

Saray Muñoz Olmos

**EL TDAH EN MUJERES: BARRERAS DIAGNÓSTICAS Y CONSENSO
PROFESIONAL PARA SU DETECCIÓN**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por el Dr. Jorge-Manuel Dueñas

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2026

RESUMEN

Identificar el TDAH en mujeres adultas todavía presenta muchas barreras en la práctica clínica actual. Ante este problema, el presente trabajo de fin de grado plantea diseñar una guía práctica para optimizar su detección como objetivo principal. Para lograrlo, primero se realizó una revisión de la literatura científica. Después se aplicó el método Delphi con un panel de expertos de 14 personas. El procedimiento final se estructuró en dos rondas: una recogida de datos con preguntas abiertas y la evaluación posterior de 33 ítems mediante una escala Likert.

En cuanto a los resultados, se alcanzó consenso en todos los ítems, con porcentajes de acuerdo de entre el 79% y el 100%. Este acuerdo entre expertos resultó coherente con las hipótesis planteadas y permitió avanzar en la estructura de la guía práctica. Entre los hallazgos principales encontramos el enmascaramiento (*masking*) como una de las barreras más importantes que retrasan el diagnóstico. También hay evidencias de que la confusión con los trastornos del estado de ánimo es uno de los errores clínicos más frecuentes en este perfil de TDAH.

La propuesta final reúne en una sola herramienta los resultados obtenidos. Esta guía práctica para el diagnóstico del TDAH en mujeres integra señales de alerta, un protocolo de evaluación y una checklist creada a partir del DSM-5-TR y las aportaciones del panel de expertos. Su propósito es únicamente orientativo.

Palabras clave: TDAH, mujeres adultas, infradiagnóstico, *masking*, método Delphi.

RESUM

Identificar el TDAH en dones adultes encara presenta moltes barreres en la pràctica clínica actual. Davant aquest problema, el present treball de fi de grau planteja dissenyar una guia pràctica per a optimitzar la seva detecció com a objectiu principal. Per a aconseguir-ho, primer es va realitzar una revisió de la literatura científica. Després es va aplicar el mètode Delphi amb un panell d'experts de 14 persones. El procediment final es va estructurar en

dues rondes: una recollida de dades amb preguntes obertes i l'avaluació posterior de 33 ítems mitjançant una escala Likert.

Quant als resultats, es va assolir consens en tots els ítems, amb percentatges d'acord d'entre el 79% i el 100%. Aquest acord entre experts va resultar coherent amb les hipòtesis plantejades i va permetre avançar en l'estructura de la guia pràctica. Entre les troballes principals trobem l'emascament (masking) com una de les barreres més importants que retarden el diagnòstic. També hi ha evidències que la confusió amb els trastorns de l'estat d'ànim és un dels errors clínics més freqüents en aquest perfil de TDAH.

La proposta final reuneix en una sola eina els resultats obtinguts. Aquesta guia pràctica per al diagnòstic del TDAH en dones integra senyals d'alerta, un protocol d'avaluació i una checklist creada a partir del DSM-5-TR i les aportacions del panell d'experts. El seu propòsit és únicament orientatiu.

Paraules clau: TDAH, dones adultes, infradiagnòstico, masking, mètode Delphi.

ABSTRACT

Identifying ADHD in adult women still presents many challenges in current clinical practice. Considering this problem, the primary objective of this undergraduate thesis is to design a practical guide to optimize its detection. To achieve this, a review of the scientific literature was first conducted. The Delphi method was then applied with a panel of 14 experts. The final procedure was structured in two rounds: data collection using open-ended questions, followed by the evaluation of 33 items using a Likert scale.

Regarding the results, consensus was reached on all items, with agreement percentages ranging from 79% to 100%. This expert agreement was consistent with the hypotheses and made it possible to advance the structure of the practical guide. Among the main findings, masking was identified as one of the most significant barriers to delaying diagnosis. There is also evidence that confusion with mood disorders is one of the most frequent clinical errors in this ADHD profile.

The final proposal brings together the results obtained into a single tool. This practical guide for the diagnosis of ADHD in women combines warning signs, an assessment protocol, and a checklist based on the DSM-5-TR and the contributions of the expert panel. Its purpose is solely for guidance.

Keywords: ADHD, adult women, underdiagnosis, masking, Delphi method.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. DEFINICIÓN DEL TDAH	6
2.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA:	7
2.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	8
2.4. PREVALENCIA EN ADULTOS:	11
2.5. BASES NEUROLÓGICAS:	12
2.6. TDAH EN MUJERES ADULTAS: ESPECIFICIDADES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS:	13
2.7. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	16
3. OBJETIVOS	17
4. METODOLOGÍA	18
4.1. PARTICIPANTES	19
4.2. INSTRUMENTOS	21
4.2.1. Cuestionario de preguntas abiertas	21
4.2.2. Cuestionario tipo Likert	21
4.2.3. Herramientas digitales	22
4.3. PROCEDIMIENTO	22
4.4. ANÁLISIS DE DATOS	23
5. RESULTADOS	25
5.1. RESULTADOS PRIMERA RONDA	25
5.2. RESULTADOS SEGUNDA RONDA	28
6. DISCUSIÓN	35
7. LIMITACIONES	38
8. BIBLIOGRAFÍA	39
9. ANEXO:	47

1. INTRODUCCIÓN

Durante estos años, el TDAH en mujeres adultas ha sido un tema muy hablado y se ha visto que muchas de estas mujeres reciben el diagnóstico tarde o pasan años sin ser identificadas, a pesar de las dificultades reales que presentan en distintos ámbitos de su vida (Attoe & Climie, 2023; Hinshaw et al., 2022).

Este mismo interés ha hecho que se empezara a cuestionar si los modelos diagnósticos son realmente adecuados y ha aumentado la investigación sobre cómo se manifiesta el trastorno en las mujeres, las estrategias de compensación (*masking*) y las barreras para detectarlo.

Teniendo esto en cuenta, este trabajo busca analizar el diagnóstico del TDAH en mujeres adultas adoptando una perspectiva de género. Para ello, se revisa la literatura científica sobre sus características clínicas y, a partir de ahí, se desarrolla una guía práctica utilizando el método Delphi. La elección del tema responde tanto a la relevancia clínica del problema como a una motivación personal, al formar parte de esa misma población, lo que ha dado a este trabajo un compromiso añadido.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN DEL TDAH

Las manifestaciones del TDAH irrumpen ya en las primeras etapas de la infancia, consolidándose como uno de los trastornos del neurodesarrollo con mayor prevalencia (American Psychiatric Association, 2014). Normalmente, su detección clínica se ha focalizado en la inatención, impulsividad y hiperactividad.

Sin embargo, su impacto real excede cualquier muestra de inquietud motora o de una simple distracción. Detrás de esta complejidad clínica hay una etiología donde interactúan, de forma combinada, variables neurobiológicas, genéticas y de carácter ambiental (Faraone et al., 2021).

Aportaciones como las de Brown (2008) constatan que el trastorno afecta a las funciones ejecutivas, deteriorando la planificación, la organización, la

gestión del tiempo y la regulación emocional en distintos entornos. Ante la ausencia de un diagnóstico, es habitual que aparezca un estado de desbordamiento psicológico.

Por último, un factor crítico, clave en este estudio, es la variabilidad de la expresión sintomática en función del género, lo que cuestiona los modelos de evaluación vigentes, fundamentados casi por completo en muestras masculinas (Attoe & Climie, 2023; Hinshaw et al., 2022). Y eso, como se verá a lo largo de este trabajo, tiene consecuencias clínicas relevantes.

2.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El TDAH no es un trastorno reciente, sino que tiene una larga historia y presenta cambios frecuentes en cuanto a su conceptualización y criterios diagnósticos.

El inicio más importante se remonta a George Still, quien en el año 1902 marcó un antes y un después. Uno de los hilos fundamentales fue un estudio formado por 43 niños (la gran mayoría varones) con dificultades persistentes de inatención, regulación de la conducta y sin ningún déficit intelectual (Barkley & Peters, 2012). Los síntomas utilizados para identificarlos fueron la agresividad, la hostilidad y la impulsividad, conductas que a menudo se han asociado a los varones, mientras que las niñas debían aprender desde pequeñas a suprimirlas (Lange et al., 2010; Rapoport & Groenman, 2025). Actualmente, nos ha permitido observar que el sesgo de género ha prolongado la generalización de hallazgos basados en participantes predominantemente masculinos a todas las personas con TDAH.

No fue hasta la llegada del DSM-5 en 2013 que se produjeron cambios muy relevantes para la población adulta, ya que se reconoció abiertamente que el trastorno no desaparece al alcanzar la adultez y se aumentó la edad de aparición de los síntomas hasta los 12 años (American Psychiatric Association, 2014).

Estas modificaciones han permitido identificar muchos adultos, entre ellos mujeres, que habían estado sin diagnóstico durante años. Por lo tanto, esta evolución histórica nos ayuda a comprender los sesgos de género que aún

persisten en el diagnóstico actual y justifica la necesidad del objetivo principal de este trabajo.

2.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Actualmente, para poder realizar la evaluación clínica se utilizan manuales como la CIE-11, DSM-5 y el DSM-5-TR, los cuales comparten una conceptualización clínica muy similar del TDAH (First et al., 2021). De hecho, para el desarrollo de este trabajo, se ha utilizado como referencia sobre todo el DSM-5-TR (Badia, 2024). Esto se debe a que en comparación con su versión original (DSM-5), esta última revisión profundiza mucho más en cómo se manifiestan los síntomas según la edad y habla sobre la diferencia de género, reduciendo así el sesgo en la consulta, aspecto que algunas versiones anteriores dejaban bastante de lado (Koutsoklenis & Honkasilta, 2023). Por lo tanto, según las pautas oficiales del DSM-5-TR, los criterios diagnósticos son:

1. Debe de presentarse un mínimo de 5 síntomas (ya sea de inatención, hiperactividad/impulsividad o combinados) para personas a partir de 17 años.
2. Los síntomas deben estar presentes durante al menos seis meses.
3. Varias de las manifestaciones debieron aparecer antes de los 12 años.
4. Los síntomas tienen que interferir en dos o más entornos (como el trabajo, los estudios o la familia).
5. Las alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Una vez se ha establecido los criterios generales del diagnóstico, el DSM-5-TR clasifica el trastorno en tres presentaciones en función del patrón sintomático que más predomina. Se habla de presentaciones y no de subtipos porque los síntomas son fluidos y pueden cambiar a lo largo de la vida (Cortese et al., 2025).

- **Presentación predominante inatenta (TDAH-I):** Se diagnostica cuando predominan los síntomas de inatención y no se alcanza el umbral clínico de hiperactividad-impulsividad (Badia, 2024). Es la más relevante en este trabajo, ya que las mujeres tienen más probabilidades de presentar síntomas inatentos, lo que las hace menos

visibles clínicamente y menos susceptibles a ser derivadas a una evaluación (Attoe & Climie, 2023). Se trata del perfil que está siendo más infradiagnosticado.

- **Presentación predominante hiperactiva-impulsiva (TDAH-HI):** Se suele diagnosticar cuando predominan los síntomas del apartado de hiperactividad e impulsividad sin que llegue a cumplir el umbral de inatención (Badia, 2024). Es menos frecuente en mujeres adultas, ya que la hiperactividad motora tiende a transformarse con la edad en inquietud interna o hiperverbalidad (Cortese et al., 2025).
- **Presentación combinada (TDAH-C):** Se diagnostica cuando se cumplen simultáneamente los umbrales de ambas dimensiones (Badia, 2024). Puede pasar desapercibida precisamente porque los síntomas hiperactivos-impulsivos se manifiestan de forma internalizada y no disruptiva.

A pesar de esta clasificación oficial, hay limitaciones en la práctica clínica por esta división. Según Gomez et al. (2023), hay “una partición de los síntomas de hiperactividad e impulsividad en subdimensiones” (p.138, traducción propia). Hay unas implicaciones clínicas relevantes, ya que se sugiere que la impulsividad podría ser uno de los factores latentes clave que subyacen a las distintas expresiones del trastorno, y que mantenerlos fusionados en una misma categoría puede limitar la comprensión y la evaluación (Gomez et al., 2023). Esta distinción es importante para las mujeres adultas, que muestran un perfil predominante inatento con síntomas de impulsividad más internalizada que la hiperactividad motora visible en hombres (Attoe & Climie, 2023).

La variabilidad en la expresión de estas tres presentaciones, especialmente en función del género, tiene una consecuencia directa en el proceso diagnóstico. Comprender qué síntomas predominan en mujeres adultas y cómo difieren del perfil clásico masculino es el punto de partida imprescindible para construir una evaluación ajustada.

Sin embargo, aun con los avances que se han incorporado en el DSM-5-TR, las mujeres adultas con TDAH siguen sin estar del todo reconocidas tanto en la clínica como en la literatura (Becker, 2025). Por este motivo, se vuelve

fundamental operacionalizar los criterios del manual desde una perspectiva de género como se observa en la **Tabla 1** .

Tabla 1

Síntomas del TDAH según el DSM-5-TR y su manifestación frecuente en mujeres adultas.

Dimensión	Síntomas según DSM-5-TR	Manifestaciones frecuentes en mujeres adultas
Inatención	Dificultad para mantener la atención.	Internalizada y menos visible clínicamente.
	Dificultad para organizar tareas y actividades.	Estrategias compensatorias de alto coste emocional.
	Evitación de tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.	Procrastinación como mecanismo de evitación.
	Errores por descuido u olvido.	Sentimientos de culpa, vergüenza y autocrítica persistente.
Hiperactividad / Impulsividad	Sensación interna de inquietud.	Hiperactividad internalizada y dificultad para desconectar mentalmente.
	Hablar en exceso.	Impulsividad verbal
	Actuar sin pensar en las consecuencias.	Impulsividad emocional, especialmente en contextos interpersonales.
	Dificultad para esperar el turno o inhibir respuestas.	Se inhibe por expectativas sociales de género e inquietud mental.

