la diferencia de que también reportaron una relación negativa con las características de feminidad, donde las mujeres con más problemas de regulación emocional y de flexibilidad reconocían menos características de feminidad. Lo cual se acerca a lo esperado, ya que se ha reportado que el subtipo de TDAH combinado y el subtipo hiperactivo-impulsivo (es decir, los subtipos que manifiestan conductas externalizantes) presentan más dificultades en la flexibilidad o el cambio (Boshomane et al.,

2021). Sin embargo, se sigue sin encontrar una relación con las características de masculinidad, es decir, las mujeres de este estudio al presentar problemas de regulación emocional y flexibilidad no reconocen las características tradicionales femeninas, pero tampoco las características tradicionales masculinas.

Situación distinta a lo encontrado en automonitoreo, donde éste se relacionó negativamente solo con las características estereotipadas de feminidad. Esto también se encontró en la muestra de mujeres, pero no de hombres. Al parecer, los participantes, independientemente de su sexo asignado al nacer, reconocen menos características de feminidad cuando presentan más problemas de automonitoreo. Esto es parcialmente lo que esperábamos, porque si bien buscábamos encontrar que los problemas de regulación conductual se relacionaran menos características estereotipadas femeninas, también se esperaba que mostraran más características estereotipas masculinas. Pensamos lo anterior, ya que se ha reportado que las dificultades de automonitoreo o autocontrol están relacionadas con las conductas impulsivas (Neef et al., 2001). Resultado muy similar fue encontrado en la muestra de hombres, donde se encontró que los problemas de automonitoreo se relacionaron de manera negativa con las características de masculinidad, es decir, reportan que entre más características masculinas hay menos presencia de problemas de automonitoreo.

A lo que se refiere al control inhibitorio en la muestra total, se encontró una relación negativa con las características estereotipadas de la escala bipolar de masculinidad-feminidad. Entendiendo que el polo donde se sitúan las puntuaciones bajas representa las características masculinas y el polo de las puntuaciones altas representa las características femeninas, por lo cual a mayor presencia de problemas de control inhibitorio hay más características estereotipadas de masculinidad, la cual también fue reportada en la muestra de mujeres. Esto va de acuerdo a lo esperado, ya que al igual que otros estudios se ha reportado que hay una relación entre el TDAH,

el déficit en el control inhibitorio y los problemas de conducta (Kostyrka-Allchorne et al., 2023). A pesar de que el estudio de Kostyrka (2023) fue realizado con niños y niñas con TDAH a diferencia de nuestro trabajo que fue con una muestra de adultos se pudo demostrar congruencia en los resultados. Es decir, que las personas con TDAH suelen presentar problemas para controlar cambios conductuales y entre más problemas de control inhibitorio presenten más reconocen características estereotipadas de masculinidad.

En la muestra de hombres se encontró que el control inhibitorio y el control emocional se relacionaron de manera negativa con las características estereotipadas de masculinidad. Es decir, los hombres que reportan más características masculinas refieren menos presencia de problemas del control inhibitorio y del control emocional. Esto es opuesto a lo esperado, ya que se ha reportado que los problemas en el control inhibitorio se ven reflejados en el comportamiento externalizante y se considera como un indicador importante en la identificación y diagnóstico del TDAH (Jacobson et al., 2018). De igual manera las dificultades de regulación emocional se han visto como una manifestación principal en el trastorno (Shaw et al., 2014) y se suele presentar tanto en problemas de externalización como de internalización (Operto et al., 2021). Esto es relevante, ya que estas características (baja regulación emocional, bajo control inhibitorio y comportamiento externalizante) han sido reportados en mayor medida en población masculina (Jacobson et al., 2018; Operto et al., 2021; Shaw et al., 2014). Una explicación en la diferencia de los resultados obtenidos es que tanto en el estudio de Jacobson (2018) y el de Operto (2021) fueron investigaciones realizadas con niños y adolescentes, teniendo similitud en los criterios de exclusión donde si presentaban comorbilidades con algún trastorno psiquiátrico, neurológico o una condición médica importante eran excluidos. En el caso del estudio de Jacobson, también fue motivo de exclusión el uso de tratamiento farmacológico que no fuera para tratar el TDAH.

