

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



GRADO EN PSICOLOGÍA
2023-2024

Estudio de la atención e hiperactividad/impulsividad en población no clínica adulta

Attention and hyperactivity/impulsiveness study in non-clinical adult population

Psicología de la educación

Denia Suárez Cortés

Oviedo, Junio 2024

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DEL TRABAJO FIN DE GRADO

(De acuerdo con lo establecido en el artículo 8.3 del Acuerdo de 5 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Oviedo, por el que se aprueba el Reglamento sobre la asignatura Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Oviedo)

D/Dña. Denia Suárez Cortés, estudiante del Grado en Psicología de la Facultad de Psicología, con DNI nº ***0996**.

DECLARO QUE:

El Trabajo Fin de Grado titulado: “Estudio de la atención e hiperactividad/impulsividad en población no clínica adulta” que presento para su exposición y defensa, es original y he citado debidamente todas las fuentes de información utilizadas, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

En Oviedo, a 04 de junio de 2024

Firmado: *Denia Suárez Cortés*

Resumen

Antecedentes: La atención y la impulsividad/hiperactividad son fundamentales para realizar tareas ordinarias, pero ambas se alteran conforme las personas envejecen.

Objetivo: El presente trabajo estudia la evolución de estas dos variables en las distintas etapas de la vida, así como analizar la influencia de distintas variables sociodemográficas.

Método: la muestra se ha conformado por 160 participantes, entre los 18 y 67 años, mediante un muestreo no probabilístico. Se aplicó la escala ASRS-V1.1 para evaluar la inatención e impulsividad/hiperactividad.

Resultados: Se ha hallado que los adolescentes y jóvenes adultos presentan más inatención e impulsividad/hiperactividad que la población de adultez intermedia y tardía. Asimismo, las personas con diagnóstico de TDAH son las que mayor inatención e impulsividad/hiperactividad presentan a lo largo de todas las etapas de la vida seguidas de aquellas que tienen otro diagnóstico psicológico distinto. También, se ha encontrado relación significativa con la formación finalizada del sujeto entre bachillerato y grado universitario. Las personas que actualmente cursan estudios universitarios presentan mayor inatención e impulsividad/hiperactividad que los adultos intermedios y tardíos.

Conclusiones: Se ha comprobado que la atención y la impulsividad/hiperactividad varían en función de las distintas etapas del desarrollo, así como la importancia de variables sociodemográficas en dicha evolución.

Palabras clave: Atención, Impulsividad, Hiperactividad, TDAH, Etapas del desarrollo.

Abstract

Background: Attention and impulsiveness/hyperactivity are critical to performing ordinary tasks, but both are altered as people age. **Objective:** The present work studies the evolution of these two variables in the different stages of life, as well as to analyse the influence of different sociodemographic variables. **Method:** The sample was composed of 160 participants, aged 18 to 67, using a non-probabilistic sampling. The ASRS-V1.1 scale was applied to assess inattention and impulsiveness/hyperactivity. **Results:** Adolescents and young adults have been found to be more inattentive and impulsive/hyperactive than the middle and late adult population. Similarly, people diagnosed with ADHD are the ones who experience the greatest inattention and impulsiveness/hyperactivity throughout all stages of life followed by those who have a different psychological diagnosis. Also, a significant relationship has been found with the completed academic training of the subject between bachelor's degree and university degree. People who are currently undergoing university studies are more inattentive and impulsive/hyperactive than middle-aged and late-term adults. **Conclusions:** It has been found that attention and impulsiveness/hyperactivity vary depending on the different stages of development, as well as the importance of sociodemographic variables in such evolution.

Keywords: Attention, Impulsiveness, Hyperactivity, ADHD, Developmental Stages.

Introducción

El mayor desarrollo de la atención se da durante la adolescencia y adultez temprana hasta la adultez intermedia, mejorando a medida que se desarrolla el individuo (Cohn et al., 1984; Dunning et al., 2024; Gazzaley et al., 2005; Healey et al., 2008). Durante la adolescencia, esta habilidad atencional es fundamental para el rendimiento y éxito académico (Alloway y Alloway, 2010). Por lo tanto, se trata de un periodo crítico para el desarrollo de ciertas capacidades cognitivas, las cuales necesitan un contexto enriquecedor para su desenvolvimiento (Chim et al., 2021). El rendimiento de la atención se ve muy condicionado por el contexto del sujeto, encontrándose grandes dificultades de concentración en contextos negativos o poco estimulantes. Así como, se observa cierta influencia y peores resultados en atención si el individuo se encuentra con riesgo de padecer o padece algún trastorno (Dunning et al., 2024).

La atención en la adultez temprana suele estar en su punto máximo de desarrollo. Los jóvenes en esta etapa, como los universitarios, presentan facilidad para mantener la atención y gestionar distintas tareas de forma paralela (Salthouse, 1996).

En la etapa de adultez intermedia las personas empiezan a tener ciertas complicaciones en lo referente al mantenimiento de la atención. Esta capacidad va disminuyendo gradualmente a medida que se acerca a la vejez (Berardi et al., 2001; Fortenbaugh et al., 2015). Así como disminuye la velocidad de procesamiento y la capacidad de gestión de múltiples tareas (Craik y Salthouse, 2000).

A medida que las personas se van acercando a la adultez tardía presentan mayores problemas para la inhibición de información irrelevante (Gazzaley et al., 2005; Healey et al., 2008). En la vejez, la velocidad de procesamiento de información es más lenta además de presentar dificultades para la resolución de tareas (Cohn et al., 1984; Connelly et al., 1991; Lustig et al., 2006; May, 1999).

Por otra parte, la impulsividad, la cual se trata de una inclinación del sujeto a actuar sin haber realizado previamente una evaluación de la situación y sus consecuencias (Barratt y Patton, 1983), durante la adolescencia, suele presentarse en mayor medida que en otras etapas. Esta etapa se caracteriza por cambios hormonales, además de estar en contacto con conductas de riesgo, como el consumo de sustancias o conducción temeraria (Steinberg, 2008). Los adolescentes más impulsivos presentan mayores dificultades para la concentración en tareas y consecución de instrucciones y

reglas (DuPaul y Stoner, 2014). Además, se relaciona con una mayor prevalencia de conflictos con los iguales y profesores, ya que la impulsividad está asociada a un comportamiento más disruptivo e imprudente (Moffitt, 1993).

En la adultez temprana, la impulsividad suele seguir siendo relativamente elevada, aunque presenta una pequeña disminución respecto a la adolescencia. Esto está relacionado con la necesidad de mayores estrategias de autorregulación y control de impulsos, ya que se trata de un periodo en el que se tienen que tomar una serie de decisiones importantes (Arnett, 2000). Sin embargo, la impulsividad sigue siendo alta, además los jóvenes se exponen a distintos contextos sociales de riesgo, tales como el consumo de alcohol o conductas sexuales no seguras (Steinberg, 2008).

En la adultez intermedia, la impulsividad muestra una disminución clara, el individuo es más maduro y posee estrategias de control de impulsos, además de tener, generalmente, una mayor estabilidad (McCrae et al., 1999). Sin embargo, situaciones como el estrés, el trabajo o responsabilidades pueden provocar conductas impulsivas en momentos concretos (Lachman, 2004).