Nota. *Elaboración propia a partir de .Attoe & Climie, (2023); Badia, (2024); Kandeğer et al., (2024); Oguchi et al., (2021); Young et al., (2020).*

2.4. PREVALENCIA EN ADULTOS

Los datos de prevalencia son fundamentales para dar visibilidad estadística a las mujeres adultas que presentan TDAH, pero se quedan fuera de los registros oficiales.

Tradicionalmente, los estudios estimaban que este cuadro afectaba a un 2,5% de los adultos a nivel global (Song et al., 2021). Este porcentaje ha aumentado en los últimos años debido a que en las consultas se han empezado a identificar perfiles que antes eran totalmente invisibles. La revisión de Ayano y colaboradores (2024) deja ver con claridad el alcance del cambio. Es, de hecho, el análisis más amplio realizado hasta ahora, con información procedente de más de 21 millones de adultos. A partir de esos datos, estimaron que la prevalencia actual ronda el 3,10% (IC 95%: 2,60–3,60%).

En España, la estimación ronda el 3,3% en adultos (Merino et al., 2024). Sin embargo, la prevalencia registrada en atención primaria es muy inferior: Aragonès et al. (2010) la situaron en torno al 0,5%. El contraste entre ambas cifras, procedentes de estudios y momentos distintos, sugiere que la mayor parte de los casos permanece sin diagnosticar y apunta a importantes limitaciones del sistema sanitario. Además, un estudio longitudinal de trece años sobre el uso de medicación para el TDAH en cinco países europeos mostró un crecimiento sostenido, siendo las mujeres adultas el grupo donde más se incrementó su uso (Li et al., 2026).

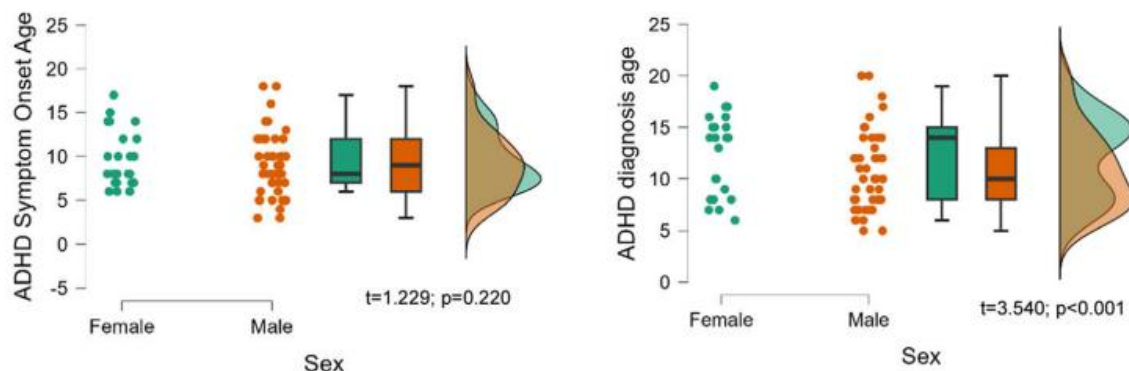
Si se separan los datos por sexo, durante la infancia los niños reciben el diagnóstico casi el doble de veces que las niñas, con una prevalencia aproximada del 10% frente al 5%, respectivamente (Ayano et al., 2023). Sin embargo, en la edad adulta esta diferencia se reduce hasta aproximadamente una ratio de 1:1 (Attoe & Climie, 2023), lo que sugiere que muchas mujeres llegan a la adultez sin haber sido identificadas. De hecho, Skoglund et al. (2024), con más de 85.000 personas con TDAH, encontraron que las mujeres tardaban una media de cuatro años más en recibir un diagnóstico, no por no acudir a consulta, sino porque sistemáticamente eran etiquetadas como ansiosas o depresivas.

En España, Mestres et al. (2025) vieron la misma situación al estudiar a 900 adultos en el Hospital Vall d'Hebron. Su análisis añadió que, por culpa de este retraso acumulado, cuando las mujeres entran por fin en las unidades de salud mental, sufren una mayor gravedad clínica y afecta su funcionamiento diario.

Los datos de la **Figura 1** ilustran visualmente este desfase temporal. Si nos fijamos en el momento en el que aparecen los primeros síntomas del trastorno, la edad no cambia prácticamente nada entre sexos ($p=0,220$). En cambio, cuando miramos la fecha del diagnóstico oficial, aparece una diferencia significativa ($p < 0,001$). El sistema detecta y etiqueta a los hombres mucho antes, dejando a la mujer desprotegida durante años.

Figura 1

Edad de inicio de síntomas y edad de diagnóstico del TDAH según el género.



Nota. Tomada de "Sex differences in Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based study", por Mestres et al. (2025) *European Psychiatry*, 68(1), p.4.

2.5. BASES NEUROLOGICAS

Los últimos hallazgos científicos aportan una visión mucho más exacta sobre las estructuras cerebrales y las bases neurobiológicas vinculadas al TDAH, evidenciando diferencias relevantes entre hombres y mujeres (Kooij et al., 2025).

Nivel estructural:

Se observa una pérdida de volumen y alteraciones en la conectividad funcional de los circuitos frontoestriatales, esenciales para regular la conducta, inhibir impulsos y planificar acciones (Cupertino et al., 2020)

Este cambio estructural se vuelve aún más complejo al introducir la variable del sexo. De hecho, la neuroimagen revela que el patrón de conectividad fronto-subcortical de las niñas difiere del de los niños, dejando huellas diagnósticas bastante más visibles en el cerebro femenino (Rosch et al., 2018).

Nivel neuroquímico:

La atención, el estado de alerta y algo tan básico como la motivación dependen de los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico (Campo et al., 2011). Pero en las mujeres esto no es estático. Sus neurotransmisores están condicionados por las fluctuaciones hormonales que traen el ciclo menstrual, un embarazo o la menopausia.

Wynchank et al. (2025) dejan claro que el descenso repentino de estrógenos en la fase premenstrual empeora drásticamente el cuadro clínico. En cambio, cuando el estrógeno sube, la concentración y las funciones cognitivas experimentan un alivio temporal. El problema real de estos altibajos es que afectan tanto al diagnóstico como al ajuste de la medicación (Jong et al., 2023). Detrás de esto hay una explicación puramente biológica: estrógenos y progesterona regulan la disponibilidad de dopamina en la corteza prefrontal (Osianlis et al., 2025).

Por eso, asumir que la neurobiología del TDAH es idéntica en ambos sexos es un error; ignorar el factor hormonal sesga por completo la práctica clínica con mujeres.

2.6. TDAH EN MUJERES ADULTAS: ESPECIFICIDADES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS

A lo largo de los apartados anteriores se ha ido formando un argumento que este punto recogerá de forma directa: las mujeres adultas con TDAH no son un grupo minoritario ni atípico dentro del trastorno, sino que es un perfil clínico que cuenta con características propias (Hinshaw et al., 2022).

El enmascaramiento o “*masking*”

Uno de los conceptos que más ha ganado peso en las literaturas recientes es el de “*masking*”; esta palabra hace referencia al conjunto de estrategias (agendas, alarmas, listas, perfeccionismo, etc.), ya sean

conscientes o inconscientes, que una persona ha desarrollado para ocultar sus dificultades y adaptarse al entorno (Attoe & Climie, 2023). En mujeres con TDAH, Martínez et al. (2026) señalan que la socialización femenina refuerza desde la infancia la conducta adaptada y penaliza la disruptiva. Esto lleva a muchas niñas a compensar sus dificultades, a aparentar funcionalidad e internalizar sus problemas como fallos propios.

En la adultez, esto causa que el TDAH sea externamente invisible, es decir, hay ausencia de conductas disruptivas, pero sí una presencia de agotamiento crónico derivado del sobreesfuerzo y deterioros tanto en la salud mental como en la calidad de vida (Hinshaw et al., 2022; Holden & Kobayashi-Wood, 2025).

Barreras diagnósticas

Martínez et al. (2026), identifican las principales barreras diagnósticas en mujeres adultas con TDAH:

- La falta de formación específica de los profesionales sanitarios sobre la presentación femenina del trastorno.
- El uso de los criterios diagnósticos desarrollados a partir de muestras predominantes masculinas.
- La tendencia a diagnosticar primero con ansiedad o depresión sin realizar una exploración del TDAH subyacente.

A estas barreras se suma el sesgo de género implícito en la práctica clínica. Becker (2025) señala que, ante una mujer que describe dificultades atencionales, desorganización o agotamiento emocional, el profesional tiende a orientar el diagnóstico hacia un trastorno del estado de ánimo antes que un TDAH.

Impacto del diagnóstico tardío

Holden & Kobayashi-Wood (2025) documentaron que las mujeres diagnosticadas tardíamente habían internalizado durante años críticas externas, desarrollando culpa, baja autoestima y una sensación persistente de fracaso personal. Esta tardanza diagnóstica pasa, además, una factura clínica muy alta de comorbilidades. Al compararlas con quienes recibieron la detección en la infancia, estas mujeres registran tasas considerablemente

más elevadas de ansiedad, depresión y trastornos del sueño (Fuller-Thomson et al., 2016; Hinshaw et al., 2022; Mestres et al., 2025). Estos datos evidencian que los años de invisibilidad no resultan neutros en absoluto, sino que provocan un daño profundamente acumulado sobre la salud mental femenina.

Comorbilidades y diagnóstico diferencial

1. En mujeres adultas con TDAH hay una alta presencia de comorbilidades; hasta el 80% presentan al menos un trastorno psiquiátrico adicional (Choi et al., 2022). Las más frecuentes son:
 1. Trastornos de ansiedad → 36% (Ramalheira et al., 2025).
 2. Depresión mayor → 29% (Ramalheira et al., 2025).
 3. Trastornos del sueño → Aproximadamente 60% (van der Ham et al., 2024).
 4. Trastorno de conducta alimentaria → 42,6% (Ruiz Feliu et al., 2022)

Un dato que merece atención es la direccionalidad de estas comorbilidades. Es decir, no siempre aparecen como consecuencia del TDAH no tratado; en algunos casos son comorbilidades que vienen dadas desde el inicio, mientras que en otros casos se desarrollan como resultado de sobre esfuerzo acumulado, el agotamiento crónico y los años de incomprensión (Agnew-Blais, 2024). Es importante entender que tratar únicamente la comorbilidad sin hacer una exploración exhaustiva no resuelve el problema de fondo.

En cuanto al diagnóstico diferencial, la dificultad principal radica en el solapamiento sintomático. Alarachi et al. (2024) señalan que el elemento diferenciador clave es la trayectoria temporal:

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:** Las dificultades atencionales y ejecutivas están presentes desde la infancia y en múltiples contextos.
- **Trastornos del estado de ánimo:** Tienden a aparecer de formas más episódicas.

Aun así, en la práctica ambas condiciones frecuentemente coexisten (Fu et al., 2025; Katzman et al., 2017).

En resumen, toda esta información nos justifica la necesidad que hay de contar con herramientas diagnósticas diseñadas para esta población, que tengan en cuenta también los mecanismos de enmascaramiento, las presentaciones internalizadas y el contexto vital de las mujeres adultas.

2.7. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La evaluación

Hoy en día, el diagnóstico del TDAH carece de una prueba analítica o psicométrica capaz de validarlo de forma aislada; se trata, por lo tanto, de un proceso puramente clínico(Consejería de Salud, 2017). Para llevarlo a cabo en la edad adulta, los profesionales combinan diferentes herramientas según la fase de la evaluación (Ver **Tabla 2**).

Tabla 2

Principales instrumentos de evaluación del TDAH en adultos.

Herramienta	Tipo	Función
ASRS-v1.1	Autoinforme de cribado	Instrumento de cribado de referencia. Versión reducida de 6 ítems.
DIVA-5	Entrevista semiestructurada	Confirmación diagnóstica.
ADHD-RS	Autoinforme	Evalúa sintomatología actual según criterios DSM
WURS-25	Autoinforme retrospectivo	Valoración de síntomas en la infancia

Nota. Elaboración propia a partir de (J.A. Ramos-Quiroga et al., 2009; Kooij et al., 2019; M F Ward et al., 1993; Macey, 2003; Vallejo-Valdivielso et al., 2019)

Sin embargo, es importante considerar que estos instrumentos se desarrollaron principalmente a partir de muestras masculinas y los

profesionales, pueden infravalorar la presencia de los síntomas en la infancia (Platania et al., 2025).

El proceso diagnóstico

En España, el recorrido que sigue una persona adulta hasta llegar a un diagnóstico de TDAH arranca, habitualmente, en atención primaria. Allí, si el médico de familia tiene sospecha clínica, puede aplicar, por ejemplo, la ASRS como primera herramienta de cribado y, después, derivar a la Unidad de Salud Mental (López Carabaño et al., 2024).

En unidades especializadas, el proceso incluye una entrevista clínica completa centrada en la historia del desarrollo, el funcionamiento académico, laboral y social, así como antecedentes familiares (Quiroga et al., 2006). Posteriormente, se utilizan entrevistas diagnósticas como la DIVA-5 y se evalúan posibles comorbilidades (Kooij & Francken, 2019; Quiroga et al., 2006).

Finalmente, el profesional integra toda esa información para determinar si se cumplen los criterios del DSM-5. En mujeres adultas, este último paso requiere especial atención porque, como ya se ha visto, la ausencia de hiperactividad motora visible puede llevar a descartar erróneamente un diagnóstico que sí está ahí (Attoe & Climie, 2023). Una vez, confirmado, el abordaje terapéutico combina intervención farmacológica, tanto estimulante como no estimulante, y terapia cognitivo-conductual, que cuenta con una mayor evidencia en adultos con TDAH (Y. Li & Zhang, 2024).

En conjunto, todo lo expuesto justifica la necesidad de desarrollar herramientas diagnósticas específicas para mujeres adultas con TDAH que incorporen una perspectiva de género y atención a los mecanismos de enmascaramiento, objetivo central del presente trabajo.