Además, ambos estudios tuvieron un grupo control de niños y adolescentes sin TDAH. Por el contrario, aunque en nuestro estudio no fue motivo de exclusión la presencia de otro trastorno psiquiátrico ni el uso de tratamiento farmacológico, no se encontró un efecto con relación a estos.

Regulación emocional y síntomas de TDAH

El análisis de la relación entre la regulación emocional y los síntomas de TDAH se realizó en tres partes: 1) problemas de regulación emocional y síntomas de TDAH, 2) problemas de regulación emocional y subtipos de TDAH, y 3) estrategias de regulación emocional y síntomas de TDAH. De igual manera se consideraron las correlaciones de las tres muestras (todos los participantes, participantes solo mujeres y participantes solo hombres), a excepción de la parte 2, donde solo se analizó la muestra de todos los participantes.

Como era esperado, encontramos que en los tres grupos muestrales (todos los participantes, participantes mujeres y participantes hombres) se relacionaron de manera negativa los problemas de regulación emocional y los síntomas de TDAH. Aunque no hay causalidad, parece ser que en esta muestra las variables presentan relación, ya que cuando aumenta una aumenta la otra, esto quiere decir que entre más problemas de regulación emocional presenten, hay más presencia de síntomas de TDAH. Lo cual es congruente con la literatura, donde se identifican las dificultades de regulación emocional como un factor importante en la manifestación del trastorno (Shaw et al., 2014). Este hallazgo es importante ya que se ha reportado que los síntomas de TDAH en mujeres se les suele atribuir principalmente a problemas emocionales antes que a TDAH (Coles et al., 2012)

Sobre las diferencias entre la regulación emocional y el subtipo de TDAH, se encontró que el subtipo hiperactivo-impulsivo y el subtipo combinado presentan más dificultades de regulación emocional que el subtipo inatento o la falta de presencia de síntomas. lo cual era esperado en

relación con lo reportado en la literatura, donde tanto el subtipo combinado como el subtipo hiperactivo-impulsivo suelen identificarse más rápido y fácilmente porque las dificultades que manifiestan son más evidentes (Rucklidge, 2008).

En relación con las estrategias de regulación emocional y los síntomas de TDAH, encontramos que en la muestra total y de mujeres la estrategia de reevaluación cognitiva y los puntajes del SWAN se correlacionaron significativamente. Esto quiere decir que, a mayor uso de una estrategia de reevaluación cognitiva hay menos presencia de síntomas de TDAH. Esto era esperado, ya que se ha reportado que el uso de la estrategia de reevaluación cognitiva ayuda a disminuir la presencia de síntomas de TDAH (Boehme et al., 2019).

Características del momento diagnóstico en mujeres y hombres con TDAH

En cuanto a las características del momento diagnóstico, se encontraron dos principales similitudes entre las mujeres y hombres participantes de este estudio. La primera es la frecuencia del profesional que diagnostica (siendo el psiquiatra para ambos sexos), lo que es lo esperado ya que se ha reportado que, a diferencia de otros profesionales, el psiquiatra tiene las herramientas para dar el diagnóstico en menos tiempo y usualmente es en una sesión (Aragão et al., 2016).

La segunda similitud es la edad en que recibieron el diagnóstico los participantes, siendo después de los 12 años la edad más frecuente para ambos sexos. Nosotros esperábamos encontrar una diferencia en la edad de diagnóstico, ya que se ha reportado que los hombres suelen recibir el diagnóstico en la infancia a diferencia de las mujeres (Holthe & Langvik, 2017), por lo cual se esperaba que la mayor proporción de infra diagnóstico (después de los 12 años) se encontrará en las participantes mujeres; y que el diagnóstico temprano (antes de los 12 años) se encontrará en los participantes hombres (Young et al., 2020). Además, es importante reconocer que nuestra muestra es principalmente conformada por mujeres, y es posiblemente que esta similitud en la

edad de diagnóstico entre sexos se podría explicar por una semejanza en la expresión del diagnóstico, como, por ejemplo, presentar características más sutiles del TDAH tanto en la muestra de mujeres como de hombres.