La impulsividad en la adultez tardía muestra cierto deterioro en la función ejecutiva. Esta afectación puede verse en la toma de decisiones o el control de los impulsos, especialmente en situaciones novedosas o complejas, así como el manejo de las emociones, el cual puede resultar también en comportamientos impulsivos como herramienta de gestión (Carstensen et al., 2003; West, 1996).

De acuerdo con dicha evolución en cada etapa adulta, la atención e impulsividad son fundamentales para llevar a cabo las tareas ordinarias, la vida social y, fundamentalmente, la vida laboral. Actualmente, los déficits de atención e impulsividad/hiperactividad han sido muy estudiados bajo el término Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante TDAH), el cual se trata de un trastorno del desarrollo neurológico, cuya sintomatología se basa en la inatención, la hiperactividad y la impulsividad y debe presentarse antes de los 12 años (American Psychiatric Association, 2013). Este trastorno resulta muy común en la infancia, afectando alrededor de un 7,6% de los niños de 3 a 12 años y un 5,6% de los adolescentes de 12 a 18 años (Salari et al., 2023). En el TDAH se diferencian tres presentaciones dependiendo de la sintomatología preponderante: predominio de inatención, predominio de hiperactividad/impulsividad y la presentación combinada (American Psychiatric Association, 2013).

Como señala el DSM 5, el TDAH, para ser diagnosticado, debe de afectar a dos o más contextos de la vida de la persona que lo padece, como el ámbito académico o laboral, social y familiar (American Psychiatric Association, 2013), llegando a producir un deterioro funcional ejecutivo y emocional significativo (Heidbreder, 2015). Las funciones ejecutivas son independientes del TDAH, pero cuando la sintomatología está presente, puede que algunas se vean alteradas, como la capacidad para el control de impulsos y su inhibición o la capacidad de concentración en periodos de tiempo prolongados, lo que se denomina atención sostenida. También la memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, ya que se altera la capacidad de retención y manipulación de la información en un breve lapso de tiempo y la reacción ágil ante estímulos. Así como la capacidad de ofrecer respuestas coherentes y consistentes frente a estímulos, es decir, la variabilidad de respuesta (Willcutt et al., 2012).

Cuando existe el trastorno en niños y adolescentes, destaca por una conducta desatenta, impulsiva y bulliciosa, aún más intensa que los niños de su misma edad (American Psychiatric Association, 2013). Se ven afectadas áreas relacionadas con el rendimiento académico, las relaciones sociales y familiares, la autoestima, autoconcepto y calidad de vida (Harpin et al., 2016). Los niños suelen presentar TDAH predominante impulsivo, con problemas externalizantes, mientras que las niñas suelen pasar más desapercibidas debido a que tienen problemas y conductas más internalizantes, con un predominio de inatención (Parellada et al., 2009; Soutullo-Esperón y Mardomingo-Sanz, 2010). Si bien es cierto, los síntomas tienden a disminuir conforme los individuos van haciéndose adultos (Faraone et al., 2006). En la adolescencia los síntomas de hiperactividad comienzan a reducirse, sin embargo, la inatención y la impulsividad siguen presentes y provocan problemas de tolerancia a la frustración, impaciencia y pérdida de control, dificultades para la adaptación, bajo autoconcepto y autoestima, bajo rendimiento académico o problemas de socialización (Thapar et al., 2015). Además, los escolares con TDAH inatento tienen un peor autoconcepto sobre su labor académica, se ven menos capaces de superar las tareas y su formación, afectando a la autoestima y al estado emocional (Cueli et al., 2020).

El TDAH afecta al 2,5% de las personas adultas en todo el mundo (Faraone et al., 2015). La sintomatología del TDAH en adultos puede ser diferente a la que se observa en los niños, debido a que los adultos realizan actividades distintas en su día a día en comparación con los menores. En adultos puede resultar aún más complicado de

diagnosticar, debido a la variabilidad de su sintomatología y su asociación a la infancia. Esto conlleva que en ocasiones se llegue a solapar con otros trastornos (Salvi et al., 2021). Dentro de la población adulta se encuentran diferencias entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las que más deterioro presentan, con síntomas más graves (Vildalen et al., 2019). La presentación más frecuente en hombres es la combinada, con la presencia de síntomas aún más externalizantes, mientras que la presentación más común entre las mujeres es la inatenta (Mardomingo-Sanz et al., 2019; Willcutt, 2012).

En adultos, las dificultades más comunes se dan tanto en el trabajo como a nivel social y familiar. También suelen tener un mayor número de accidentes o lesiones habituales, problemas de salud mental o uso de sustancias (Aduen et al., 2018; Heidbreder, 2015).

La población joven adulta, como es la universitaria, tiene un índice más elevado que el de la adultez intermedia en la presencia de TDAH. Entre universitarios, el TDAH se encuentra entre un 6% de los estudiantes (Vidal et al., 2014). En los últimos años se ha estudiado el aumento de TDAH en la población joven, dónde se ha comprobado que la prevalencia se incrementa cada año (Safer, 2018), por lo que el número de jóvenes que acuden a un profesional con posibles síntomas de dicho trastorno es cada vez mayor, lo que ha producido una gran preocupación (Harrison et al., 2007; McCormick-Deaton y Mohiuddin, 2018). Para identificar este trastorno en jóvenes y adultos, son altamente relevantes los precedentes en la infancia, incluyendo déficits en habilidades sociales o funciones ejecutivas, factores llamativos en el desarrollo temprano, complicaciones en el desarrollo emocional o de la conducta y antecedentes familiares (McCormick-Deaton y Mohiuddin, 2018).

En la población joven se observan otras dificultades distintas a las que se perciben en los niños y adultos. Gran parte de los individuos en esta edad realizan estudios universitarios, por lo que las actividades que realizan difieren con las de otras edades. Entre universitarios con TDAH se ve afectado el rendimiento académico, donde el rendimiento general y las calificaciones son más bajas en comparación al resto de sus compañeros sin TDAH, así como las relaciones sociales y de pareja, autoestima, adecuación social o el funcionamiento psicológico y emocional (Sedgwick, 2018). El TDAH se relaciona con dificultades para conseguir el éxito académico, ya que tienen menor probabilidad de finalizar sus estudios (Biederman y Faraone, 2006). Además, el TDAH está asociado a un aumento del riesgo de tener problemas judiciales a edades

más tempranas, dando lugar a conductas delictivas, criminalidad y desacato de las reglas en distintos ámbitos, así como una mayor reincidencia de estos actos, lo que conlleva un mayor número de arrestos, condenas o encarcelamientos (Dagistan et al., 2022; Mohr-Jensen y Steinhausen, 2016).

En la vejez, el diagnóstico puede confundirse en múltiples ocasiones con demencia además de cursar con otros trastornos o enfermedades (Nagamine, 2024). Es posible que la confusión del TDAH con la demencia se deba al rango de edad en el que se diagnostica, ya que coincide con la edad de inicio de la demencia, o también debido a la sintomatología, ya el TDAH presenta falta de atención y amnesia, pudiendo confundirse con los inicios de la demencia. Las diferencias entre la falta de atención del TDAH y la demencia residen en que, en esta última, se olvidan completamente de los detalles de su día a día y de ciertos acontecimientos de la memoria episódica; sin embargo, en el TDAH sería achacable a despistes o descuidos (Sasaki et al., 2022). En la población senil con TDAH se observan dificultades atribuidas a un mayor deterioro de la memoria referido a procesos de aprendizaje, codificación y almacenamiento de la información, afectaciones en la memoria verbal y de trabajo (Callahan et al., 2020; Skodzik et al., 2017). Debido a todo ello, distintos síndromes cognitivos se solapan entre ellos, lo que dificulta el diagnóstico de TDAH en la etapa senil (Mendonca et al., 2021).