3. OBJETIVOS

Este trabajo de fin de grado tiene como objetivo general elaborar una guía práctica para el diagnóstico del TDAH, específicamente en mujeres adultas mediante el método Delphi.

Además, se tuvieron en cuenta otros objetivos más específicos para poder llegar a este objetivo general:

1. Identificar las manifestaciones clínicas y conductuales diferenciales del TDAH en las mujeres adultas basándose en la evidencia científica actual.
2. Determinar cómo afecta el fenómeno del *masking* y las barreras clínicas actuales en el infradiagnóstico de la población femenina.
3. Evaluar el nivel de acuerdo alcanzado por un panel de profesionales especializados sobre los puntos centrales de la guía a través del método Delphi.
4. Establecer un conjunto de recomendaciones prácticas basadas en dicho consenso que permitan optimizar la detección temprana del trastorno en mujeres adultas.

Las principales hipótesis que han surgido en este trabajo teniendo en cuenta los objetivos son:

- **Hipótesis 1:** Se espera que los expertos coincidan en que el retraso en la detección del TDAH en mujeres está relacionado con la falta de guías clínicas y herramientas de evaluación que integren una perspectiva de género.
- **Hipótesis 2:** Se espera que el panel de expertos identifique el enmascaramiento como la barrera clínica que tiene un mayor impacto en la detección del TDAH en mujeres adultas.
- **Hipótesis 3:** El método Delphi aplicado a un panel de expertos alcanzará un alto grado de consenso para elaborar una guía práctica de detección del TDAH en mujeres adultas.

4. METODOLOGÍA

En este estudio se optó por el método Delphi, *"una metodología estructurada que pretende recoger, de forma sistemática, los juicios de expertos sobre un problema, procesar la información e ir construyendo un acuerdo general de grupo"*(M. M. García et al., 2013, p. 256). También se

puede observar una metodología mixta al iniciar primero con una parte cualitativa y después terminar con una cuantitativa.

Esta decisión resulta metodológicamente adecuada porque el tema elegido, “el TDAH en mujeres adultas”, cuenta con poca evidencia sistematizada. Por lo tanto, en este caso, el método Delphi facilita recolectar el conocimiento de los expertos de temas donde hay incertidumbre (Reguant-Álvarez & Torrado-Fonseca, 2016; Piñeiro, 2003) y consensuar qué contenidos son relevantes para la guía (objetivo principal)

Asimismo, M. M. García et al. (2013) identifican cuatro rasgos significativos que caracterizan este método:

- Las respuestas de los participantes son anónimas, por lo que los participantes no saben qué opinan los demás, protegiendo así el estudio de variables externas como, por ejemplo, la influencia o la jerarquía.
- Hay una iteración en rondas, es decir, el proceso no se resuelve en solo una consulta, sino que se repite varias rondas.
- Entre ronda y ronda, cada experto recibe un resumen de las respuestas, para así en la siguiente fase reconsiderar su postura o valorar si ha cambiado de opinión.
- Hay una búsqueda de un consenso estadístico, es decir, no se valora de forma subjetiva, sino que se cuantifica a partir de indicadores estadísticos.

Todas estas cuatro características dieron aún más razones para decidir utilizar este tipo de metodología que aporta rigor y transparencia en un trabajo donde se necesita crear una guía práctica para el diagnóstico del TDAH en mujeres adultas.

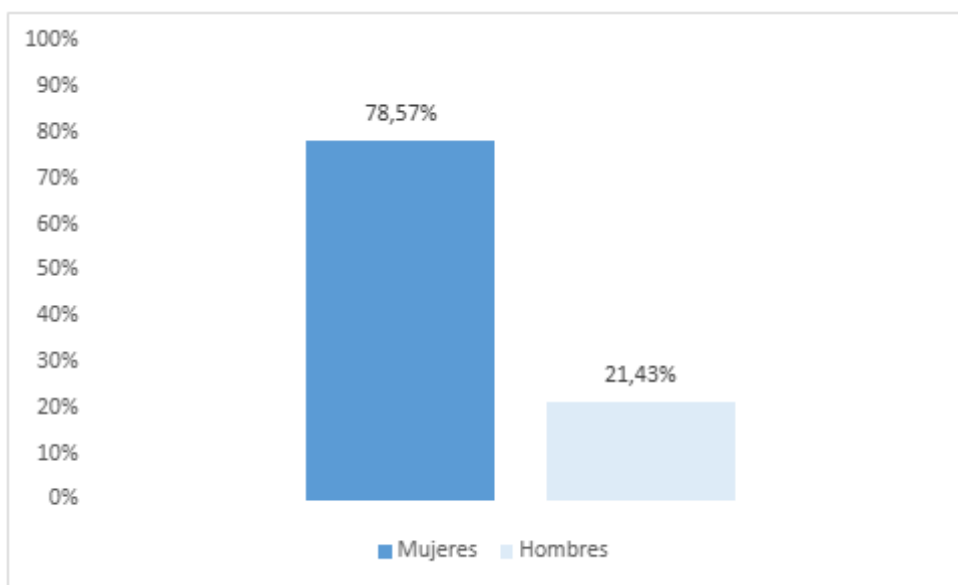
4.1. PARTICIPANTES

Un total de 14 personas conformaron el panel de expertos a lo largo de las dos rondas del estudio. Entre ellos se encontraban 11 profesionales y 3 mujeres adultas que viven con TDAH. El perfil demográfico del grupo reveló edades comprendidas entre los 22 y 65 años, con una media de 40,9 años

(DE = 13,7), así como una clara mayoría femenina del 79% frente a un 21% de hombres. Esta distribución se puede ver en la **Figura 2**.

Figura 2

Distribución del panel de expertos según el género.



Nota. Distribución porcentual de los 14 participantes según su género (mujeres=79%, n=11; hombres=21%, n=3).

Todos los participantes mostraban un perfil parecido, ya que para formar parte del panel se aplicaron unos criterios de inclusión:

- Ser profesional de psicología, medicina, psiquiatría, pedagogía o neuropsicología, o tener una vinculación acreditada con la investigación en salud mental o como terapeuta ocupacional.
- Ser una mujer adulta con diagnóstico formal de TDAH.
- Contar con al menos 3 años de experiencia en el ámbito del TDAH.
- No desarrollar la práctica profesional de forma exclusiva con población infantil.
- Estar vinculado profesionalmente en el ámbito español.
- Tener disponibilidad y disposición para completar varias rondas del método Delphi.

4.2. INSTRUMENTOS

El estudio contó con dos instrumentos de recogida de datos, uno para cada ronda del método Delphi, junto con dos herramientas digitales utilizadas para su distribución y análisis.

4.2.1. Cuestionario de preguntas abiertas

En la primera ronda se empleó como técnica la encuesta, y el instrumento concreto fue un cuestionario de siete preguntas abiertas (ver **Anexo 1**), diseñado a partir de la recolección de información.

Las preguntas giraban en torno a 3 bloques: manifestaciones del TDAH en mujeres adultas, las barreras en la detección clínica y las estrategias de *masking*, con el objetivo de que los expertos pudieran expresar, con sus propias palabras, sus conocimientos y experiencias. La elección en formato abierto fue una decisión propia, ya que al inicio interesaba explorar sin condicionar las respuestas.

4.2.2. Cuestionario tipo Likert

En la segunda ronda, la técnica utilizada es también la encuesta, pero el instrumento pasa a ser un cuestionario estructurado de 33 ítems en escala Likert del 1 al 5 (Ver **Anexo 2**):

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Asimismo, los *ítems* se construyeron a partir de los resultados de la primera ronda y se organizaron en seis bloques:

- **Bloque 1:** Manifestaciones clínicas (6 *ítems*).
- **Bloque 2:** Síntomas internalizados (4 *ítems*).
- **Bloque 3:** Estrategias de compensación y *masking* (5 *ítems*).
- **Bloque 4:** Barreras diagnósticas (7 *ítems*).
- **Bloque 5:** Evaluación clínica y detección (6 *ítems*).

- **Bloque 6:** Recomendaciones específicas para el diseño de la guía práctica (5 ítems).

4.2.3. Herramientas digitales

Una de las herramientas utilizadas fue Microsoft Forms bajo el dominio de la universidad. Con ella se crearon los cuestionarios y se gestionaron tanto los resultados como la participación de forma online, independientemente de dónde se encontraran las personas.

La segunda herramienta fue Microsoft Excel, ya que el mismo Microsoft Forms creaba una hoja Excel con los resultados cuantitativos de la segunda ronda, lo que facilitaba analizar y calcular los estadísticos descriptivos de cada ítem.

4.3. PROCEDIMIENTO

El desarrollo del estudio se dividió en cuatro fases propias del método Delphi descritas por Reguant-Álvarez & Torrado-Fonseca (2016):

Fase 1. Definición del tema y revisión bibliográfica

Al principio del estudio, se realizó un repaso de la bibliografía sobre el TDAH en mujeres adultas en bases de datos como Web of Science, Dialnet, PubMed, ResearchGate y otras. El objetivo era crear una base teórica para el trabajo y encontrar qué partes del trastorno no habían sido muy estudiadas o no tenían un consenso claro en la literatura. Esto permitió definir el enfoque del estudio y guiar la creación de los instrumentos de investigación.

Fase 2. Selección del panel de expertos

La selección de los participantes se realizó de forma intencional y no probabilística, para garantizar que el panel fuera representativo y cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión. El contacto se llevó a cabo mediante correo electrónico y redes profesionales entre los meses de febrero y marzo.

Antes de comenzar, a cada participante se le envió un correo donde se explicaban todos los criterios y en qué consistía el estudio a partir del método Delphi, asegurando así una participación informada. En cuanto al consentimiento informado, hay que aclarar que este se encontraba al inicio

del primer cuestionario y sin la firma correspondiente, conforme estaban de acuerdo, no podían acceder a él.

Fase 3. Ejecución de las rondas de consulta

Primera Ronda

La elaboración de los cuestionarios mediante Microsoft Forms se realizó entre las fases 2 y 3, a partir de los resultados obtenidos de búsqueda de información. No fue hasta el mes de marzo que se enviaron los cuestionarios terminados a los participantes mediante correo electrónico. En este punto hubo complicaciones, ya que algunos tardaron más de 4 semanas en contestar y, por lo tanto, el análisis cualitativo no se pudo realizar hasta mediados de abril.

Segunda ronda.

En esta ronda, al inicio se elaboró el cuestionario tipo Likert también en Microsoft Forms, a partir del análisis de los resultados que se obtuvieron en la ronda anterior. A finales de abril, se les volvió a enviar otro correo explicándoles el inicio de la segunda ronda, junto al enlace para participar. Esta vez, se les dio un límite de tres semanas para completar el cuestionario, por si acaso hubiera sido necesaria una tercera ronda, para poder llegar a un consenso y elaborar la guía práctica.

Fase 4. Resultados

Esta fase consistió en el análisis cuantitativo, el cual permitió determinar el grado de consenso alcanzado. Como los resultados mostraron un consenso elevado en todos los *ítems*, no fue necesario realizar una tercera ronda y se inició la redacción de la guía práctica.

4.4. ANÁLISIS DE DATOS

El tipo de análisis de datos, cualitativo o cuantitativo, cambiaba según la fase del proceso.

Al terminar la primera ronda, se llevó a cabo un análisis cualitativo que tuvo dos partes. La primera fue un análisis de contenido temático. Para esto, se leyeron varias veces las respuestas abiertas y se codificaron las ideas principales de manera inductiva. Después, se aplicó la técnica de comparación

constante, donde se buscaban constantemente las diferencias y similitudes de los resultados (García, 2019), lo que ayudó a refinar las categorías y a quitar lo que estaba de más.

La segunda ronda era de un carácter más cuantitativo y se procesaron las respuestas de la escala Likert a partir de la estadística descriptiva en el Microsoft Excel. Para cada uno de los *ítems*, se calcularon la media, mediana, desviación estándar (DE), porcentaje de acuerdo y el rango intercuartílico (RIC).

La utilización del DE y el RIC de manera complementaria como medidas de dispersión, se debe a que, mientras el DE mide la variabilidad de todas las respuestas respecto a la media, el RIC *"tiene por objetivo medir la dispersión de la muestra siendo inversamente proporcional al consenso grupal"* (Campos Climent et al., 2014, p. 75). En cuanto a los criterios de interpretación del RIC, siguiendo a Campos Climent et al. (2014), se considera unanimidad cuando el $RIC = 0$, y consenso aceptable cuando el $RIC \leq 1$, ya que el cuestionario utilizado es una escala de valoración de 5 opciones.

Siguiendo las recomendaciones de algunos autores como, por ejemplo, López-Gómez (2018), Reguant-Álvarez & Torrado-Fonseca (2016), para obtener un consenso final, el porcentaje de respuestas contestadas en 4 o 5 debe ser igual o superior a 80. No obstante, para los ítems que no alcanzaron este umbral por un margen mínimo (79%), la decisión de inclusión o exclusión se tomó considerando el conjunto de estadísticos ya descritos anteriormente. En estos casos, el ítem se acepta si se cumplen los siguientes criterios:

- La media es mayor a 4.
- La mediana es igual o mayor a 4.
- El rango intercuartílico es menor o igual a 1.

Estos indicadores nos muestran una alta concentración de respuestas en los valores de acuerdo y un consenso homogéneo entre el panel.

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS PRIMERA RONDA

Al examinar las respuestas del primer cuestionario, aparecieron seis categorías temáticas a partir de las cuales se elaboraron los 33 ítems del segundo cuestionario. La **Tabla 3** resume todas las categorías encontradas, incluidas las frecuencias.

Tabla 3

Categorías temáticas emergentes en la primera ronda del método Delphi (n=14)

Categoría temática	Frecuencia	Porcentaje
Manifestaciones clínicas del TDAH	13/14	92,9%
Síntomas internalizados y experiencia subjetiva	14/14	100%
Estrategias de compensación y "masking"	12/14	85,7%
Barreras diagnósticas	14/14	100%
Evaluación clínica y detección	11/14	78,6%
Recomendaciones para la guía práctica	12/14	85,7%

Nota. Elaboración propia a partir del análisis de contenido temático de las respuestas

Manifestaciones clínicas del TDAH.