Con respecto a las diferencias en las características del momento diagnóstico, se encontró que una mayor proporción de mujeres acude a una evaluación por interés propio, contrario a lo reportado en los hombres, donde la mayoría acudió a evaluación porque alguien más lo sugirió. Siendo lo esperado en relación con la literatura donde hay más tendencia a la referencia por parte de [docentes o padres y madres](#) en el caso de los niños (Groenewald et al., 2009) y más autoreferencia por parte de las mujeres (Simon et al., 2009).

Limitantes

Se reconoce que nuestro trabajo al estar dirigido a una población tan específica como lo son los adultos con TDAH, se enfrentó a distintas limitantes a la hora de planear y ejecutar los instrumentos, donde 1) el modo de aplicación en línea, si bien facilitó la administración de los instrumentos, limitó la supervisión a la hora de la aplicación de los mismos, ya que si hubo dudas en el momento de contestar los cuestionarios, no se aclararon; y 2) el tiempo que tomó responder los cuestionarios pudo resultar una demanda cognitiva mayor a lo que una persona con TDAH está dispuesta hacer, considerando que no había una gratificación o recompensa inmediata. Esto nos lleva a concluir que las personas con un TDAH grave se sintieron menos motivados a participar en una actividad de demanda cognitiva y había más probabilidad de que si participaban abandonaran el estudio, por lo cual, nuestra muestra se limitó a personas que tuvieran un gran interés al estudio y esto se vio reflejado en nuestra muestra que se conformó en su mayoría de mujeres con un diagnóstico en la adultez.

Además, la participación de adultas y adultos que en su mayoría recibieron el diagnóstico en la adultez, dificultó la identificación de conductas externalizantes reflejadas en las características estereotipadas de masculinidad, ya que como se ha reportado, que un factor importante para que una persona no reciba el diagnóstico en la infancia es por la ausencia de conductas externalizantes y la presencia de conductas internalizantes que suelen persistir hasta la adultez (Young et al., 2020). Lo cual sugiere que probablemente no hubo la presencia de conductas externalizantes en nuestra muestra.

Se sugiere para futuras investigaciones: 1) usar cuestionarios que no tomen mucho esfuerzo cognitivo, sino fraccionar la administración de estos y de ser posible supervisar la aplicación ya sea presencial o en línea. 2) tener un grupo homogéneo de referencia que sirva como grupo de comparación, por ejemplo, más adultos y adultas que hayan recibido un diagnóstico en la infancia.

Recursos financieros.

Este protocolo no cuenta con recursos financieros provenientes de alguna institución. Los recursos financieros que pudieron ser requeridos fueron propios a los investigadores del estudio.

Consideraciones éticas

Se proporcionó un consentimiento informado en el que se mencionó los objetivos del estudio, la confidencialidad de los datos personales y la participación voluntaria y anónima al mismo. Este trabajo de tesis forma parte de un protocolo de investigación dirigido por la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT) en el que colabora el Dr. Salvador Trejo García, director de la tesis. Por lo que, las mediciones y procedimientos que se utilizarán fueron evaluados por el comité de ética de la UAT, bajo el folio: 110.

Referencias

- Ahmad, S. I., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2019). Little evidence for late-onset ADHD in a longitudinal sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(1), 112–117. <https://doi.org/10.1037/ccp0000353>
- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience, 15*, 11–25. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a ed.). Medica panamericana.
- Aragão, L., Leôncio, D., Alencar, J., Andrade de Sousa, P., Falcão, J., & Hazin, I. (2016). Diagnosis and treatment of ADHD: Criteria used by different professional categories. *Liberabit, 22*(1), 111–120.
- Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica, 96*(9), 1269–1274. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00430.x>
- Basuela Herrera, E. (2016). BRIEF-A (forma abreviada): Análisis propiedades psicométricas en una muestra española. *Arch Neurocién, 21*(4), 10.
- Becker, R. (2017). Gender and Survey Participation An Event History Analysis of the Gender Effects of Survey Participation in a Probability-based Multi-wave Panel Study with a Sequential Mixed-mode Design. *Methods, data, 29* Pages. <https://doi.org/10.12758/MDA.2021.08>

- Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). ADHD in children and youth: Part 1—Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatrics & Child Health*, *23*(7), 447–453. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy109>
- Belmar, M., Holgado, F. P., Navas, L., Parada, B. V., Facultad de Educación, Departamento de Fundamentos de la Educación, Universidad Católica del Maule, Chile., Facultad de Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España., Facultad de Educación, Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica. Universidad de Alicante, España., & Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Concepción, Chile. (2015). Confiabilidad y validez de la Escala de Déficit Atencional (EDAH) adaptada en estudiantes chilenos. *Salud mental*, *38*(4), 245–252. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.034>
- Boehme, S., Biehl, S. C., & Mühlberger, A. (2019). Effects of Differential Strategies of Emotion Regulation. *Brain Sciences*, *9*(9), 225. <https://doi.org/10.3390/brainsci9090225>
- Boshomane, T. T., Pillay, B. J., & Meyer, A. (2021). Mental flexibility (set-shifting) deficits in children with ADHD: A replication and extension study. *Journal of Psychology in Africa*, *31*(4), 344–349. <https://doi.org/10.1080/14330237.2021.1952637>
- Brites, C., Salgado-Azoni, C. A., Ferreira, T. L., Lima, R. F., & Ciasca, S. M. (2015). Development and applications of the SWAN rating scale for assessment of attention deficit hyperactivity disorder: A literature review. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *48*(11), 965–972. <https://doi.org/10.1590/1414-431x20154528>

- Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A., & Garvan, C. W. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 30*(2), 176–189. <https://doi.org/10.1007/BF02289806>
- Cai, R. Y., Hardan, A. Y., Phillips, J. M., Frazier, T. W., & Uljarević, M. (2021). Brief Report: Emotion Regulation Influences on Internalizing and Externalizing Symptoms Across the Normative-Clinical Continuum. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 693570. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.693570>
- Cardinale, E. M., Subar, A. R., Brotman, M. A., Leibenluft, E., Kircanski, K., & Pine, D. S. (2019). Inhibitory control and emotion dysregulation: A framework for research on anxiety. *Development and Psychopathology, 31*(3), 859–869. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000300>
- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience Letters, 693*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>
- Coles, E. K., Slavec, J., Bernstein, M., & Baroni, E. (2012). Exploring the Gender Gap in Referrals for Children With ADHD and Other Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Attention Disorders, 16*(2), 101–108. <https://doi.org/10.1177/1087054710381481>
- Consejo General de la Psicología de España. (2018). Evaluación del Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva-BRIEF 2. *Consejo General de la Psicología de España*. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2018/BRIEF-2.pdf>
- Curatolo, P., D'Agati, E., & Moavero, R. (2010). The neurobiological basis of ADHD. *Italian Journal of Pediatrics, 36*(1), 79. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-36-79>

- Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: An overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience, 8*. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00175>
- De Rossi, P., Pretelli, I., Menghini, D., D'Aiello, B., Di Vara, S., & Vicari, S. (2022). Gender-Related Clinical Characteristics in Children and Adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Medicine, 11*(2), 385. <https://doi.org/10.3390/jcm11020385>
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(5), 532–538. <https://doi.org/10.1037/a0015808>
- Fernández Olaria, R., & Flórez, J. (S.F). *Funciones ejecutivas: Bases fundamentale*.
- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., & Upadhyaya, H. P. (2014). Underdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adult Patients: A Review of the Literature. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*. <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01600>
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). TEST REVIEW Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology, 6*(3), 235–238. <https://doi.org/10.1076/chin.6.3.235.3152>
- Grimm, O., Kranz, T. M., & Reif, A. (2020). Genetics of ADHD: What Should the Clinician Know? *Current Psychiatry Reports, 22*(4), 18. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1141-x>
- Groenewald, C., Emond, A., & Sayal, K. (2009). Recognition and referral of girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Case vignette study. *Child: Care, Health and Development, 35*(6), 767–772. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00984.x>