Los déficits asociados a la inatención e impulsividad/hiperactividad pueden darse debido a la presencia de otro trastorno. Por ejemplo, el trastorno bipolar presenta características sintomatológicas en común con el TDAH (Halmøy et al., 2010; Larsson et al., 2013; Solberg et al., 2018), así como la esquizofrenia, ya que los niños que son diagnosticados con TDAH tienen un mayor riesgo de presentar síntomas psicóticos en la edad adulta (Dalsgaard et al., 2014; Larsson et al., 2013).

La atención se ve muy influenciada por variables como la interacción con el ambiente u otros trastornos. Existen diversos modelos biopsicosociales que defienden las interacciones genéticas y ambientales. Sujetos en entornos estresantes o con estilos parentales deficientes podrían ser un factor de riesgo, aumentando la posibilidad de padecer TDAH y otros trastornos (Nigg y Craver, 2014; A. E. Russell et al., 2016). Tanto la presencia de síntomas, como el propio diagnóstico de TDAH, está relacionado con la desventaja social, el lugar de residencia, características familiares, experiencia personal o etapa histórica. Todo ello puede actuar como factor de riesgo, aunque la

variabilidad de esta sintomatología y el diagnóstico se explicaría, a su vez, por las variables de protección y resiliencia de cada individuo, entre otras (Charach et al., 2011; Rutter, 1987). Aunque todavía no se conoce la relación exacta entre el nivel socioeconómico y el TDAH, hay varios factores parentales que están asociados a esta condición social, como fumar durante el embarazo, el tiempo y compromiso hacia sus hijos, o, incluso, la dieta o sufrir acoso (Russell et al., 2016). En muchas ocasiones, de forma independiente a los estudios que posean, gran parte de las personas con TDAH tienen menos empleos a tiempo completo, y por ello un menor ingreso económico y a pertenecer, con una mayor probabilidad, a una baja clase socioeconómica (Biederman y Faraone, 2006).

Existe una evolución de la inatención, hiperactividad/impulsividad en el TDAH muy estudiada en la infancia y adolescencia, pero menos estudiada en la población adulta y no clínica. Por ello, es necesario establecer la evolución de la atención y la hiperactividad/impulsividad en población adulta no clínica, respecto a los rangos de edad (adolescente, adultez temprana, adultez intermedia y adultez tardía), género, nivel socioeconómico, estudios o presencia de un diagnóstico psicológico previo. Es de vital importancia para poder abordar la problemática que suponen el diagnóstico y tratamiento del trastorno. Este estudio propone estudiar la evolución de la atención e impulsividad/hiperactividad en población adulta no clínica en diferentes grupos de adultos entre 16 y 70 años. Y para ello, no debemos olvidarnos de que el TDAH está influenciado por múltiples factores, tanto individuales o genéticos como sociales, sin olvidarnos del contexto de las personas que lo padecen (Nigg y Craver, 2014; A. E. Russell et al., 2016; Rutter, 1987).

Objetivo

El objetivo principal de este estudio es estudiar la evolución de la atención e hiperactividad/impulsividad en población no clínica según el rango de edad: en adolescentes de 16 a 21 años (rango 1), adultez temprana, entre los 21 y 35 años (rango 2), en adultez intermedia, entre los 35 y 60 años (rango 3), y adultez tardía, personas mayores de 60 años (rango 4), según la clasificación de Muñoz-García (2020). Además, se analizará la influencia en función del género, nivel socioeconómico, la formación y el diagnóstico previo.

Del mismo modo, se desarrollan los siguientes objetivos específicos:

a) Identificar las diferencias en población adulta no clínica de la atención e impulsividad/hiperactividad en función el rango de edad.

b) Analizar la influencia del diagnóstico previo, del género, nivel socioeconómico y formación en población adulta no clínica sobre la atención e impulsividad/hiperactividad.

Considerando los objetivos expuestos se plantean las siguientes hipótesis a contrastar en este estudio:

H1: Los adolescentes y adultos jóvenes tendrán una mayor prevalencia y predominio de hiperactividad/impulsividad que las personas pertenecientes a los rangos de edad de adultez intermedia y tardía.

H2: La presencia de inatención e impulsividad/hiperactividad es equivalente entre hombres y mujeres y en los diferentes niveles socioeconómicos y de formación.

H3: Las personas con diagnóstico previo presentan los mismos síntomas que la población habitual.

Método

Participantes

En la Tabla 1 se observa la muestra total de este estudio, la cual se compuso por 160 personas seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico, con edades comprendidas entre los 18 y 67 años ($M = 30.5$; $DT = 14.4$), donde el 34.4 % ($n = 55$) se encuentra entre los 16 y los 21 años (grupo 1), el 40 % ($n = 64$) entre los 21 años y 1 día y los 35 años (grupo 2), el 19.4 % ($n = 31$) entre los 35 años y 1 día y los 60 años, (grupo 3), y el 6.3 % ($n = 10$) restante a partir de los 60 años y 1 día (grupo 4). Se identificaron con “género femenino” 123 personas, un 76.9 % de la muestra, con “género masculino” 36 personas, siendo un 22.5 % y con “no binario” 1 persona, el 0.6 % restante.

Un 0.6 % ($n = 1$) tiene finalizados los estudios de Educación Primaria, el 9.4 % ($n = 15$) los estudios de Educación Secundaria o EGB, el 3.1 % ($n = 5$) tiene finalizada una Formación Profesional Media y el 5.6 % ($n = 9$) una Formación Profesional Superior, el 59.4 % ($n = 95$) bachillerato, el 15.6 % ($n = 25$) un grado universitario y el 6.3 % restante ($n = 10$) un máster. El 58.1 % se encuentra cursando actualmente un grado universitario.

En cuanto al estado civil, el 74.4 % ($n = 119$) se encuentran solteros, el 22.5 % ($n = 36$) casados y el 3.1 % ($n = 5$) divorciados. La mayoría de los participantes (86.3 %; $n = 138$) se consideran de un nivel socioeconómico medio, mientras que un 10 % ($n = 16$) a una clase baja y un 3.8 % se percibe de clase alta. Gran parte de los individuos (85 %; $n = 136$) residen en su vivienda habitual, el 9.4 % ($n = 15$) convive en una residencia universitaria, un 1.9 % ($n = 3$) en un piso compartido, otro 1.9 % ($n = 3$) en un piso tutelado y el 1.9 % ($n = 3$) restante vive en un piso de estudiantes.

La mayoría de los participantes no tenía ningún diagnóstico psicológico previo (86.3 %; $n = 138$), mientras que, el 11.9 % ($n = 19$) si tenía un diagnóstico previo, pero no era TDAH y el 1.9 % ($n = 3$) tenía un diagnóstico de TDAH.