Los participantes señalaron en algunas preguntas que los síntomas más frecuentes en mujeres adultas con TDAH son las dificultades atencionales, problemas de planificación, la desorganización y la procrastinación. Además, algunos expertos explicaron que también se podía observar que en muchos casos hay una desregulación emocional y baja autoestima vinculada. A continuación, se puede ver un ejemplo:

Pregunta: ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes del TDAH en mujeres adultas en su práctica clínica?

Respuesta: "Dificultad para mantener la atención y concentración, desorganización y mala gestión del tiempo [...] procrastinación crónica, dificultad para iniciar o terminar tareas [...] alta reactividad emocional, baja

tolerancia a la frustración, ansiedad y/o síntomas depresivos, baja autoestima (por historial de dificultades no comprendidas)."

Síntomas internalizados y experiencia subjetiva.

En esta categoría, los síntomas más señalados por los participantes fueron la fatiga mental crónica, la sensación de mente en constante actividad y el esfuerzo sostenido por aparentar funcionalidad. La ansiedad, la vergüenza y la hipersensibilidad emocional también aparecieron bastante en las respuestas.

Los profesionales y las mujeres diagnosticadas coincidieron en señalar estos síntomas, pero cada uno lo hizo desde perspectivas diferentes. Los profesionales describían las manifestaciones que observaban en consulta, mientras que las mujeres diagnosticadas lo hacían desde su propia vivencia. A continuación, se puede ver un ejemplo de cada perfil:

Pregunta: ¿Qué manifestaciones internas o "señales invisibles" considera especialmente relevantes en mujeres con TDAH?

Respuesta profesional: "La sensación de ruido mental constante, a menudo descrita como una mente que 'no para', junto con una vivencia frecuente de desbordamiento emocional [...] el esfuerzo invertido en compensar las dificultades, lo que genera un importante desgaste".

Respuesta mujer con TDAH: "Creo que muchas vivimos con una sensación constante de agotamiento por intentar llegar a todo. Desde fuera puede parecer que estamos bien, pero internamente hay mucho estrés, ansiedad y sensación de no desconectar nunca".

Estrategias de compensación y "masking".

Las estrategias de compensación que más se nombraron fueron el uso excesivo de listas, agendas y alarmas, el perfeccionismo, la sobreorganización y la inhibición emocional. Al comparar las respuestas entre los diferentes perfiles, se observó que la mayoría de los profesionales describían estrategias más observables externamente y las mujeres diagnosticadas, mecanismos más sutiles e internos.

Pregunta: ¿Qué estrategias de compensación o "masking" ha observado en mujeres con TDAH que puedan dificultar su detección?

Respuesta profesional: "Sobreorganización extrema (listas, agendas rígidas), perfeccionismo y sobreesfuerzo para 'cumplir' [...] imitación de estrategias de otros, evitación de situaciones desbordantes y tendencia a agradar para compensar errores".

Respuesta mujer con TDAH: "Compensación del déficit de atención con buena comunicación. Por ejemplo, en vez de decir directamente que no entendí unas instrucciones orales, voy haciendo preguntas o comentarios indirectos para poder saberlo".

Barreras diagnósticas.

Una de las barreras diagnósticas más señaladas de forma unánime por todos los participantes fue la gran confusión que hay con el diagnóstico diferencial, confundiendo el TDAH con ansiedad, depresión, trastorno límite de personalidad o rasgos de personalidad. También, relacionado con esto, muchos comentaron la ausencia de hiperactividad visible y el perfil predominante inatento como las señales que frecuentemente pasan desapercibidas.

Pregunta: ¿Qué errores diagnósticos son más frecuentes al evaluar TDAH en mujeres adultas?

Respuesta: "Al estar los síntomas muchas veces muy compensados, es fácil para el profesional no darles la suficiente importancia y explicarlos desde la depresión, el estrés u otros motivos, obviando el posible TDAH primario"

Evaluación clínica y detección.

Los aspectos más señalados por los participantes fueron la exploración de la historia evolutiva desde la infancia y el impacto funcional en distintos ámbitos de la vida, mencionados de forma mayoritaria. También se identificó de forma recurrente la importancia de explorar las estrategias compensatorias y el *masking* durante la evaluación, así como la desregulación emocional y la carga mental. A continuación, se puede ver un ejemplo:

Pregunta: ¿Qué aspectos considera clave observar durante una evaluación clínica para detectar TDAH en mujeres adultas?

Respuesta: "Afectación en la vida diaria, detección de ejemplos claros de dificultades ejecutivas en diferentes contextos [...] valorar la carga emocional que supone para la persona, conocer su historia evolutiva, identificar las conductas compensatorias que ha desarrollado con el tiempo."

Recomendaciones para la guía práctica.

Las recomendaciones más mencionadas fueron el desarrollo de herramientas diagnósticas específicas para mujeres adultas y la exploración de experiencias de agotamiento, sobrecompensación y carga mental como elementos facilitadores de la detección. Estas propuestas emergieron no solo de las respuestas directas a esta categoría, sino también de forma transversal a lo largo de todas las categorías anteriores. La necesidad de una mayor formación profesional sobre la presentación femenina del TDAH también fue señalada por varios participantes.

Pregunta: ¿Qué recomendaciones prácticas propondría para mejorar la detección clínica del TDAH en mujeres adultas?

Respuesta: "Explorar la historia evolutiva con enfoque de género, indagar síntomas internalizados y estrategias de compensación, evaluar la desregulación emocional y la carga mental [...] recoger información de múltiples contextos y usar herramientas específicas para TDAH en adultos."

5.2. RESULTADOS SEGUNDA RONDA

En este apartado se recogen los resultados completos del cuestionario Tipo Likert y se dividen por bloques para poder hacer un análisis profundo. En términos generales, todos los *ítems* alcanzaron consenso, con porcentajes de acuerdo entre el 79% y el 100%.

El bloque de manifestaciones clínicas (**Tabla 4**) fue el que obtuvo el nivel de consenso más elevado de todo el cuestionario; cinco de los seis *ítems* obtuvieron un consenso del 100%, pero, aun así, el ítem con mayor consenso fue N1, dificultades de organización y planificación (M=4,93; DE=0,27),

indicando unanimidad en la respuesta y muy concentradas (RIC=0). El ítem N6, relacionado con la menor visibilidad externa de las dificultades atencionales, en cambio, obtuvo un consenso del 86% y mostró una mayor variabilidad (M= 4,50; DE= 0,94; RIC=0,75).

Tabla 4

Estadístico descriptivo del Bloque 1: Manifestaciones clínicas (N1-N6)

Enunciado	Consenso		Muestra general			
	N	%	M	Mdn	DE	RIC
N1. Las mujeres adultas con TDAH suelen presentar dificultades significativas de organización y planificación en su vida cotidiana	14	100%	4,93	5	0,27	0
N2. La procrastinación constituye una dificultad frecuente en mujeres adultas con TDAH	14	100%	4,79	5	0,43	0
N3. La sensación de sobrecarga mental es una manifestación habitual en mujeres con TDAH	14	100%	4,71	5	0,47	0,75
N4. La desregulación emocional constituye una característica relevante en mujeres adultas con TDAH	14	100%	4,64	5	0,50	1
N5. Las mujeres con TDAH pueden presentar inquietud interna incluso sin hiperactividad observable	14	100%	4,71	5	0,47	0,75
N6. Las dificultades de atención en mujeres con TDAH suelen manifestarse de forma menos visible externamente	12	86%	4,50	5	0,94	0,75

Nota. N = número de respuestas en 4 o 5; % = porcentaje de acuerdo; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; RIC = rango intercuartílico.

La **Tabla 5** muestra los resultados del bloque de síntomas internalizados, donde se observa que el ítem con mayor consenso fue N8, sobre los elevados niveles de autocrítica, culpa y vergüenza, con un 100%

(M=4,86; DE=0,36), con respuestas totalmente concentradas (RIC=0). Ahora bien, el ítem N9 referido a la sensibilidad al rechazo y la hipersensibilidad emocional, registró el porcentaje de acuerdo más bajo de todo el cuestionario con un 79% (M=4,21; DE=0,80, RIC=1), situándose en el límite del consenso aceptable y mostrando la mayor dispersión.

Tabla 5

Estadístico descriptivo del Bloque 2: Síntomas internalizados (N7-N10)

Enunciado	Consenso		Muestra general			
	N	%	M	Mdn	DE	RIC
N7. El sufrimiento emocional asociado al TDAH en mujeres suele pasar desapercibido en la práctica clínica	12	86%	4,43	5	0,94	1
N8. Las mujeres con TDAH presentan frecuentemente elevados niveles de autocrítica interna, culpa y vergüenza	14	100%	4,86	5	0,36	0
N9. La sensibilidad al rechazo y la hipersensibilidad emocional son frecuentes en mujeres adultas con TDAH	11	79%*	4,21	4	0,80	1
N10. Muchas mujeres con TDAH desarrollan sentimientos de baja autoestima derivados de años de dificultades no identificadas	13	93%	4,71	5	0,61	0

*Porcentaje ligeramente inferior al umbral del 80%, se consideró consenso adecuado atendiendo al conjunto de los estadísticos.

Nota. N = número de respuestas en 4 o 5; % = porcentaje de acuerdo; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; RIC = rango intercuartílico

En la **Tabla 6**, se encuentran los resultados del bloque de *masking*, donde se observa que los ítems N14 (agotamiento emocional por aparentar funcionalidad) y N15 (*masking* como factor de infradiagnóstico) fueron los que mayor consenso obtuvieron (100%). Contaban con medias elevadas (M=4,79 y M=4,64) y valores de dispersión baja (DE entre 0,43 y 0,50). En cambio, los ítems N12 y N13, referidos al perfeccionismo como mecanismo compensatorio y al uso de herramientas organizativas como forma de ocultar

dificultades, registraron un porcentaje del 79% y 86%, junto a los valores de dispersión más altos del bloque (DE entre 0,83 y 0,90; RIC=1).

Tabla 6

Estadístico descriptivo del Bloque 3: Estrategias de compensación y masking (N11-N15)

Enunciado	Consenso		Muestra general			
	N	%	M	Mdn	DE	RIC
N11. Las mujeres con TDAH suelen desarrollar estrategias compensatorias que dificultan la detección del trastorno	12	86%	4,57	5	0,94	0
N12. El perfeccionismo puede actuar como mecanismo de compensación en mujeres con TDAH	11	79%*	4,29	4,5	0,83	1
N13. El uso excesivo de listas, agendas, alarmas u otras herramientas organizativas puede ocultar dificultades ejecutivas	12	86%	4,21	4	0,90	1
N14. El esfuerzo por aparentar funcionalidad contribuye al agotamiento emocional en mujeres con TDAH	14	100%	4,79	5	0,42	0
N15. Las estrategias de <i>masking</i> contribuyen al infradiagnóstico del TDAH en mujeres adultas	14	100%	4,64	5	0,50	1

*Porcentaje ligeramente inferior al umbral del 80%, se consideró consenso adecuado atendiendo al conjunto de los estadísticos.

Nota. N = número de respuestas en 4 o 5; % = porcentaje de acuerdo; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; RIC = rango intercuartílico.

En el bloque de barreras diagnósticas (**Tabla 7**), todos los ítems presentaron medias entre 4,50 y 4,64, excepto el ítem N16, sobre la confusión con ansiedad y depresión, el cual fue el único ítem de este bloque en alcanzar el 100% de acuerdo (M= 4,71; DE=0,47; RIC=0,75). El resto osciló entre el 86% y el 93%

Tabla 7*Estadístico descriptivo del Bloque 4: Barreras diagnósticas (N16-N22)*

Enunciado	Consenso		Muestra general			
	N	%	M	Mdn	DE	RIC
N16. El TDAH en mujeres adultas suele confundirse con trastornos de ansiedad o depresión	14	100%	4,71	5	0,47	0,75
N17. El perfil predominantemente inatento suele pasar desapercibido en mujeres adultas	13	93%	4,5	5	0,85	1
N18. La ausencia de hiperactividad visible dificulta la identificación clínica del TDAH en mujeres	13	93%	4,64	5	0,63	0,75
N19. Los síntomas del TDAH en mujeres son frecuentemente atribuidos a rasgos de personalidad	13	93%	4,64	5	0,63	0,75
N20. Existe un infradiagnóstico del TDAH en mujeres adultas dentro de la práctica clínica actual	13	93%	4,57	5	0,65	1
N21. La falta de formación específica sobre el TDAH femenino constituye una barrera diagnóstica relevante	12	86%	4,64	5	0,65	1
N22. Los estereotipos de género influyen negativamente en la detección del TDAH en mujeres adultas	12	86%	4,57	5	0,76	0,75

Nota. N = número de respuestas en 4 o 5; % = porcentaje de acuerdo; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; RIC = rango intercuartílico.

En la **Tabla 8**, se pueden observar los resultados obtenidos del bloque de evaluación clínica. Cinco de los seis *ítems* alcanzaron el 100% de acuerdo, siendo el ítem N25, sobre valorar el impacto funcional en diferentes áreas de la vida, el que registró la media más alta del bloque y una DE muy baja (M=4,86; DE=0,36; RIC=0), indicando unanimidad y máxima concentración de respuestas. Ahora bien, el ítem N28, sobre la perspectiva de género, fue

el único que no alcanzó el 100% (M=4,78; DE=0,58; RIC=0; 93%), mostrando un consenso elevado.