- Gross, J. J. (2002). *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences*. 39, 281–291. <https://doi.org/10.1017.S0048577201393198>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Groves, N. B., Kofler, M. J., Wells, E. L., Day, T. N., & Chan, E. S. M. (2020). An Examination of Relations Among Working Memory, ADHD Symptoms, and Emotion Regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(4), 525–537. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00612-8>
- Guo, N., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., Mueller, B. W., Mette, C., Tucha, L., Scherbaum, N., & Tucha, O. (2021). The Role of Self- and Informant-Reports on Symptoms and Impairments in the Clinical Evaluation of Adult ADHD. *Sustainability*, 13(8), 4564. <https://doi.org/10.3390/su13084564>
- Gutman, S. A., Balasubramanian, S., Herzog, M., Kim, E., Swirnow, H., Retig, Y., & Wolff, S. (2020). Effectiveness of a Tailored Intervention for Women With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and ADHD Symptoms: A Randomized Controlled Study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 7401205010p1-7401205010p11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.033316>
- Hayashi, W., Suzuki, H., Saga, N., Arai, G., Igarashi, R., Tokumasu, T., Ota, H., Yamada, H., Takashio, O., & Iwanami, A. (2019). Clinical Characteristics of Women with ADHD in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 15, 3367–3374. <https://doi.org/10.2147/NDT.S232565>

- Hendrickson, N. K., & McCrimmon, A. W. (2019). Test Review: *Behavior Rating Inventory of Executive Function®*, Second Edition (BRIEF®2) by Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. *Canadian Journal of School Psychology*, 34(1), 73–78.
<https://doi.org/10.1177/0829573518797762>
- Hirsch, O., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2019). Emotional dysregulation subgroups in patients with adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A cluster analytic approach. *Scientific Reports*, 9(1), 5639. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42018-y>
- Holt, C. L., & Ellis, Jon. B. (1998). Assessing the Current Validity of the Bem Sex-Role Inventory. *Sex Roles*, 39(11/12), 929–941. <https://doi.org/10.1023/A:1018836923919>
- Holthe, M. E. G., & Langvik, E. (2017). The Strives, Struggles, and Successes of Women Diagnosed With ADHD as Adults. *SAGE Open*, 7(1), 215824401770179.
<https://doi.org/10.1177/2158244017701799>
- Jacobson, L. A., Schneider, H., & Mahone, E. M. (2018). Preschool Inhibitory Control Predicts ADHD Group Status and Inhibitory Weakness in School. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33(8), 1006–1014. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx124>
- JASP. (2022). *JASP Team* (0.16.3). <https://jasp-stats.org/faq/how-do-i-cite-jasp/>
- Kachel, S., Steffens, M. C., & Niedlich, C. (2016). Traditional Masculinity and Femininity: Validation of a New Scale Assessing Gender Roles. *Frontiers in Psychology*, 7.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00956>
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

- Kibby, M. Y., Vadnais, S. A., & Jagger-Rickels, A. C. (2019). Which components of processing speed are affected in ADHD subtypes? *Child Neuropsychology*, *25*(7), 964–979.
<https://doi.org/10.1080/09297049.2018.1556625>
- Knouse, L. E., Hu, X., Sachs, G., & Isaacs, S. (2022). Usability and feasibility of a cognitive-behavioral mobile app for ADHD in adults. *PLOS Digital Health*, *1*(8), e0000083.
<https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000083>
- Kok, F. M., Groen, Y., Fuermaier, A. B. M., & Tucha, O. (2016). Problematic Peer Functioning in Girls with ADHD: A Systematic Literature Review. *PLOS ONE*, *11*(11), e0165119.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165119>
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., Edvinsson, D., Fayyad, J., Foeken, K., Fitzgerald, M., Gaillac, V., Ginsberg, Y., Henry, C., Krause, J., Lensing, M. B., Manor, I., Niederhofer, H., Nunes-Filipe, C., Ohlmeier, M. D., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 67.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67>
- Kostyrka-Allchorne, K., Wass, S. V., Yusuf, H., Rao, V., Bertini, C., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2023). Inhibitory deficits and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: How are they related to effortful control? *British Journal of Developmental Psychology*, *41*(1), 50–65. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12432>
- Lakes, K. D., Swanson, J. M., & Riggs, M. (2012). The Reliability and Validity of the English and Spanish Strengths and Weaknesses of ADHD and Normal Behavior Rating Scales in a Preschool Sample: Continuum Measures of Hyperactivity and Inattention. *Journal of Attention Disorders*, *16*(6), 510–516. <https://doi.org/10.1177/1087054711413550>