Tabla 1

Variables sociodemográficas recogidas en el estudio

Variables		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Edad	1	55	34.4
	2	64	40.0
	3	31	19.4
	4	10	6.3
	Total	160	100
Género	Hombre	36	22.5
	Mujer	123	76.9
	No binario	1	0.6
	Total	160	100
Estado civil	Soltero	119	74.4
	Casado	36	22.5
	Divorciado	5	3.1
	Total	160	100
Residencia	Residencia universitaria	15	9.4
	Vivienda habitual	136	85.0
	Piso tutelado	3	1.9
	Piso compartido	3	1.9
	Piso de estudiantes	3	1.9
	Total	160	100

Nivel socioeconómico	Bajo	16	10
	Medio	138	86.3
	Alto	6	3.8
Total		160	100
Formación	Primaria	1	0.6
	Secundaria/EGB	15	9.4
	FP media	5	3.1
	FP superior	9	5.6
	Bachillerato	95	59.4
	Grado universitario	25	15.6
	Máster	10	6.3
Total		160	100
Universitarios	Sí	93	58.1
	No	67	41.9
Total		160	100
Diagnóstico previo	Si, TDAH	3	1.9
	Si, pero no TDAH	19	11.9
	No	138	86.3
Total		160	100

Instrumentos de medida

Para estudiar la inatención e impulsividad/hiperactividad en población adulta no clínica en función del rango de edad, se han evaluado variables relacionadas con la atención y la hiperactividad e impulsividad.

Para proceder a su análisis primero se recogieron variables sociodemográficas, tales como edad, género, nivel sociodemográfico, formación finalizada, realización actual de estudios universitarios y diagnósticos psicológicos previos.

Para el análisis de las variables de atención e hiperactividad/impulsividad se aplicó la versión en castellano de la *Lista de verificación de síntomas de la escala de autoinforme sobre TDHA en adultos (ASRS-v1.1)* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) juntamente con la WHO Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) (Organización Mundial de la Salud y Composite International Diagnostic Interview, 2012). Esta escala consta de 18 ítems que concuerdan con los criterios del

DSM-IV-TR para el diagnóstico del TDAH (American Psychiatric Association, 2013). La *ASRS-v1.1* consta de dos partes, siendo la Parte A la que contiene las 6 preguntas más predictivas de los síntomas y la Parte B las 12 cuestiones restantes. Todas las preguntas son evaluadas en una escala tipo Likert de 5 puntos (donde 1: Nunca; 2: Rara vez; 3: A veces; 4: Con frecuencia; 5: Con mucha frecuencia). Las propiedades psicométricas de la escala se consideran adecuadas. En el estudio realizado por Scandar (2021) se demuestra que tiene una elevada consistencia interna y validez, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de .862.

Procedimiento

Para la recogida de datos y selección de los participantes se creó un formulario de Microsoft Forms. El enlace a este formulario online se difundió a través de redes sociales y contactos de la investigadora, realizándose un muestreo no probabilístico. El formulario constaba de la *ASRS* y de las preguntas sociodemográficas. Previo a la cumplimentación del cuestionario, se facilitó el consentimiento informado, donde consta el carácter voluntario y anónimo de la participación en este estudio, garantizándose el anonimato de los datos recogidos y la confidencialidad. Se les proporcionó el correo de contacto de la investigadora para responder cualquier duda sobre el estudio. Así pues, los participantes debían cumplimentar la casilla de consentimiento.

La muestra se recogió mediante dicho cuestionario durante los meses de enero y febrero de 2024. A continuación, el enlace del cuestionario:

<https://forms.office.com/e/DBaBGtWKxn>

Análisis de los datos

Una vez recogidos los datos se procede a su análisis mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 29.

Inicialmente, se agruparon los datos de la edad en cuatro rangos según la clasificación de Muñoz-García (2020). Posteriormente, se dividieron los ítems de la *ASRS* en tres factores: Atención, Hiperactividad y Combinado. A continuación, se realizaron las pruebas de asimetría y curtosis para comprobar la normalidad. Con el fin de detectar diferencias en los tres factores se realizó un análisis univariado de la varianza (ANOVA) por cada factor, tomando como variable dependiente, en cada caso, la Atención, la Hiperactividad o Combinado y como variables independientes la edad, el

género, nivel socioeconómico, la formación académica finalizada, realización actual de un grado universitario y diagnóstico psicológico previo.

Resultados

En la Tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables respecto a los factores de Atención, Hiperactividad y Combinado. De acuerdo con los valores de la asimetría y curtosis las variables objeto de estudio del presente trabajo cumplen con los criterios de normalidad.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos. Valores de asimetría y curtosis

	Mínimo	Máximo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
Atención	9	44	23.525	6.167	.329	.482
Hiperactividad	9	42	22.043	5.493	.429	.370
Combinado	22	78	45.568	10.634	.254	.246

Grupos de edad

Se han dividido los participantes en adolescentes de 16 a 21 años (rango 1), adultez temprana, entre los 21 y 35 años (rango 2), adultez intermedia, entre los 35 y 60 años (rango 3), y adultez tardía, personas mayores de 60 años (rango 4).

Respecto a la atención, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas entre los rangos de edad $F(3, 156) = 13.876, p < .001, n_p^2 = 0.211$, con un tamaño de efecto grande. Los análisis post-hoc reflejaron diferencias entre el grupo 1, adolescentes, y 3, adultez intermedia ($p < .001$) y entre el grupo 1, adolescentes y 4, adultez tardía ($p < .001$). Como se ve en la Tabla 3, los adolescentes presentan una atención significativamente más baja que los adultos medios y tardíos. Por otra parte, el grupo 2, adultez temprana, muestra una diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo 3, adultez intermedia ($p = .007$) y 4, adultez tardía ($p = .004$). Es decir, las personas en adultez temprana presentan una atención significativamente más baja que los que se encuentran en adultez intermedia y tardía.

En cuanto a la hiperactividad, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas en la edad $F(3, 156) = 4.466, p = .005, n_p^2 = 0.079$, con un tamaño de

efecto medio. En los análisis post-hoc se encuentran las diferencias entre el grupo 1, adolescentes, y 3, adultez intermedia ($p = .021$). Como se ve en la Tabla 3, los adolescentes presentan una hiperactividad significativamente más alta que los adultos medios.