Tabla 8

Estadístico descriptivo del Bloque 5: Evaluación clínica y detección (N23-N28)

Enunciado	Consenso		Muestra general			
	N	%	M	Mdn	DE	RIC
N23. La historia evolutiva infantil debe explorarse detalladamente durante la evaluación del TDAH en mujeres adultas	14	100%	4,64	5	0,50	1
N24. La evaluación clínica debería incluir preguntas específicas sobre estrategias compensatorias y <i>masking</i>	14	100%	4,79	5	0,43	0
N25. Es importante valorar el impacto funcional del TDAH en diferentes áreas de la vida	14	100%	4,86	5	0,36	0
N26. La desregulación emocional constituye una característica relevante en mujeres adultas con TDAH	14	100%	4,64	5	0,50	1
N27. La evaluación multimétodo favorece una detección más precisa del TDAH en mujeres adultas	14	100%	4,71	5	0,47	0,75
N28. La perspectiva de género mejora la identificación clínica del TDAH en mujeres adultas	13	93%	4,78	5	0,58	0

Nota. N = número de respuestas en 4 o 5; % = porcentaje de acuerdo; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; RIC = rango intercuartílico.

En la **Tabla 9**, se puede observar el último bloque del cuestionario, el cual se basa en las recomendaciones para la guía práctica. En este bloque, tres de los cinco *ítems* alcanzaron el 100% de acuerdo, entre ellos; los *ítems* N33 y N30, sobre la detección temprana como vía para reducir el malestar psicológico y la necesidad de formación de profesionales, son los que

obtuvieron un mayor consenso ($M = 4,79$; $DE = 0,43$; $RIC = 0$). Por otro lado, el ítem N31, sobre las limitaciones de las guías clínicas actuales para representar el perfil femenino, obtuvo el acuerdo más bajo del bloque, con un 93% ($M = 4,43$; $DE = 0,65$; $RIC = 1$).

Tabla 9

Estadísticos descriptivos del Bloque 6: Recomendaciones para la guía práctica (N29-N33)

Enunciado	Consenso		Muestra general			
	N	%	M	Mdn	DE	RIC
N29. Es necesario desarrollar herramientas específicas para la detección del TDAH en mujeres adultas	14	100%	4,64	5	0,50	1
N30. Los profesionales de salud mental deberían recibir mayor formación sobre las manifestaciones femeninas del TDAH	14	100%	4,79	5	0,43	0
N31. Las guías clínicas actuales no representan adecuadamente la presentación del TDAH en mujeres adultas	13	93%	4,43	4,5	0,65	1
N32. Explorar experiencias de agotamiento, sobrecompensación y carga mental puede facilitar la detección del TDAH en mujeres	13	93%	4,71	5	0,61	0
N33. La detección temprana del TDAH en mujeres adultas podría reducir el malestar psicológico asociado	14	100%	4,79	5	0,43	0

Nota. N = número de respuestas en 4 o 5; % = porcentaje de acuerdo; M = media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; RIC = rango intercuartílico

Para finalizar, se ha elaborado una guía práctica para la detección del TDAH en mujeres adultas, a partir del consenso que se ha alcanzado en la segunda ronda. Esta guía incluye los ítems que obtuvieron una mayor importancia en

cada bloque y organiza los contenidos en recomendaciones operativas para la evaluación clínica. La versión completa está incluida en el **Anexo 3**.

6. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo era elaborar una guía práctica para la detección del TDAH en mujeres adultas mediante el método Delphi. Los resultados alcanzados permiten afirmar que se ha cumplido este objetivo, ya que los 33 *ítems* del cuestionario de la segunda alcanzaron el umbral de consenso establecido entre los 14 participantes, si bien dos de ellos se situaron en el límite del 79% y se consideraron consenso adecuado atendiendo al conjunto de los estadísticos. Este dato es destacable porque el método Delphi no garantiza por sí mismo el consenso, sino que lo construye iterativamente a partir de los conocimientos de los participantes y el contraste de estos.

El bloque de manifestaciones clínicas fue uno de los que reunió un consenso más alto. Este resultado no es menor, porque vuelve a poner en evidencia algo que la literatura lleva tiempo advirtiéndolo: el TDAH en mujeres adultas no es una “versión suave” ni una excepción del cuadro clásico, sino una forma de presentación con rasgos propios y bastante estables. Entre las manifestaciones que los expertos destacaron aparecen, de manera reiterada, la dificultad para organizarse, la procrastinación persistente, la sensación de estar mentalmente saturada, la desregulación emocional o esa inquietud interna que no se traduce en hiperactividad visible. Todo esto encaja con lo que describen Attoe & Climie (2023) y Mestres et al. (2025), quienes señalan que esta forma más interna del trastorno ha pasado desapercibida durante años, retrasando el diagnóstico y aumentando el desgaste emocional y funcional en la adultez.

Ahora bien, vinculado a lo anterior, el bloque de síntomas internalizados y el de estrategias de compensación y *masking* revelaron un nivel de consenso igualmente elevado. Hubo exactamente dos *ítems* (el agotamiento emocional derivado de aparentar funcionalidad y el que reconoce el *masking* como factor central del infradiagnóstico) muy consistentes con lo que se había planteado en la segunda hipótesis de este trabajo: “El enmascaramiento es la barrera

clínica que tiene un mayor impacto en la detección del TDAH en mujeres adultas”.

Sin embargo, los datos obtenidos permiten observar que el *masking* y el diagnóstico diferencial incorrecto no son barreras independientes entre ellas, sino mecanismos que se realimentan entre sí. Por lo tanto, aunque el consenso alcanzado resulta coherente con la hipótesis, convendría reformularla para recoger esta relación. Debe considerarse, además, que el diseño no permitía jerarquizar el impacto relativo de las distintas barreras, por lo que afirmar que el enmascaramiento es la de mayor impacto excede lo que el consenso puede mostrar. El *masking* hace que los síntomas del TDAH sean invisibles para el profesional, quien en consecuencia acaba orientando su evaluación hacia trastornos como, por ejemplo, la ansiedad y la depresión. Esto explica por qué el ítem que representa la confusión entre estos trastornos tuvo también un consenso elevado.

Desde la literatura, muchos autores hablaron sobre cómo las mujeres que fueron diagnosticadas tardíamente habían interiorizado durante años críticas externas, desarrollando culpa crónica, baja autoestima y una sensación persistente de fracaso personal (Choi et al., 2022; Fuller-Thomson et al., 2016; Holden & Kobayashi-Wood, 2025). Esto refuerza uno de los *ítems* con mayor consenso en el bloque de recomendaciones: La detección temprana del TDAH en mujeres adultas puede reducir significativamente el malestar psicológico asociado, como una prioridad de la salud pública que el sistema clínico no ha asumido todavía con la urgencia que los datos justifican.

El bloque de evaluación clínica registró igualmente uno de los niveles de consenso más elevados del cuestionario; de hecho, la exploración de la historia evolutiva desde la infancia, la inclusión de preguntas específicas sobre el *masking*, la valoración del impacto funcional en múltiples áreas y el uso de la evaluación multimétodo fueron reconocidos como elementos imprescindibles del proceso diagnóstico. Por otro lado, que el ítem sobre la perspectiva de género en la evaluación obtuviera un 93% de acuerdo en vez de un 100%, al igual que los demás *ítems* de este apartado, invita a preguntarse a qué se debe esta leve variabilidad. Tal vez refleje distintas concepciones sobre qué significa integrar la perspectiva de género en la práctica clínica. En relación con la primera hipótesis, el elevado acuerdo

alcanzado en los ítems sobre las limitaciones de las guías clínicas actuales para representar el perfil femenino y sobre la falta de formación específica de los profesionales resulta coherente con la relación planteada entre el retraso diagnóstico y la ausencia de herramientas con perspectiva de género.

Todos los *ítems*, incluidos los comentados a lo largo de la discusión, obtuvieron un porcentaje elevado de acuerdo entre los participantes. Este resultado permite dar por cumplida la tercera hipótesis (El método Delphi aplicado a un panel de expertos alcanzará un alto grado de consenso para elaborar una guía práctica de detección del TDAH en mujeres adultas), la única directamente evaluable con este diseño.

Una vez examinadas las tres hipótesis que se formularon al inicio del trabajo de fin de grado, resulta pertinente valorar la relación entre los resultados del proceso Delphi y la guía práctica. La guía es el reflejo directo de los *ítems* que habían obtenido un mayor acuerdo entre los participantes; de hecho, cada apartado en el que se ha estructurado responde a uno o varios bloques del cuestionario:

1. Tabla de señales de alerta: creada a partir de los *ítems* de manifestaciones clínicas, síntomas internalizados y *masking*.
2. Sección Mitos vs. realidad: Traduce las barreras diagnósticas en un formato accesible para el profesional.
3. El protocolo de evaluación: Se comenta cómo realizar una evaluación paso a paso e integra el bloque de evaluación clínica y las recomendaciones.
4. El checklist: Se elaboró una herramienta orientativa a partir de todos los datos obtenidos del consenso y los criterios del DSM-5-TR.

Lo que realmente considero que da legitimidad metodológica a la guía es el acuerdo formalizado de un panel de expertos con más de 3 años de experiencia en el ámbito.

Tras la elaboración de la guía surge una cuestión que me llamó la atención: si los profesionales saben cómo se presenta el TDAH en mujeres adultas, ¿por qué la brecha entre prevalencia estimada y diagnóstico registrado sigue siendo tan elevada en España? La revisión de los estudios y del marco teórico

sugiere que la respuesta probablemente no reside en los conocimientos individuales de los profesionales.

Más bien, depende de lo ya comentado a lo largo de todo el trabajo de fin de grado y los resultados: la ausencia de protocolos institucionales que incorporen el perfil femenino, la escasez de tiempo en consulta, la falta de formación específica en los planes de estudio y la persistencia de sesgos de género implícitos. Becker (2025) lo planteó con claridad: ante una mujer que describe desorganización, agotamiento emocional y dificultades atencionales, el profesional orienta el diagnóstico hacia otra cosa, aun siendo consciente de que ambas pueden coexistir. Este problema, es el que quiero contrarrestar con esta guía, no busco añadir conocimiento nuevo, sino motivar y facilitar la activación en el momento de la práctica clínica.

En conclusión, el uso del método Delphi en este estudio ha mostrado ser una elección adecuada para el objetivo planteado, ya que ha permitido crear una guía práctica para la detección del TDAH en mujeres adultas dirigida al ámbito clínico-educativo, y las tres hipótesis planteadas han resultado coherentes con el consenso alcanzado, con matices que enriquecen la comprensión del problema.

7. LIMITACIONES

Como en cualquier estudio, en este trabajo ha habido limitaciones que han afectado su elaboración. Una de las principales limitaciones por las que ha pasado ha sido el tamaño del panel, el cual contaba con 14 participantes. A pesar de que esta cantidad entra dentro del límite habitual en un Delphi, sigue siendo un grupo reducido, y, por lo tanto, las opiniones no llegan a ser representativas de todos los profesionales que trabajan con el TDAH en España. Para ganar representatividad habría sido necesario un panel considerablemente más amplio y diverso.

Además, solo 3 de esos participantes eran hombres, lo que generó una muestra muy homogénea y limitó la probabilidad de explorar la diferencia de percepción entre géneros.

Otra limitación fue el proceso de reclutamiento, ya que, al ser centrado en profesionales con unos criterios muy específicos, dificultó más de lo

previsto el inicio de la parte metodológica. Se contactó a más de 100 personas para poder crear el panel, pero la mayoría de ellos no querían participar o directamente no contestaban. Este hecho también explicaría por qué la muestra acabó siendo menor de lo previsto.

También es importante señalar que, aunque la guía práctica se ha construido a partir del consenso y de la literatura revisada, este estudio no permite saber todavía si su aplicación mejora realmente la detección del TDAH en mujeres adultas en contextos clínicos o educativos. Para eso harían falta estudios posteriores que evalúen su utilidad en la práctica real, ya que después de todo el método Delphi por sí solo no valida psicométricamente una herramienta.

En resumen, la guía cuenta con validez de contenido, pero aún no se puede afirmar nada sobre su fiabilidad o sobre su capacidad para diferenciar adecuadamente entre perfiles clínicos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agnew-Blais, J. C. (2024). Hidden in plain sight: delayed ADHD diagnosis among girls and women – a commentary on Skoglund et al. (2023) [Article]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(10), 1398–1400. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14023>
- Alarachi, A., Merrifield, C., Rowa, K., & McCabe, R. E. (2024). Are We Measuring ADHD or Anxiety? Examining the Factor Structure and Discriminant Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale in an Adult Anxiety Disorder Population [Article]. *Assessment (Odessa, Fla.)*, 31(7), 1508–1524. <https://doi.org/10.1177/10731911231225190>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.): DSM-5*.
- Attoe, D. E., & Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 645–657. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>

- Badia, C. (2024). *DSM-5-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado* (Fifth edition, te...) [Book]. Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623–630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Becker, S. P. (2025). Shining a spotlight on females in ADHD science. In *JCPP Advances* (Vol. 5, Number 4). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/jcv2.70060>
- Brown, T. E. (2008). *ADD/ADHD and Impaired Executive Function in Clinical Practice*.
- Campos Climent, V., Melián Navarro, A., & Sanchis Palacio, J. R. (2014). The Delphi method as a technique of strategic diagnostic. Empirical study applied to insertion enterprises in Spain. *Revista Europea de Direccion y Economia de La Empresa*, 23(2), 72–81. <https://doi.org/10.1016/j.redee.2013.06.002>
- Choi, W. S., Woo, Y. S., Wang, S. M., Lim, H. K., & Bahk, W. M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. In *PLoS ONE* (Vol. 17, Number 11 November). Public Library of Science. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277175>
- Consejería de Salud, J. de A. S. A. de S. (SAS). (2017). *Protocolo de Abordaje del TDAH en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/Prot_TDAH_17022017.pdf
- Cortese, S., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Franke, B., Goodman, D. W., Hartman, C. A., Larsson, H., Levin, F. R., Ostinelli, E. G., Parlatini, V., Ramos-Quiroga, J. A., Sibley, M. H., Tomlinson, A., Wilens, T. E., Wong, I. C. K., Hovén, N., Didier, J., Correll, C. U., Rohde, L. A., &