- Landis, T. D., Garcia, A. M., Hart, K. C., & Graziano, P. A. (2021). Differentiating Symptoms of ADHD in Preschoolers: The Role of Emotion Regulation and Executive Function. *Journal of Attention Disorders, 25*(9), 1260–1271. <https://doi.org/10.1177/1087054719896858>
- Lantrip, C., Isquith, P. K., Koven, N. S., Welsh, K., & Roth, R. M. (2016). Executive Function and Emotion Regulation Strategy Use in Adolescents. *Applied Neuropsychology: Child, 5*(1), 50–55. <https://doi.org/10.1080/21622965.2014.960567>
- Lau, T. W. I., Lim, C. G., Acharryya, S., Lim-Ashworth, N., Tan, Y. R., & Fung, S. S. D. (2021). Gender differences in externalizing and internalizing problems in Singaporean children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 15*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00356-8>
- Mahone, E. M., & Denckla, M. B. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society, 23*(9–10), 916–929. <https://doi.org/10.1017/S1355617717000807>
- Mahone, E. M., & Wodka, E. L. (2008). The neurobiological profile of girls with ADHD. *Developmental Disabilities Research Reviews, 14*(4), 276–284. <https://doi.org/10.1002/ddrr.41>
- Maldonado Belmonte, M. J. (2016). *Adaptación del BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function) a población española y su utilidad para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención-hiperactividad subtipos inatento y combinado.*
- Materna, L., Wiesner, C. D., Shushakova, A., Trieloff, J., Weber, N., Engell, A., Schubotz, R. I., Bauer, J., Pedersen, A., & Ohrmann, P. (2019). Adult patients with ADHD differ from

- healthy controls in implicit, but not explicit, emotion regulation. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 44(5), 340–349. <https://doi.org/10.1503/jpn.180139>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- McRae, K., Gross, J. J., Weber, J., Robertson, E. R., Sokol-Hessner, P., Ray, R. D., Gabrieli, J. D. E., & Ochsner, K. N. (2012). The development of emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(1), 11–22. <https://doi.org/10.1093/scan/nsr093>
- Meyer, B. J., Stevenson, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Sex Differences in the Meaning of Parent and Teacher Ratings of ADHD Behaviors: An Observational Study. *Journal of Attention Disorders*, 24(13), 1847–1856. <https://doi.org/10.1177/1087054717723988>
- Möller-Leimkühler, A. M., & Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders*, 121(1–2), 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.007>
- Morales-Hidalgo, P., Hernández-Martínez, C., Vera, M., Voltas, N., & Canals, J. (2017). Psychometric properties of the Conners-3 and Conners Early Childhood Indexes in a Spanish school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 85–96. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.07.003>
- Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E., & Asherson, P. (2019). Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 272, 765–773. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., & Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological

treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 481–489.

<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>

Neef, N. A., Bicard, D. F., & Endo, S. (2001). ASSESSMENT OF IMPULSIVITY AND THE DEVELOPMENT OF SELF-CONTROL IN STUDENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(4), 397–408. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-397>

Nora Grañana, Alba Richaudeau, Carlos Robles Gorriti, Martín O’Flaherty, María Elena Scotti, Lucila Sixto, Ricardo Allegri, & Natalio Fejerman. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: La escala SNAP IV adaptada a la Argentina. 2011, 29, 344–349.

O’Brien, J. W., Dowell, L. R., Mostofsky, S. H., Denckla, M. B., & Mahone, E. M. (2010). Neuropsychological Profile of Executive Function in Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(7), 656–670. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq050>

Olalde-Mathieu, V. E., Haquet, G. L., Reyes-Aguilar, A., & Barrios, F. A. (2021). *Evaluation of the validity of the Emotional Regulation Questionnaire in a Mexican sample and their correlation with empathy and alexithymia* [Preprint]. PsyArXiv.

<https://doi.org/10.31234/osf.io/dhnfv>

Operto, F. F., Smirni, D., Scuoppo, C., Padovano, C., Vivenzio, V., Quatrosi, G., Carotenuto, M., Precenzano, F., & Pastorino, G. M. G. (2021). Neuropsychological Profile, Emotional/Behavioral Problems, and Parental Stress in Children with Neurodevelopmental Disorders. *Brain Sciences*, 11(5), 584.