En combinado, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas en los rangos de edad $F(3, 156) = 10.502, p < .001, \eta_p^2 = .168$, con un tamaño de efecto grande. En los análisis post-hoc se encuentran las diferencias entre el grupo 1, adolescentes, con el 3, adultez intermedia ($p < .001$) y el 4, adultez tardía ($p = .001$). Como se ve en la Tabla 3, los adolescentes tienen una presentación combinada significativamente más elevada que los adultos medios y tardíos. Por otra parte, el grupo 2, adultez temprana muestra diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo 3, adultez intermedia ($p = .035$) y el 4, adultez tardía ($p = .032$). Es decir, como se ve en la Tabla 3, los adultos tempranos tienen una presentación combinada significativamente más elevada que los adultos medios y tardíos.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos para rango de edad

Variable	Grupos de edad	N	Media	DT
Atención	1	55	26.200	4.743
	2	64	24.062	5.825
	3	31	19.774	6.458
	4	10	17.000	4.346
	Total	160	23.525	6.167
Hiperactividad	1	55	23.745	5.525
	2	64	22.046	5.426
	3	31	19.967	5.231
	4	10	10.100	3.247
	Total	160	22.043	5.493
Combinado	1	55	49.945	9.328
	2	64	46.109	10.204
	3	31	39.741	10.382
	4	10	36.100	7.202
	Total	160	45.568	10.634

Género

En el ANOVA no se obtuvieron diferencias significativas respecto al género en atención $F(2, 157) = .603, p = .549, n_p^2 = .008$, con un tamaño de efecto pequeño; ni hiperactividad $F(2, 157) = .512, p = .601, n_p^2 = .006$, con un tamaño de efecto pequeño; ni combinado $F(2, 157) = .667, p = .515, n_p^2 = .008$, nuevamente, con un tamaño de efecto pequeño.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos para el género

Variable	Género	N	Media	DT
Atención	Mujer	123	23.780	6.220
	Hombre	36	22.583	6.049
	No Binario	1	26.000	.
	Total	160	23.525	6.167
Hiperactividad	Mujer	123	22.227	5.564
	Hombre	36	21.333	5.318
	No Binario	1	25.000	.
	Total	160	22.043	5.493
Combinado	Mujer	123	46.008	10.732
	Hombre	36	43.916	10.387
	No Binario	1	51.000	.
	Total	160	45.568	10.634

Nivel socioeconómico

En el ANOVA no se encontraron diferencias significativas para el nivel socioeconómico en atención $F(2, 157) = .354, p = .703, n_p^2 = .004$, con un tamaño de efecto pequeño; ni hiperactividad $F(2, 157) = .215, p = .807, n_p^2 = .003$, con un tamaño de efecto pequeño; ni combinado $F(2, 157) = .342, p = .711, n_p^2 = .004$, nuevamente con un tamaño de efecto pequeño.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos para el nivel socioeconómico

Variable	Nivel Socioeconómico	N	Media	DT
Atención	Bajo	16	24.312	6.342
	Medio	138	23.507	6.237
	Alto	6	21.833	4.167
	Total	160	23.525	6.167
Hiperactividad	Bajo	16	22.562	5.202
	Medio	138	22.036	5.575
	Alto	6	20.833	4.915
	Total	160	22.043	5.493
Combinado	Bajo	16	46.875	10.892
	Medio	138	45.543	10.753
	Alto	6	42.666	7.5011
	Total	160	45.568	10.634

Formación

En cuanto a la atención, en el ANOVA se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la formación, $F(5, 154) = 6.983, p < .001, n_p^2 = .185$, con un tamaño de efecto grande. En los análisis post-hoc se observan diferencias entre las personas que tienen finalizados estudios universitarios y los que han finalizado bachillerato ($p < .001$). Como se ve en la Tabla 6, los que han finalizado bachillerato presentan una atención significativamente más baja que los que han finalizado estudios universitarios.

Respecto a la hiperactividad, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas en formación $F(5, 154) = 3.868, p = .002, n_p^2 = .112$, con un tamaño de efecto medio. En los análisis post-hoc se observan diferencias entre las personas que tienen finalizados estudios universitarios y los que han finalizado bachillerato ($p = .008$). Como se ve en la Tabla 6, los que han finalizado bachillerato, presentan una hiperactividad significativamente más alta que los que han finalizado estudios universitarios.

En combinado, en el ANOVA se encontraron diferencias estadísticamente significativas en formación $F(5, 154) = 6.224, p < .001, n_p^2 = .168$, con un tamaño de efecto grande. En los análisis post-hoc se observan las diferencias entre los participantes

que han finalizado bachillerato y los que han finalizado estudios universitarios ($p < .001$). Como se ve en la Tabla 6, los que han finalizado bachillerato presentan una hiperactividad significativamente más alta que los que han finalizado estudios universitarios.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos para la formación

Variable	Formación	N	<i>M</i>	<i>DT</i>
Atención	Estudios obligatorios	16	22.937	6.147
	FP Media	5	20.000	7.648
	FP Superior	9	21.666	4.500
	Bachillerato	95	25.431	5.522
	Universidad	25	18.360	5.886
	Máster	10	22.700	5.457
	Total	160	23.525	6.167
Hiperactividad	Estudios obligatorios	16	22.437	5.966
	FP Media	5	20.200	5.019
	FP Superior	9	23.888	5.418
	Bachillerato	95	23.073	5.504
	Universidad	25	18.280	3.802
	Máster	10	20.300	4.691
	Total	160	22.043	5.493
Combinado	Estudios obligatorios	16	45.375	10.157
	FP Media	5	40.200	12.597
	FP Superior	9	45.555	9.619
	Bachillerato	95	48.505	9.983
	Universidad	25	36.640	8.683
	Máster	10	43.000	9.752
	Total	160	45.568	10.634

Universitarios

En atención, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas entre participantes universitarios y no universitarios $F(1, 158) = 40.482, p < .001, \eta_p^2 = .204$, con un tamaño de efecto grande. Como se ve en la Tabla 7, los universitarios presentan una atención significativamente más baja que los no universitarios.

En hiperactividad, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas entre participantes universitarios y no universitarios $F(1, 158) = , p < .001, n_p^2 = .090$, con un tamaño de efecto medio. Como se ve en la Tabla 7, los universitarios presentan una atención significativamente más baja que los no universitarios.

En combinado, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas entre participantes universitarios y no universitarios $F(1, 158) = 33.293, p < .001, n_p^2 = .174$, con un tamaño de efecto grande. Como se ve en la Tabla 7, los universitarios presentan una atención significativamente más baja que los no universitarios.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos para universitarios

Variable	Universitarios	N	Media	DT
Atención	No	67	20.253	5.541
	Si	93	25.881	5.504
	Total	160	23.525	6.167
Hiperactividad	No	67	20.104	4.930
	Si	93	23.440	5.478
	Total	160	22.043	5.493
Combinado	No	67	40.358	9.510
	Si	93	49.322	9.825
	Total	160	45.568	10.634

Diagnóstico psicológico previo

En atención, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas entre participantes que tenían diagnóstico psicológico previo y los que no $F(2, 157) = 11.988, p < .001, n_p^2 = .132$, con un tamaño de efecto medio. En los análisis post-hoc se observan las diferencias entre los participantes que no tenían diagnóstico previo y los que si tenían, pero no era TDAH ($p = < .001$), y los que tenían diagnóstico de TDAH ($p = .030$). Como se ve en la Tabla 8, los participantes que tienen TDAH y los que tienen otro diagnóstico presentan una atención significativamente más baja que los que no tienen ningún diagnóstico.

En hiperactividad, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas entre participantes que tenían diagnóstico psicológico previo y los que no $F(2, 157) = 8.121, p < .001, n_p^2 = .094$, con un tamaño de efecto medio. En los análisis post-hoc se

observan las diferencias entre los participantes que no tenían diagnóstico previo y los que tenían diagnosticado TDAH ($p = .003$). Como se ve en la Tabla 8, los participantes que tienen TDAH presentan una hiperactividad significativamente más alta que los que no tienen ningún diagnóstico. Por otra parte, se encontraron diferencias entre los que tienen diagnóstico de TDAH y los que tienen otro diagnóstico ($p = .050$). Como se ve en la Tabla 8, los participantes con TDAH presentan una hiperactividad significativamente más elevada que los que tenían otro diagnóstico.