- Faraone, S. V. (2025). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies. In *World Psychiatry* (Vol. 24).
- Cupertino, R. B., Soheili-Nezhad, S., Grevet, E. H., Bandeira, C. E., Picon, F. A., Tavares, M. E. de A., Naaijen, J., van Rooij, D., Akkermans, S., Vitola, E. S., Zwiers, M. P., Rovaris, D. L., Hoekstra, P. J., Breda, V., Oosterlaan, J., Hartman, C. A., Beckmann, C. F., Buitelaar, J. K., Franke, B., ... Sprooten, E. (2020). Reduced fronto-striatal volume in attention-deficit/hyperactivity disorder in two cohorts across the lifespan. *NeuroImage: Clinical*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102403>
- de Jong, M., Wynchank, D. S. M. R., van Andel, E., Beekman, A. T. F., & Kooij, J. J. S. (2023). Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage [Article]. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1306194. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1306194>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 128, pp. 789–818). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Kogan, C. S., Saunders, J. B., Poznyak, V. B., Gureje, O., Lewis-Fernández, R., Maercker, A., Brewin, C. R., Cloitre, M., Claudino, A., Pike, K. M., Baird, G., Skuse, D., Krueger, R. B., Briken, P., Burke, J. D., ... Reed, G. M. (2021). An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), 34–51. <https://doi.org/10.1002/wps.20825>
- Fu, X., Wu, W., Wu, Y., Liu, X., Liang, W., Wu, R., & Li, Y. (2025). Adult ADHD and comorbid anxiety and depressive disorders: a review of

- etiology and treatment [Article]. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1597559. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1597559>
- Fuller-Thomson, E., Lewis, D. A., & Agbeyaka, S. K. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder casts a long shadow: findings from a population-based study of adult women with self-reported ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 42(6), 918–927. <https://doi.org/10.1111/cch.12380>
- García, M. M., Suárez, M., & Ii, M. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica Delphi method for the expert consultation in the scientific research. In *Revista Cubana de Salud Pública* (Vol. 39, Number 2). <http://scielo.sld.cu>
- García, P. D. (2019). *El método comparativo constante y sus potencialidades para el estudio de políticas educativas para la escuela secundaria en Latinoamérica.*
- Gomez, R., Chen, W., & Houghton, S. (2023). Differences between DSM-5-TR and ICD-11 revisions of attention deficit/hyperactivity disorder: A commentary on implications and opportunities. *World Journal of Psychiatry*, 13(5), 138–143. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i5.138>
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O’Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (Vol. 63, Number 4, pp. 484–496). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
- Holden, E., & Kobayashi-Wood, H. (2025). Adverse experiences of women with undiagnosed ADHD and the invaluable role of diagnosis. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-04782-y>
- J.A. Ramos-Quiroga, C. Daigre, S. Valero, R. Bosch, N. Gómez-Barros, M. Nogueira, G. Palomar, C. Roncero, & M. Casas. (2009). Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de

atención/hiperactividad en adultos (ASRS v. 1.1): una nueva estrategia de puntuación. *Revista de Neurología*, 48, 449–452.

Kandeğer, A., Odabaş Ünal, Ş., Ergün, M. T., & Yavuz Ataşlar, E. (2024). Excessive mind wandering, rumination, and mindfulness mediate the relationship between ADHD symptoms and anxiety and depression in adults with ADHD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 31(1). <https://doi.org/10.1002/cpp.2940>

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 [Article]. *BMC Psychiatry*, 17(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

Kooij, J. J. S., de Jong, M., Agnew-Blais, J., Amoretti, S., Bang Madsen, K., Barclay, I., Bölte, S., Borg Skoglund, C., Broughton, T., Carucci, S., van Dijken, D. K. E., Ernst, J., French, B., Frick, M. A., Galera, C., Groenman, A. P., Kopp Kallner, H., Kerner auch Koerner, J., Kittel-Schneider, S., ... Wynchank, D. (2025). Research advances and future directions in female ADHD: the lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease [Article]. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1613628. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1613628>

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

Koutsoklenis A, & Honkasilta J. (2023). ADHD in the DSM-5-TR: What has changed and what has not. *Psychiatry*, 13, 1064141. <https://doi.org/doi:10.3389/fpsy.2022.1064141>

Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241–255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>

- Li, X., Guo, Y., Giuliadori Picco, A., Palomar-Cros, A., Delmestri, A., Man, W. Y., Kaczmarczyk, I., Brash, J. T., Verhamme, K., Mosseveld, M., Duarte-Salles, T., Prieto-Alhambra, D., & Burn, E. (2026). Trends in use of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder medications among children and adults in five European countries, 2010 to 2023: a population-based observational study. *The Lancet Regional Health - Europe*. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101556>
- Li, Y., & Zhang, L. (2024). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Pharmacotherapy Versus Pharmacotherapy Alone in Adult ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis [Article]. *Journal of Attention Disorders*, 28(3), 279–292. <https://doi.org/10.1177/10870547231214969>
- López Carabaño, A. M., González Pascual, Y., Escudero Araus, M., & Muñoz Garcia, C. (2024). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el adulto. A propósito de un caso en atención primaria [Article]. *Semergen, medicina de familia*, 50(1), 102101–102101. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102101>
- López-Gómez, E. (2018). El método delphi en la investigación actual en educación: Una revisión teórica y metodológica. In *Educacion XX1* (Vol. 21, Number 1, pp. 17–40). Universidad Nacional de Educacion a Distancia. <https://doi.org/10.5944/educXX1.15536>
- Martínez, A. L., Ben Salah, Y., & Mehta, R. (2026). Ranking Lived Barriers to ADHD Diagnosis in Adult Women. *The Psychology of Woman Journal*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.5050>
- M F Ward, P H Wender, & F W Reimherr. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 885–890. https://depts.washington.edu/psychres/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/wenderutah_scale_ref.pdf
- Macey, K. (2003). Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). By C.K. Conners, D. Erhardt, M.A. Sparrow. New York: Multihealth Systems,

- Inc., 1999. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(4), 431–437.
[https://doi.org/10.1016/s0887-6177\(03\)00021-0](https://doi.org/10.1016/s0887-6177(03)00021-0)
- Mercedes Reguant-Álvarez, & Mercedes Torrado-Fonseca. (2016). El método Delphi. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, (9 (1)). <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>
- Mestres, F., Richarte, V., Crespín, J. J., Torrent, C., Biel, S., Ramos, C., Ibáñez, P., Oltra-Arañó, L., Corrales, M., Amoretti, S., Fadeuilhe, C., & Ramos-Quiroga, J. A. (2025). Sex differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based study. *European Psychiatry*, 68(1).
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2441>
- Oguchi, M., Takahashi, T., Nitta, Y., & Kumano, H. (2021). The Moderating Effect of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms on the Relationship Between Procrastination and Internalizing Symptoms in the General Adult Population. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708579>
- Osianlis, E., Thomas, E. H. X., Jenkins, L. M., & Gurvich, C. (2025). ADHD and Sex Hormones in Females: A Systematic Review [Article]. *Journal of Attention Disorders*, 29(9), 706–723.
<https://doi.org/10.1177/10870547251332319>
- Piñeiro, E. M. (2003). LA TÉCNICA DELPHI COMO ESTRATEGIA DE CONSULTA A LOS IMPLICADOS EN LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS. In *Revista de Investigación Educativa* (Vol. 21, Number 2).
- Platania, N. M., Starreveld, D. E. J., Wynchank, D., Beekman, A. T. F., & Kooij, S. (2025). Bias by gender: exploring gender-based differences in the endorsement of ADHD symptoms and impairment among adult patients. *Frontiers in Global Women's Health*, 6.
<https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1549028>
- Ramalheira, F., Gonçalves, F., Vieira, S., Cohen, R., Cameira, M., & Robalo, P. (2025). Mind the gap: gender differences in Attention Deficit and Hyperactivity Disorder [Article]. *European Psychiatry*, 68(S1), S260–S260. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.576>

- Rapoport, I. L., & Groenman, A. P. (2025). A Review of Sex and Gender Factors in Stimulant Treatment for ADHD: Knowledge Gaps and Future Directions. *Journal of Attention Disorders*, 29(8), 602–616. <https://doi.org/10.1177/10870547251315601>
- Rosch, K. S., Mostofsky, S. H., & Nebel, M. B. (2018). ADHD-related sex differences in fronto-subcortical intrinsic functional connectivity and associations with delay discounting. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s11689-018-9254-9>
- Ruiz Feliu, Cano Prous, Iglesias Gaspar, M., Campos Mangas, M., & Álvarez Martínez, J. (2022). Presencia e influencia de sintomatología sugestiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos con un trastorno de la conducta alimentaria [Article]. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(1). <https://doi.org/10.23938/assn.0984>
- Vallejo-Valdivielso, M., Soutullo, C. A., De Castro-Manglano, P., Marín-Méndez, J. J., & Díez-Suárez, A. (2019). *Validation of a Spanish-language version of the ADHD Rating Scale IV in a Spanish sample* (Vol. 34, Number 9). www.elsevier.es/neurologia
- van der Ham, M., Bijlenga, D., Böhmer, M., Beekman, A. T. F., & Kooij, S. (2024). Sleep Problems in Adults With ADHD: Prevalences and Their Relationship With Psychiatric Comorbidity [Article]. *Journal of Attention Disorders*, 28(13), 1642–1652. <https://doi.org/10.1177/10870547241284477>
- 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. In *BMC Psychiatry* (Vol. 20, Number 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>

9. ANEXO

Anexo 1

Primer cuestionario: Ronda 1 (preguntas abiertas)

El TDAH en mujeres: Barreras diagnósticas y consenso profesional para su detección

¡Hola! Soy Saray, estudiante de cuarto curso del Grado de Psicología de la Universitat Rovira i Virgili (URV). Le doy la bienvenida y le invito a participar en mi Trabajo de Fin de Grado titulado **"El TDAH en mujeres: Barreras diagnósticas y consenso profesional para su detección"**.

El objetivo principal de esta investigación es elaborar **una guía práctica de detección de TDAH en mujeres adultas**, específicamente en contextos clínicos, a partir de la recogida de información de diferentes profesionales y personas expertos sobre este tema. A partir de este cuestionario, se pretende analizar como se manifiesta este trastorno, cuales son las barreras que dificultan su diagnóstico, y con que estrategias contamos o podríamos contar para poder reducir el diagnóstico tardío del TDAH en mujeres.

La participación es completamente **anónima y voluntaria**. Este estudio esta estructurado en diferentes fases, que consistirán en responder diferentes cuestionarios. Esta, es la primera fase donde os encontrareis un cuestionario de preguntas abiertas sobre el TDAH, donde deberéis responder a partir de vuestro conocimiento y experiencia sobre el tema. *No existen respuestas correctas o incorrectas*, por lo tanto se valorará especialmente la sinceridad y la reflexión personal. La duración de la primera fase serán de unos **10-15 minutos** aproximadamente.

Más adelante, a partir de las respuestas obtenidas se harán diferentes fases, que constaran de preguntas en formato escala Likert, con el objetivo de llegar a un mayor consenso y facilitar la elaboración de la guía práctica final.

Los únicos requisitos para participar son: Ser profesional (Psicólogo/a, Pedagogo/a, Medico, Psiquiatra, Neuropsicólogo/a, Orientador/a, Terapeuta Ocupacional, y Investigador/a de salud mental) experto/a en el TDAH mínimo 3 años o una mujer diagnosticada de TDAH. Además deberán ser trabajadores de España o estar vinculado profesionalmente al ámbito español.

¡Muchas gracias por tu tiempo y por participar en este Trabajo de Fin de Grado! Su participación, será de gran ayuda. En caso de tener alguna duda os podéis poner en contacto conmigo a partir del correo: saray.munoz@estudiants.urv.cat Para conocer más detalles sobre esta investigación puedes acceder a la **Hoja de información al participante** mediante el siguiente enlace: <https://drive.google.com/file/d/1WZpBqDsrzAEj6S6OzaVfu7zuwlwgRq-W/view?usp=sharing>

ANTES DE EMPEZAR:

Puedes acceder al documento de Consentimiento informado a través del siguiente enlace: https://drive.google.com/file/d/1IcD2jMpKMqUL7TC0VNpuf4g_lvyAv5f/view?usp=sharing

He leído y comprendo las condiciones de participación en este estudio, manifiesto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi consentimiento para participar. *

☐ Si

☐ No

Cumplo todos los requisitos necesarios para este estudio. *

☐ Si

☐ No

Datos Participante

Por favor, indica su edad: *

Por favor, indica su género *

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Otro
- ☐ Prefiero no decirlo

¿Cuál es su perfil? *

- ☐ Mujer diagnosticada de TDAH
- ☐ Profesional experto (Psicólogo/a, Pedagogo/a, Medico, Psiquiatra, Neuropsicólogo/a, Orientador/a, Terapeuta Ocupacional, y Investigador/a de salud mental)

¿Cuántos años de experiencia tiene atendiendo casos de TDAH? *

¿Hace cuanto fue diagnosticada de TDAH? *

Cuestionario

A continuación, se presentan unas preguntas abiertas relacionadas con la manifestación, detección y evaluación del TDAH en mujeres. Estas preguntas se encuentran organizadas en bloques temáticos para poder facilitar la reflexión. Se recomienda responder de forma detallada basándose en su experiencia y conocimiento personal o profesional.

¡Recuerda! No existen respuestas correcta o incorrectas, por lo que pueden responder con total libertad y aportar toda la información que consideren relevante.

BLOQUE 1: Manifestación del TDAH en mujeres

Este bloque explora las principales manifestaciones del TDAH en mujeres adultas, incluyendo tanto síntomas observables como experiencias internas menos visibles. El objetivo es identificar y comprender los patrones más frecuentes de presentación del trastorno en la vida cotidiana y en distintos contextos.

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes del TDAH en mujeres adultas en su práctica clínica?
(Puede incluir síntomas cognitivos, conductuales y emocionales) *

¿Qué manifestaciones internas o "señales invisibles" considera especialmente relevantes en mujeres con TDAH? *

BLOQUE 2: Barreras en la detección y estrategias compensatorias

Este bloque se centra en los factores que pueden dificultar la identificación del TDAH en mujeres adultas, incluyendo estrategias de compensación, enmascaramiento y posibles confusiones diagnósticas. El objetivo es explorar las barreras más comunes en su reconocimiento y evaluación.