<https://doi.org/10.3390/brainsci11050584>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión*.
- Owens, E. B., Zalecki, C., Gillette, P., & Hinshaw, S. P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(7), 723–736. <https://doi.org/10.1037/ccp0000217>
- Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., Piqueras, J. A., & Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 23*, 109–120.
- Ptacek, R., Weissenberger, S., Braaten, E., Klicperova-Baker, M., Goetz, M., Raboch, J., Vnukova, M., & Stefano, G. B. (2019). Clinical Implications of the Perception of Time in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Review. *Medical Science Monitor, 25*, 3918–3924. <https://doi.org/10.12659/MSM.914225>
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Women and Girls: Uncovering This Hidden Diagnosis. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*. <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Quinn, P., & Wigal, S. (2004). Perceptions of girls and ADHD: Results from a national survey. *MedGenMed: Medscape General Medicine, 6*(2), 2.
- Richarte, V., Corrales, M., Pozuelo, M., Serra-Pla, J., Ibáñez, P., Calvo, E., Corominas, M., Bosch, R., Casas, M., & Ramos-Quiroga, J. A. (2017). Validación al español de la ADHD Rating Scale (ADHD-RS) en adultos: Relevancia de los subtipos clínicos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 10*(4), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.06.003>

- Rucklidge, J. J. (2008). Gender differences in ADHD: Implications for psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(4), 643–655.
<https://doi.org/10.1586/14737175.8.4.643>
- Runge, T. E., Frey, D., Gollwitzer, P. M., Helmreich, R. L., & Spence, J. T. (1981). Masculine (Instrumental) and Feminine (Expressive) Traits: A Comparison between Students in the United States and West Germany. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 12(2), 142–162. <https://doi.org/10.1177/0022022181122002>
- Seixas, R., Pignault, A., & Houssemand, C. (2021). Emotion regulation questionnaire-adapted and individual differences in emotion regulation. *Europe's Journal of Psychology*, 17(1), 70–84. <https://doi.org/10.5964/ejop.2755>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13(1), 298. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Stibbe, T., Huang, J., Paucke, M., Ulke, C., & Strauss, M. (2020). Gender differences in adult ADHD: Cognitive function assessed by the test of attentional performance. *PLOS ONE*, 15(10), e0240810. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240810>

- Surman, C. B. H., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 5*(3), 273–281. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0100-8>
- Swanson, J. M., Schuck, S., Porter, M. M., Carlson, C., Hartman, C. A., Sergeant, J. A., Clevenger, W., Wasdell, M., McCleary, R., Lakes, K., & Wigal, T. (2012). Categorical and Dimensional Definitions and Evaluations of Symptoms of ADHD: History of the SNAP and the SWAN Rating Scales. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment, 10*(1), 51–70.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Thorell, L. B., Sjöwall, D., Diamatopoulou, S., Rydell, A.-M., & Bohlin, G. (2017). Emotional functioning, ADHD symptoms, and peer problems: A longitudinal investigation of children age 6-9.5 years: Emotional functioning, ADHD symptoms and peer problems. *Infant and Child Development, 26*(4), e2008. <https://doi.org/10.1002/icd.2008>
- Tripp, G., & Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology, 57*(7–8), 579–589. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2009.07.026>
- Vergara, A. I., & Paez, D. (1993). Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género. *Psicología Social, 8*(2), 133–152.
- Villemonteix, T., De Brito, S. A., Slama, H., Kavec, M., Balériaux, D., Metens, T., Baijot, S., Mary, A., Peigneux, P., & Massat, I. (2015). Grey matter volume differences associated with gender in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A voxel-based

morphometry study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *14*, 32–37.

<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.06.001>

Welkie, J., Babinski, D. E., & Neely, K. A. (2021). Sex and Emotion Regulation Difficulties Contribute to Depression in Young Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychological Reports*, *124*(2), 596–610.

<https://doi.org/10.1177/0033294120918803>

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., Skirrow, C., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 404.

<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>

Zalsman, G., & Shilton, T. (2016). Adult ADHD: A new disease? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *20*(2), 70–76.

<https://doi.org/10.3109/13651501.2016.1149197>

Zelkowitz, R. L., & Cole, D. A. (2016). Measures of emotion reactivity and emotion regulation: Convergent and discriminant validity. *Personality and Individual Differences*, *102*, 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.045>

Zhang, Y., & Bian, Y. (2020). Emotion Regulation Questionnaire for Cross-Gender Measurement Invariance in Chinese University Students. *Frontiers in Psychology*, *11*, 569438. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.569438>