En combinado, el ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas entre participantes que tenían diagnóstico psicológico previo y los que no $F(2, 157) = 11.588, p < .001, \eta_p^2 = .129$, con un tamaño de efecto medio. En los análisis post-hoc se observan las diferencias entre los participantes que no tienen diagnóstico con los que sí que tienen, independientemente de que sea TDAH ($p = .004$) o no ($p = .002$). Como se ve en la Tabla 8, los que tienen TDAH y los que tienen otro diagnóstico tienen una presentación de combinado significativamente más elevada que los que no tienen diagnóstico.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos para diagnóstico psicológico previo

Variable	Diagnóstico previo	N	Media	DT
Atención	No	138	22.644	5.659
	Si, TDAH	3	31.666	5.859
	Si, pero no TDAH	19	28.631	6.626
	Total	160	23.525	6.167
Hiperactividad	No	138	21.514	5.022
	Si, TDAH	3	32.333	5.507
	Si, pero no TDAH	19	24.263	6.797
	Total	160	22.043	5.493
Combinado	No	138	44.159	9.663
	Si, TDAH	3	64.000	11.357
	Si, pero no TDAH	19	52.894	12.054
	Total	160	45.568	10.634

Por lo tanto, respecto a la atención, el estudio mostró diferencias significativas entre los rangos de edad (1 y 2, mayor inatención que 3 y 4), formación finalizada (bachillerato mayor inatención que estudios universitarios), universitarios (universitarios mayor inatención que no universitarios) y diagnóstico psicológico previo (TDAH y otro diagnóstico mayor inatención que sin diagnóstico previo).

Respecto a la hiperactividad, el estudio mostró diferencias significativas entre los rangos de edad (1 mayor hiperactividad que 3), formación finalizada (bachillerato mayor hiperactividad que estudios universitarios), universitarios (universitarios mayor inatención que no universitarios) y diagnóstico psicológico previo (TDAH mayor hiperactividad que otro diagnóstico, y estos a su vez, mayor hiperactividad que sin diagnóstico psicológico previo).

Respecto a la sintomatología combinada, el estudio mostró diferencias significativas entre los rangos de edad (1 y 2 mayor presentación combinada que 3 y 4), formación finalizada (bachillerato mayor presentación combinada que estudios universitarios), universitarios (universitarios mayor inatención que no universitarios) y diagnóstico psicológico previo (TDAH y otro diagnóstico mayor inatención que sin diagnóstico previo).

Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la evolución de la atención y la hiperactividad/impulsividad en población no clínica en función de los diferentes rangos de edad, según la clasificación de Muñoz-García (2020). Para entender dicha evolución, no debemos centrarnos únicamente en el desarrollo biológico, sino también abarcar una perspectiva que comprenda todo el contexto y las variables que rodean al individuo (Nigg y Craver, 2014; A. E. Russell et al., 2016; Rutter, 1987).

En los resultados obtenidos en este estudio se ha podido observar como los adolescentes presentan mayores valores autoinformados de inatención e hiperactividad/impulsividad, siguiéndolo la adultez temprana, luego la adultez intermedia y obteniendo siempre la puntuación más baja la adultez tardía. El TDAH tiene una prevalencia en torno a un 5.6% en los adolescentes según Salari et al. (2023). Este porcentaje disminuye ligeramente, afectando a un 3-4% de la adultez temprana, según el estudio de Safer (2018). Tan solo un 2.5% prevalece con este trastorno hasta la

adultez intermedia (Faraone et al., 2015), mientras que en la adultez tardía disminuye aún más.

Además, la adolescencia es un periodo crucial para el desenvolvimiento de las capacidades cognitivas del individuo, donde la atención aún está en pleno desarrollo, alcanzando su punto máximo en la adultez temprana (Chim et al., 2021; Salthouse, 1996). Debido a esto, la inatención es mucho más notoria en estas edades, por lo que las personas suelen ser conscientes de ello, lo que no ocurre en la adultez intermedia y la adultez tardía. Estas dos últimas etapas se caracterizan por ciertos déficits que aparecen entorno a ciertas capacidades del sujeto, entre ellas, la atención (Gazzaley et al., 2005; Healey et al., 2008; Salthouse, 1996). Lo que no concuerda con los resultados obtenidos, ya que la adultez intermedia y la tardía han obtenido una media menor, lo que quiere decir que reportan menos problemas de inatención. Esto puede deberse a que la inatención autoinformada en estos periodos se asocie más a problemas asociados con la edad y no resulte tan notorio como para los individuos más jóvenes, también en comparación con sus iguales.

Por otra parte, con la hiperactividad/impulsividad ocurre exactamente lo mismo. Los adolescentes presentan un mayor número de conductas impulsivas, teniendo en cuenta los cambios hormonales que se sufren en dicha edad y la exposición a conductas de riesgo (Steinberg, 2008). En la adultez temprana la impulsividad sigue siendo elevada, pero se observa una ligera disminución, probablemente asociada a la toma de decisiones importantes y el manejo de nuevas herramientas de autocontrol (Arnett, 2000; Steinberg, 2008). Tanto en la adultez intermedia como en la tardía, la impulsividad se reduce notoriamente, aunque diversas situaciones pueden provocar ciertas conductas de este tipo, pero se da de manera muy ocasional (Carstensen et al., 2003; Lachman, 2004; McCrae et al., 1999; West, 1996). Además, los síntomas asociados al TDAH tienden a disminuir conforme los individuos van haciéndose adultos (Faraone et al., 2006).

En cuanto al género, la literatura establece que las presentaciones de TDAH varían si hablamos de hombres o de mujeres. Los hombres suelen tener una presentación hiperactiva/impulsiva cuando son pequeños, variando al combinado una vez son adultos. Sin embargo, las mujeres mantienen la presentación inatenta como predominante en cualquier etapa del desarrollo vital (Mardomingo-Sanz et al., 2019; Parellada et al., 2009; Soutullo-Esperón y Mardomingo-Sanz, 2010; Willcutt, 2012), a

diferencia de los resultados obtenidos, los cuales no muestran una relación significativa entre el género y las conductas inatenta o hiperactiva-impulsiva. Posiblemente se deba a que la muestra analizada es población no clínica. Además, hay un número elevado de mujeres a diferencia de los hombres y, tan solo, una persona que se identifica como No Binaria.

Los modelos biopsicosociales sostienen que el TDAH surge de la interacción entre factores genéticos y ambientales (Nigg y Craver, 2014; A. E. Russell et al., 2016). Además, este trastorno se ha relacionado con la desventaja social, el lugar de residencia, características familiares, experiencia personal o etapa histórica. Todo ello puede actuar como factor de riesgo (Charach et al., 2011). Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio difieren de los de Charach et al. (2011), ya que no se ha encontrado una relación significativa entre el nivel socioeconómico y el TDAH. Esto podría deberse a que el 86.25% de la muestra está compuesta por personas que se identifican como de clase media, lo que genera un desequilibrio en la muestra y puede afectar la validez de los resultados. Además, la muestra obtenida es población no clínica, por lo que podría ser otra razón de discrepancia.