¿Qué señales clínicas suelen pasar desapercibidas o ser malinterpretadas durante la evaluación del TDAH en mujeres adultas? *

¿Qué estrategias de compensación o "masking" ha observado en mujeres con TDAH que puedan dificultar su detección? (Si es posible, incluya ejemplos) *

¿Qué errores diagnósticos son más frecuentes al evaluar TDAH en mujeres adultas?
(Diagnostico diferencial y comorbilidad) *

BLOQUE 3: Evaluación y mejora de la detección

La idea de este bloques es abordar los aspectos clave relacionados con la evaluación del TDAH en mujeres adultas, así como propuestas y recomendaciones orientadas a mejorar su detección y comprensión en distintos contextos. Estos puntos ayudaran a dar una idea sobre los apartados importantes a tener en cuenta en la guía practica.

¿Qué aspectos considera clave observar durante una evaluación clínica para detectar TDAH en mujeres adultas? *

¿Qué recomendaciones prácticas propondría para mejorar la detección clínica del TDAH en mujeres adultas? (Ej: Nuevas pruebas, lista de observaciones, etc..) *

Anexo 2

Segundo cuestionario: Ronda 2 (Escala Likert)

Segunda Ronda Delphi: Consenso sobre barreras diagnósticas y detección del TDAH en mujeres.

¡Hola! Soy Saray, una estudiante de cuarto de Psicología de la Universitat Rovira i Virgili (URV). Primero que nada, quiero darle las gracias por participar en mi Trabajo de Fin de Grado, **"El TDAH en mujeres: Barreras diagnósticas y consenso profesional para su detección"**.

Como ya sabe, mi objetivo con esta investigación es crear una guía sencilla para detectar el TDAH en mujeres adultas en el ámbito clínico. Para eso, estoy recogiendo información y buscando el acuerdo entre distintos profesionales y expertos en el tema.

Ahora mismo estamos en la segunda parte de este estudio. Para esta fase, preparé una encuesta con preguntas tipo Likert que debe contestar con total sinceridad. El cuestionario tiene varias afirmaciones sobre cómo se manifiesta el TDAH en mujeres adultas, qué hace difícil diagnosticarlo y qué cosas son importantes para evaluarlo. Todas estas afirmaciones salieron del análisis de las respuestas que recogí en la primera fase del estudio.

Su participación sigue siendo completamente anónima y es voluntaria. Además, las respuestas solo se usarán para este trabajo de investigación de la universidad. Esta segunda parte le llevará entre 10 y 15 minutos más o menos.

Su ayuda es muy importante para que consigamos un mayor acuerdo entre los profesionales y así podamos terminar de hacer la guía práctica.

De nuevo, muchísimas gracias por su tiempo, por involucrarse y por colaborar en este trabajo. Si le surge alguna duda, puede escribirme a saray.munoz@estudiants.urv.cat.

Para ver toda la información sobre el estudio, le dejo otra vez el enlace a la Hoja de información para el Participante: <https://drive.google.com/file/d/1WZpBqDsrzAEj6S6OzaVfu7zuwlgBq-W/view?usp=sharing>

ANTES DE EMPEZAR

Puedes acceder al documento de Consentimiento informado a través del siguiente enlace: https://drive.google.com/file/d/1lcD2jMpKMGUL7TC0VNpuvf4g_lvyAv5f/view?usp=sharing

He leído y comprendo las condiciones de participación en este estudio, manifiesto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi consentimiento para participar. *

☐ Sí

☐ No

Ha participado en la Fase 1 del estudio? *

☐ Sí

☐ No

CUESTIONARIO LIKERT

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones elaboradas a partir de las respuestas obtenidas en la primera fase del estudio.

Por favor, indique su grado de acuerdo con cada afirmación utilizando la siguiente escala:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo

Manifestaciones clínicas del TDAH en mujeres adultas *

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Las mujeres adultas con TDAH suelen presentar dificultades significativas de organización y planificación en su vida cotidiana	☐	☐	☐	☐	☐
La procrastinación constituye una dificultad frecuente en mujeres adultas con TDAH.	☐	☐	☐	☐	☐
La sensación de sobrecarga mental es una manifestación habitual en mujeres con TDAH.	☐	☐	☐	☐	☐
La desregulación emocional (reactividad intensa, baja tolerancia a la frustración) constituye una característica relevante en mujeres adultas con TDAH.	☐	☐	☐	☐	☐
Las mujeres con TDAH pueden presentar inquietud interna incluso sin hiperactividad observable.	☐	☐	☐	☐	☐
Las dificultades de atención en mujeres con TDAH suelen manifestarse de forma menos visible externamente.	☐	☐	☐	☐	☐

Síntomas internalizados y experiencia subjetiva *

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El sufrimiento emocional asociado al TDAH en mujeres suele pasar desapercibido en la práctica clínica.	☐	☐	☐	☐	☐
Las mujeres con TDAH presentan frecuentemente elevados niveles de autocrítica interna, culpa y vergüenza.	☐	☐	☐	☐	☐
La sensibilidad al rechazo y la hipersensibilidad emocional son frecuentes en mujeres adultas con TDAH.	☐	☐	☐	☐	☐
Muchas mujeres con TDAH desarrollan sentimientos de baja autoestima derivados de años de dificultades no identificadas.	☐	☐	☐	☐	☐

Estrategias de compensación y masking *

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Las mujeres con TDAH suelen desarrollar estrategias compensatorias que dificultan la detección del trastorno.	☐	☐	☐	☐	☐
El perfeccionismo puede actuar como mecanismo de compensación en mujeres con TDAH.	☐	☐	☐	☐	☐
El uso excesivo de listas, agendas, alarmas u otras herramientas organizativas puede ocultar dificultades ejecutivas.	☐	☐	☐	☐	☐
El esfuerzo por aparentar funcionalidad contribuye al agotamiento emocional en mujeres con TDAH.	☐	☐	☐	☐	☐
Las estrategias de masking contribuyen al infradiagnóstico del TDAH en mujeres adultas.	☐	☐	☐	☐	☐

Barreras diagnósticas *

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El TDAH en mujeres adultas suele confundirse con trastornos de ansiedad o depresión.	☐	☐	☐	☐	☐
El perfil predominantemente inatento suele pasar desapercibido en mujeres adultas.	☐	☐	☐	☐	☐
La ausencia de hiperactividad visible dificulta la identificación clínica del TDAH en mujeres.	☐	☐	☐	☐	☐
Los síntomas del TDAH en mujeres son frecuentemente atribuidos a rasgos de personalidad.	☐	☐	☐	☐	☐
Existe un infradiagnóstico del TDAH en mujeres adultas dentro de la práctica clínica actual.	☐	☐	☐	☐	☐
La falta de formación específica sobre el TDAH femenino constituye una barrera diagnóstica relevante.	☐	☐	☐	☐	☐
Los estereotipos de género influyen negativamente en la detección del TDAH en mujeres adultas.	☐	☐	☐	☐	☐

Evaluación clínica y detección *

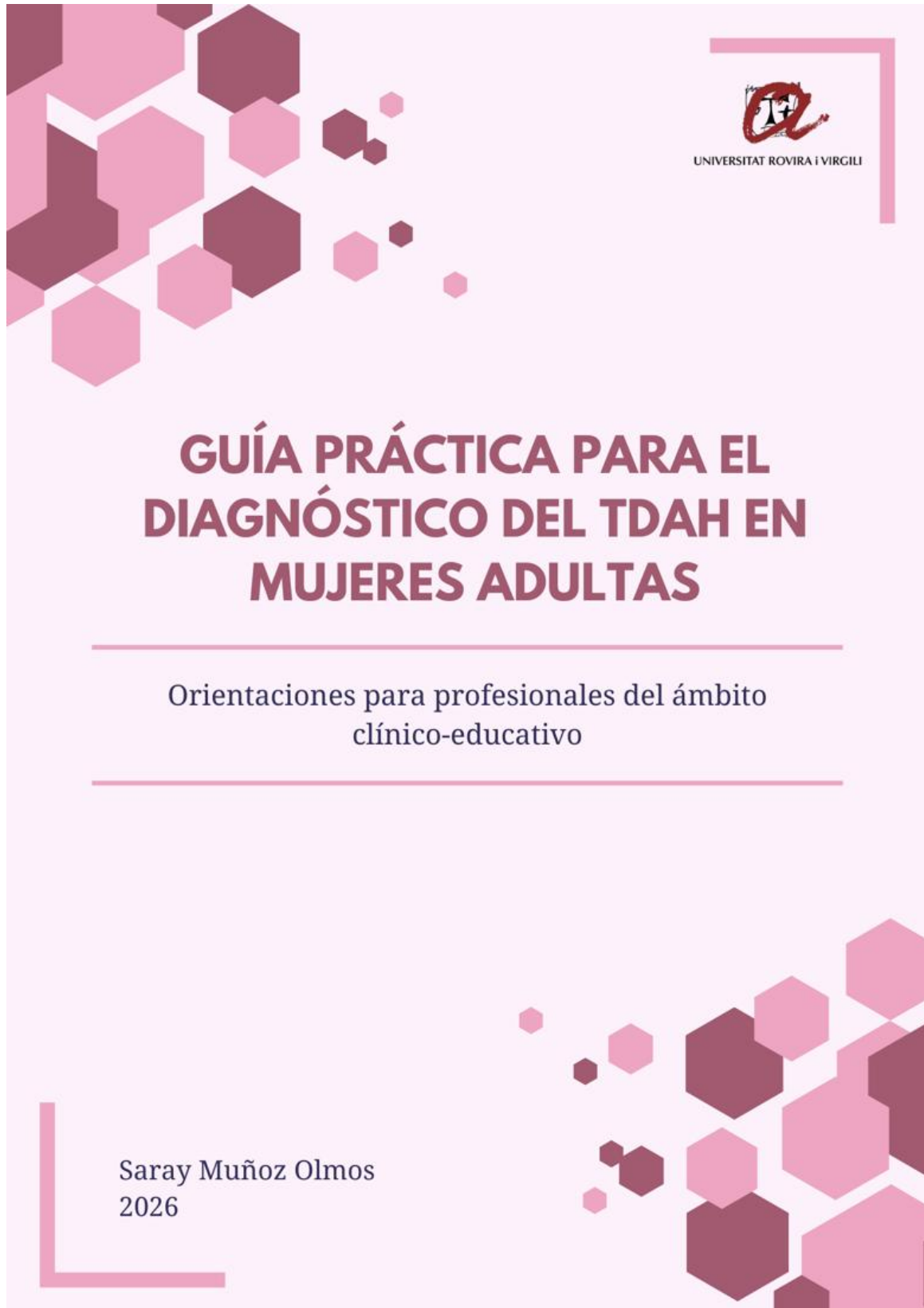
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La historia evolutiva infantil debe explorarse detalladamente durante la evaluación del TDAH en mujeres adultas.	☐	☐	☐	☐	☐
La evaluación clínica debería incluir preguntas específicas sobre estrategias compensatorias y masking.	☐	☐	☐	☐	☐
Es importante valorar el impacto funcional del TDAH en diferentes áreas de la vida (laboral, académica, familiar, social).	☐	☐	☐	☐	☐
La desregulación emocional y la carga mental deberían considerarse aspectos relevantes durante la evaluación.	☐	☐	☐	☐	☐
La evaluación multimétodo (entrevista, autoinforme, observación) favorece una detección más precisa del TDAH en mujeres adultas.	☐	☐	☐	☐	☐
La perspectiva de género mejora la identificación clínica del TDAH en mujeres adultas.	☐	☐	☐	☐	☐

Recomendaciones para la guía práctica *

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Es necesario desarrollar herramientas específicas para la detección del TDAH en mujeres adultas.	☐	☐	☐	☐	☐
Los profesionales de salud mental deberían recibir mayor formación sobre las manifestaciones femeninas del TDAH.	☐	☐	☐	☐	☐
Las guías clínicas actuales no representan adecuadamente la presentación del TDAH en mujeres adultas.	☐	☐	☐	☐	☐
Explorar experiencias de agotamiento, sobrecompensación y carga mental puede facilitar la detección del TDAH en mujeres.	☐	☐	☐	☐	☐
La detección temprana del TDAH en mujeres adultas podría reducir el malestar psicológico asociado.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 3

Guía práctica para el diagnóstico del TDAH en mujeres adultas



ÍNDICE:

1.	PRESENTACIÓN DE LA GUÍA:	3
2.	¿POR QUÉ EL TDAH EN MUJERES ADULTAS ES DIFERENTE?	3
3.	SEÑALES DE ALERTA	4
4.	MITOS VS. REALIDAD	5
5.	PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PASO A PASO:	6
6.	CHECHLIST DE DETECCIÓN RÁPIDA:	7
7.	BARRERAS DIAGNÓSTICAS FRECUENTES:.....	8
8.	RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:	9

1. PRESENTACIÓN DE LA GUÍA:

En esta guía se ha recogido los criterios prácticos basados en evidencia científica y en el consenso alcanzado por un panel de 14 expertos que participaron en un proceso Delphi de dos rondas. Su objetivo es ayudar a identificar mejor el TDAH en mujeres adultas, perfil que sigue siendo infradiagnosticado porque suelen presentar síntomas más internalizados y recurren a estrategias de enmascaramiento que pueden ocultar las dificultades reales.

Está dirigida a profesionales del ámbito clínico y educativo que participan en la detección inicial y en el acompañamiento: psicólogos, psiquiatras, orientadores, docentes y otros especialistas que, desde su práctica diaria, pueden reconocer señales de alerta, comprender mejor este perfil y propiciar una derivación adecuada hacia los recursos especializados.

DATOS IMPORTANTES:

~3,3 %	85%	+4 años	80%
Prevalencia estimada en España	Casos sin diagnosticar	Retraso medio de diagnóstico en mujeres	Presentan al menos un trastorno comórbido

No sustituye una evaluación clínica completa, pero sí ofrece una mirada más precisa y sensible a las particularidades del funcionamiento femenino en la edad adulta.