El TDAH está relacionado con un peor rendimiento académico y con mayores dificultades para conseguir el éxito académico, según el estudio de Biederman y Faraone (2006). Este estudio no concuerda con los resultados obtenidos, ya que la mayor parte de la muestra ha finalizado bachillerato y la universidad, un 59.375% y 15.625% respectivamente, conformando en total el 75% de la muestra. Mientras, un 58.125% se encuentra, actualmente, realizando algún estudio universitario. Estos sujetos han pasado una criba de rendimiento muy elevada para conseguir los estudios que poseen, por lo que es poco posible que el rendimiento haya estado afectado. Esta diferencia puede deberse a que la muestra la conforman mayoritariamente estudiantes universitarios.

La población joven adulta, como la universitaria, tiene un índice más elevado que el de la adultez intermedia en la presencia de TDAH. Entre universitarios, el TDAH se encuentra entre un 6% de los estudiantes (Vidal et al., 2014). Lo que concuerda con los resultados. Los universitarios, en su mayoría, son adolescentes o adultos jóvenes, los cuales son los que presentan mayor inatención, a diferencia de los no universitarios, que se corresponden con población adulta intermedia y tardía. Además, representan la mayor parte de la muestra obtenida, un 58%.

Algunos trastornos, como el trastorno bipolar, presentan características sintomatológicas en común con el TDAH (Halmøy et al., 2010; Larsson et al., 2013; Solberg et al., 2018) o como ocurre también con la esquizofrenia (Dalsgaard et al., 2014; Larsson et al., 2013). Por ello, las personas que presentan algún otro trastorno pueden tener una mayor puntuación en la inatención e hiperactividad/impulsividad autoinformado, tal y como ocurre con los resultados obtenidos. Como es de esperar, aquellos individuos con diagnóstico de TDAH son aquellos que presentan mayores valores en cualquier presentación, pero los siguientes valores más elevados son de aquellas personas que presentan un diagnóstico psicológico previo diferente al TDAH.

Conclusión

Esta investigación proporciona una visión detallada e integral acerca de la evolución de la atención y la hiperactividad/impulsividad en población no clínica, comparado con la literatura existente de individuos diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de diferentes etapas del desarrollo vital, desde la adolescencia hasta la vejez, destacando la prevalencia en cada uno de estos periodos, así como la variación en la manifestación y sintomatología entre géneros, asociadas a distintas dificultades en cada etapa. Además, estudia su asociación con diversos trastornos y la influencia de ciertos factores sociodemográficos.

El grado de inatención va disminuyendo a medida que va aumentando la edad. Así, los adolescentes y adultez joven presentan una mayor intención e hiperactividad que la adultez intermedia y adultez tardía.

Respecto al grado de inatención e hiperactividad al analizar la variable de la formación finalizada de los participantes se han encontrado diferencias significativas. Las personas que tenían finalizados los estudios hasta bachillerato presentaban mayores valores de inatención y combinado que el resto. Además, también se encontraron relaciones significativas entre universitarios y no universitarios, siendo los primeros los que presentaban mayores niveles de inatención, hiperactividad y combinado.

Por último, se observaron relaciones significativas entre diagnósticos psicológicos previos y TDAH. Teniendo unos mayores valores tanto de inatención, como de hiperactividad y combinado, aquellos participantes que tenían otro trastorno psicológico diagnosticado anteriormente.

Limitaciones

En primer lugar, la muestra es pequeña, utilizando un muestreo no probabilístico, lo que puede conllevar a sesgos en los resultados, por lo que pueden resultar no concluyentes. En segundo lugar, la muestra no se encuentra balanceada, se encuentran grupos mucho mayores que otros, lo que dificulta la generalización de los resultados. En tercer lugar, sería interesante poder contar con un grupo de participantes con TDAH.

Referencias

- Aduen, P. A., Kofler, M. J., Sarver, D. E., Wells, E. L., Soto, E. F. y Cox, D. J. (2018). ADHD, depression, and motor vehicle crashes: A prospective cohort study of continuously-monitored, real-world driving. *Journal of Psychiatric Research*, *101*, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.026>
- Alloway, T. P. y Alloway, R. G. (2010). Investigating the predictive roles of working memory and IQ in academic attainment. *Journal of Experimental Child Psychology*, *106*(1), 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2009.11.003>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Barratt, E. S. y Patton, J. H. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. En M.Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety* (pp. 77–122). Lawrence Erlbaum Associates.
- Berardi, R., Parasuraman, R. y Haxby, J. V. (2001). Overall Vigilance and Sustained Attention Decrements in Healthy Aging. *Experimental Aging Research*, *27*(1), 19–39. <https://doi.org/10.1080/03610730126014>

- Biederman, J. y Faraone, S. V. (2006). The effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on employment and household income. *Medscape General Medicine*, 8(3), 12.
- Callahan, B. L., Ramakrishnan, N., Shammi, P., Bierstone, D., Taylor, R., Ozzoude, M., Goubran, M., Stuss, D. T. y Black, S. E. (2020). Distinct cognitive and neuroimaging profiles in later-life Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and mild cognitive impairment. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-91495/v1>
- Carstensen, L. L., Fung, H. H. y Charles, S. T. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103–123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Charach, A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C. G., Lillie, E., Yeung, E., Ma, J., Raina, P. y Schachar, R. (2011). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. *Europe PMC*.
- Chim, H. Q., Gijsselaers, H. J. M., de Groot, R. H. M., Van Gerven, P. W. M., oude Egbrink, M. G. A. y Savelberg, H. H. C. M. (2021). The effects of light physical activity on learning in adolescents: a systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1–28. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2021.2001837>
- Cohn, N. B., Dustman, R. E. y Bradford, D. C. (1984). Age-related decrements in stroop color test performance. *Journal of Clinical Psychology*, 40(5), 1244–1250. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198409\)40:5<1244::AID-JCLP2270400521>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198409)40:5<1244::AID-JCLP2270400521>3.0.CO;2-D)
- Connelly, S. L., Hasher, L. y Zacks, R. T. (1991). Age and reading: The impact of distraction. *Psychology and Aging*, 6(4), 533–541. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.4.533>
- Craik, F. I. M. y Salthouse, T. A. (2000). *The handbook of aging and cognition* (2^a ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Cueli, M., Rodríguez, C., Cañamero, L., Núñez, J. y González-Castro, P. (2020). Self-Concept and Inattention or Hyperactivity–Impulsivity Symptomatology: The Role of Anxiety. *Brain Sciences*, *10*(4), 250. <https://doi.org/10.3390/brainsci10040250>
- Dagistan, A. A., Gica, S., Aydin, A. y Cilli, A. S. (2022). Prevalence of probable attention-deficit/hyperactivity disorder in inmates and its relationship with recidivism. *Journal of Forensic Sciences*, *67*(1), 289–296. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14894>
- Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., Maibing, C. M., Nordentoft, M. y Thomsen, P. H. (2014). Association between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in childhood and schizophrenia later in adulthood. *European Psychiatry*, *29*(4), 259–263. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.06.004>
- Dunning, D. L., Parker, J., Griffiths, K., Bennett, M., Archer-Boyd, A., Bevan, A., Ahmed, S., Griffin, C., Foulkes, L., Leung, J., Sakhardande, A., Manly, T., Kuyken, W., Williams, J. M. G., Blakemore, S. J. y Dalglish, T. (2024). Sustaining attention in affective contexts during adolescence: age-related differences and association with elevated symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/02699931.2024.2348730>
- DuPaul, G. J. y Stoner, G. (2014). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. The Guilford Press.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R. y Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *1*(1), 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Faraone, S. V., Biederman, J. y Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, *36*(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Fortenbaugh, F. C., DeGutis, J., Germine, L., Wilmer, J. B., Grosso, M., Russo, K. y Esterman, M. (2015). Sustained Attention Across the Life Span in a Sample of 10,000. *Psychological Science*, *26*(9), 1497–1510. <https://doi.org/10.1177/0956797615594896>