2. ¿POR QUÉ EL TDAH EN MUJERES ADULTAS ES DIFERENTE?

Los criterios diagnósticos vigentes (DSM-5-TR) se desarrollaron históricamente sobre muestras predominantemente masculinas, lo que ha generado un sesgo sistemático que subestima la presentación internalizada propia de muchas mujeres. Las dificultades atencionales, la impulsividad emocional y la hiperactividad interna raramente generan conductas disruptivas observables en el aula o en el trabajo, y por eso pasan desapercibidas durante años. Cuando llegan a consulta, muchas mujeres ya han recibido diagnósticos de ansiedad o depresión que tratan la comorbilidad, pero no el trastorno de base.

PERFIL DE REFERENCIA HISTÓRICA	PERFIL FEMENINO ADULTO FRECUENTE
Hiperactividad motora observable	Hiperactividad internalizada
Conducta disruptiva en el aula	Conducta adaptada, ausencia de disrupción externa
Inatención visible y externalizada	Inatención enmascarada con estrategias compensatorias
Diagnóstico frecuente en la infancia	Diagnóstico tardío, muchas veces en adulthood
Menor presencia de comorbilidades	Alta comorbilidad: ansiedad, depresión, TCA e insomnio
Impulsividad conductual y motora	Impulsividad emocional e interpersonal internalizada

3. SEÑALES DE ALERTA

Las siguientes manifestaciones son especialmente relevantes en mujeres adultas con TDAH. A diferencia del perfil clásico, predominan los síntomas internos y las estrategias de compensación que pueden ocultar completamente las dificultades reales. Es imprescindible explorarlos activamente, ya que raramente aparecen de forma espontánea en consulta.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	SÍNTOMAS INTERNALIZADOS	MASKING Y COMPENSACIÓN
Dificultades de organización y planificación cotidiana	Autocrítica intensa, culpa y vergüenza persistentes	Uso excesivo de listas, alarmas y agendas
Procrastinación crónica	Baja autoestima por dificultades no identificadas	Perfeccionismo como mecanismo compensatorio
Sensación de sobrecarga o saturación mental	Sufrimiento emocional que pasa desapercibido	Esfuerzo sostenido por aparentar funcionalidad
Desregulación emocional y reactividad elevada	Sensibilidad al rechazo e hipersensibilidad emocional	Inhibición emocional por expectativas de género

Inquietud interna sin hiperactividad visible	Fatiga mental crónica	Agotamiento crónico al final del día
Inatención poco visible externamente	Ansiedad que 'no tiene causa clara'	'Desde fuera parece que todo está bien'

¿Qué es el masking? Son las estrategias conscientes e inconscientes que una mujer desarrolla desde la infancia para compensar sus dificultades y adaptarse al entorno. La socialización femenina refuerza la conducta adaptada y penaliza la disruptiva, lo que lleva a muchas niñas a internalizar sus dificultades como fallos propios. El resultado es un TDAH externamente invisible, pero con un agotamiento interno constante.

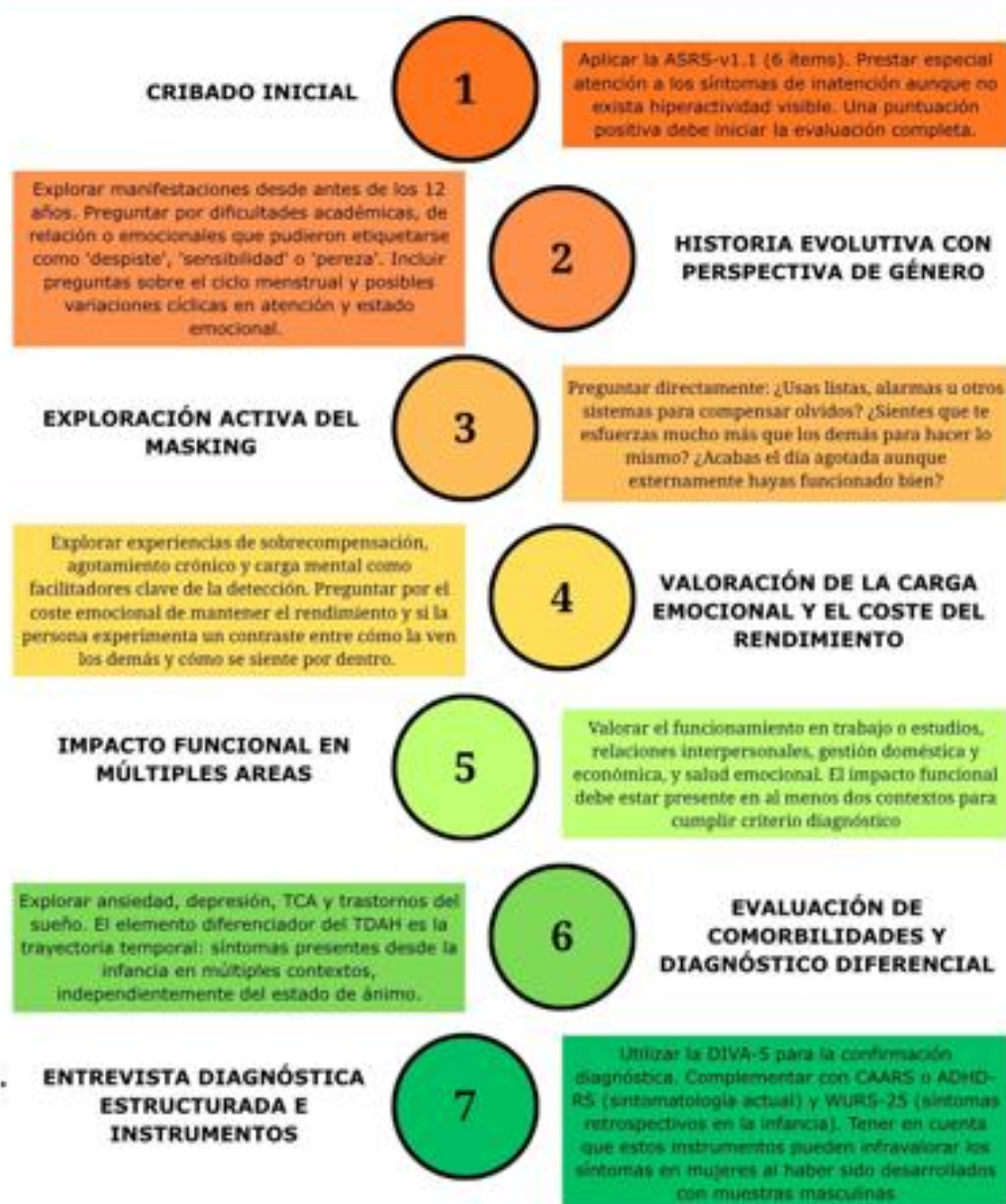
4. MITOS VS. REALIDAD

En la tabla que se presenta a continuación muestra las ideas erróneas que son frecuentes sobre el TDAH y los comentarios que podemos llegar a escuchar en la práctica como profesionales.

MITO	REALIDAD
'Si tuviera TDAH, lo habría notado antes'	Muchas mujeres llegan a la adultez sin diagnóstico precisamente porque aprendieron a compensar sus dificultades. El masking hace que el trastorno sea invisible para el entorno, e incluso para ellas mismas
'El TDAH siempre cursa con hiperactividad visible'	En mujeres adultas, la hiperactividad se manifiesta de forma internalizada: pensamientos acelerados, dificultad para desconectar mentalmente o impulsividad emocional. La hiperactividad motora no es un criterio necesario.
'Si tiene buenas notas o buen rendimiento, no puede tener TDAH'	El rendimiento aparente no descarta el diagnóstico. Muchas mujeres lo consiguen a un coste emocional y de energía muy elevado, lo que genera agotamiento crónico y no refleja el esfuerzo real invertido.
'Es ansiedad o depresión, no TDAH'	Ansiedad y depresión son las comorbilidades más frecuentes en este perfil, pero no son diagnósticos excluyentes. Tratar solo la comorbilidad sin explorar el TDAH subyacente no resuelve el problema de fondo y suele conllevar respuestas parciales al tratamiento.

'Es muy sensible o despistada, es su carácter'	La desregulación emocional, la procrastinación y la dificultad organizativa son síntomas clínicos con base neurobiológica, no rasgos de personalidad. Normalizarlos retrasa el acceso a una evaluación adecuada.
'Las guías clínicas ya contemplan a las mujeres'	Las guías existentes han sido elaboradas principalmente a partir de muestras masculinas y no recogen de forma sistemática la presentación femenina del trastorno, el masking ni el impacto hormonal en la expresión sintomática.

5. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PASO A PASO:



6. CHECKLIST DE DETECCIÓN RÁPIDA:

A partir de los resultados obtenidos de la segunda fase del método Delphi, se ha elaborado una lista de detección rápida. Es muy importante tener en cuenta que esta herramienta no sustituye la evaluación clínica completa, por lo que solo tiene un carácter orientativo.

Marca cada ítem si considera que la persona cumple con la característica descrita:

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	
Dificultades persistentes para organizar tareas, gestionar el tiempo o planificar actividades	
Procrastinación crónica, especialmente en tareas que requieren esfuerzo mental sostenido	
Sensación frecuente de saturación o sobrecarga mental	
Alta reactividad emocional: respuestas intensas ante situaciones cotidianas	
Inquietud interna: sensación de que la mente 'no para', aunque externamente esté tranquila	
B. SÍNTOMAS INTERNALIZADOS	
Autocrítica intensa, culpa o vergüenza ante errores o dificultades	
Baja autoestima vinculada a un historial de 'no llegar', 'fallar' o ser 'demasiado sensible'	
Agotamiento emocional que no se explica por la carga objetiva del día	
Sensibilidad al rechazo: reacciones intensas ante críticas o percepciones de desaprobación	
Ansiedad o estado de alerta constante sin causa claramente identificada	
C. MASKING Y COMPENSACIÓN	
Uso excesivo de listas, alarmas, agendas u otros sistemas organizativos	
Perfeccionismo como estrategia para evitar errores: dedica mucho más tiempo que los demás	
Esfuerzo sostenido por aparentar funcionalidad que no refleja cómo se siente por dentro	
Describe que desde fuera 'todo está bien' pero internamente experimenta caos o estrés	

Ha desarrollado estrategias propias para compensar dificultades sin haber recibido orientación	
D. HISTORIA Y CONTEXTO	
Refiere dificultades similares desde la infancia o la adolescencia	
Ha recibido diagnósticos previos de ansiedad o depresión con respuesta parcial al tratamiento	
En su entorno familiar hay personas con TDAH u otras dificultades de neurodesarrollo	
Las dificultades aparecen en al menos dos contextos diferentes (trabajo, hogar, relaciones)	
Las dificultades han generado un impacto significativo en su calidad de vida o funcionamiento	

Interpretación orientativa: La presencia de 4 o más ítems marcados, especialmente si incluyen ítems del bloque A o D, indica que debe realizarse una evaluación clínica más completa (Son las características clínicas que aparecen en el DSM-5-TR). La presencia de síntomas en los bloques B y C de forma aislada también puede justificar una exploración diagnóstica si se acompaña de impacto funcional significativo.

7. BARRERAS DIAGNÓSTICAS FRECUENTES:

El panel de expertos identificó las siguientes barreras como las más relevantes en la práctica clínica actual. Conocerlas ayuda al profesional a contrarrestarlas activamente durante la evaluación.

BARRERA	IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA
Confusión con ansiedad o depresión	El TDAH subyace sin explorarse; tratar solo la comorbilidad no resuelve el problema.
Perfil predominantemente inatento	Sin conducta disruptiva, no se activa la derivación a evaluación de TDAH
Ausencia de hiperactividad observable	El criterio motor clásico no suele cumplirse en mujeres adultas.
Síntomas atribuidos a rasgos de personalidad	Es muy sensible', 'es muy perfeccionista': normalización clínica del cuadro.
Falta de formación sobre el perfil femenino	La presentación femenina raramente se trabaja en la formación de grado o posgrado.

Estereotipos de género implícitos	Sesgos inconscientes orientan el diagnóstico hacia trastornos considerados 'más femeninos'.
Infravaloración de síntomas en la infancia	Instrumentos estandarizados pueden no detectar síntomas retrospectivos en mujeres

8. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Las siguientes recomendaciones vienen dadas directamente del consenso profesional alcanzado en el proceso Delphi y indican que mejoras se deberían de aplicar.

R1	Adoptar una perspectiva de género en toda la evaluación Integrar la perspectiva de género de forma sistemática: los síntomas deben interpretarse en el contexto de la socialización femenina y las expectativas de rol
R2	Explorar masking, agotamiento y sobrecompensación Incluir preguntas específicas sobre estrategias compensatorias, carga mental y experiencias de sobrecompensación. Son indicadores clave del perfil femenino que raramente emerge de forma espontánea en consulta.
R3	No descartar TDAH por ausencia de hiperactividad La hiperactividad motora visible no es requisito diagnóstico en mujeres adultas. La inquietud interna, la impulsividad emocional y la dificultad para desconectar mentalmente son sus equivalentes funcionales.
R4	Desarrollar herramientas específicas para mujeres adultas Los instrumentos actuales fueron diseñados sobre muestras masculinas. Es necesario complementarlos con preguntas adaptadas al perfil femenino y validar instrumentos específicos para esta población.
R5	Priorizar la detección temprana La detección temprana reduce el malestar psicológico acumulado, previene comorbilidades secundarias y evita años de diagnósticos incorrectos que generan culpa, baja autoestima y agotamiento emocional en las mujeres afectadas.
R6	Formación especializada como prioridad La falta de formación específica sobre el perfil femenino del TDAH es una barrera diagnóstica de primer orden. Se recomienda incluir este contenido en la formación continuada de psicólogos/as, psiquiatras, médicos/as y orientadores/as.