- Gazzaley, A., Cooney, J. W., Rissman, J. y D'Esposito, M. (2005). Top-down suppression deficit underlies working memory impairment in normal aging. *Nature Neuroscience*, 8(10), 1298–1300. <https://doi.org/10.1038/nn1543>
- Halmøy, A., Hallestad, H., Dramsdahl, M., Bergsholm, P., Fasmer, O. B. y Haavik, J. (2010). Bipolar Symptoms in Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(01), 48–57. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04722ora>
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J. y Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295–305. <https://doi.org/10.1177/1087054713486516>
- Harrison, A., Edwards, M. y Parker, K. (2007). Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(5), 577–588. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.03.008>
- Healey, M. K., Campbell, K. L. y Hasher, L. (2008). *Cognitive aging and increased distractibility: Costs and potential benefits* (pp. 353–363). [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(07\)00022-2](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(07)00022-2)
- Heidbreder, R. (2015). ADHD symptomatology is best conceptualized as a spectrum: a dimensional versus unitary approach to diagnosis. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(4), 249–269. <https://doi.org/10.1007/s12402-015-0171-4>
- Lachman, M. E. (2004). Development in Midlife. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 305–331. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>
- Larsson, H., Rydén, E., Boman, M., Långström, N., Lichtenstein, P. y Landén, M. (2013). Risk of bipolar disorder and schizophrenia in relatives of people with attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 203(2), 103–106. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.120808>
- Lustig, C., Hasher, L. y Tonev, S. T. (2006). Distraction as a determinant of processing speed. *Psychonomic Bulletin & Review*, 13(4), 619–625. <https://doi.org/10.3758/BF03193972>
- Mardomingo-Sanz, M. J., Sancho Mateo, C., Soler López, B., Alcindor Huelva, P., Artiles Pérez, L., Bastardas Sardan, J., Blanco Barca, O., Casal Pena, C., Casas

- Rivero, J., de Burgos Marín, R., de Santos Moreno, T., Durán Forteza, O., Fernández Jaén, A., Filippidis Semino, I., Fraguas Herráez, D., García Sánchez, F. J., García Téllez, J. M., Gómez Sánchez, J. A., Gómez Vicente, B., ... Valverde Gómez, M. (2019). Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. *Anales de Pediatría*, 90(6), 349–361.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.07.014>
- May, C. P. (1999). Synchrony effects in cognition: The costs and a benefit. *Psychonomic Bulletin & Review*, 6(1), 142–147.
<https://doi.org/10.3758/BF03210822>
- McCormick-Deaton, C. M. y Mohiuddin, S. (2018). New Onset ADHD Symptoms in Adolescents and College Students: Diagnostic Challenges and Recommendations. *Adolescent Psychiatry*, 8(2), 79–92.
<https://doi.org/10.2174/2210676608666180208162023>
- McCrae, R. R., Costa, P. T., de Lima, M. P., Simões, A., Ostendorf, F., Angleitner, A., Marušić, I., Bratko, D., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Chae, J. H. y Piedmont, R. L. (1999). Age differences in personality across the adult life span: Parallels in five cultures. *Developmental Psychology*, 35(2), 466–477.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.2.466>
- Mendonca, F., Sudo, F. K., Santiago-Bravo, G., Oliveira, N., Assuncao, N., Rodrigues, F., Soares, R., Calil, V., Bernardes, G., Erthal, P., Drummond, C., Tovar-Moll, F. y Mattos, P. (2021). Mild Cognitive Impairment or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Older Adults? A Cross Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.737357>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Mohr-Jensen, C. y Steinhausen, H.C. (2016). A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations. *Clinical Psychology Review*, 48, 32–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.002>

- Muñoz-García, A. (2020). El desarrollo psicológico: Cuestiones básicas y explicaciones. En A. Muñoz-García, *Psicología del desarrollo en la etapa de educación infantil* (pp. 17–44). Pirámide.
- Nagamine, T. (2024). Beware of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in older adults. *Psychogeriatrics*, 24(1), 148–149. <https://doi.org/10.1111/psyg.13048>
- Nigg, J. T. y Craver, L. (2014). Commentary: ADHD and social disadvantage: an inconvenient truth? – a reflection on Russell et al. and Larsson et al.. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 446–447. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12237>
- Organización Mundial de la Salud y Composite International Diagnostic Interview (2012). *Lista de verificación de síntomas de la escala de autoinforme sobre el TDAH en adultos (ASRS-v1.1)*. [Instrumento de medición]. Obtenido de https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs//ftplib/adhd/adhd/Old%20Versions/18Q_Spanish-US.pdf
- Parellada, M., Moreno, D., Sipos, L. y Ponce, G. (2009). Síntomas asociados y complicaciones. Comorbilidad. En M. Parellada (Ed.) *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (pp. 45-57). Alianza Editorial.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R. y Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(3), 440–458. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Safer, D. J. (2018). Is ADHD Really Increasing in Youth? *Journal of Attention Disorders*, 22(2), 107–115. <https://doi.org/10.1177/1087054715586571>
- Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H. y Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>

- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103(3), 403–428. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.3.403>
- Salvi, V., Ribuoli, E., Servasi, M., Orsolini, L. y Volpe, U. (2021). ADHD and Bipolar Disorder in Adulthood: Clinical and Treatment Implications. *Medicina*, 57(5), 466. <https://doi.org/10.3390/medicina57050466>
- Sasaki, H., Jono, T., Fukuhara, R., Honda, K., Ishikawa, T., Boku, S. y Takebayashi, M. (2022). Late-manifestation of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: an observational study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 354. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03978-0>
- Scandar, M. G. (2021). Validez y fiabilidad de las escalas ASRS y WURS-25 para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en población argentina. *Revista de Neurología*, 72(03), 77. <https://doi.org/10.33588/rn.7203.2019381>
- Sedgwick, J. A. (2018). University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a literature review. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 221–235. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.20>
- Skodzik, T., Holling, H. y Pedersen, A. (2017). Long-Term Memory Performance in Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 267–283. <https://doi.org/10.1177/1087054713510561>
- Solberg, B. S., Halmøy, A., Engeland, A., Igland, J., Haavik, J. y Klungsoyr, K. (2018). Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(3), 176–186. <https://doi.org/10.1111/acps.12845>
- Soutullo-Esperón, C. y Mardomingo-Sanz, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y adolescente* (pp. 55-78). Editorial Médica Panamericana.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Thapar, A., Pine, D., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J. y Taylor, E. (2015). Disorders of Reading, mathematical and motor development. En M. J. Snowling y

- C. Hulme (Eds.) *Rutter's Child and adolescent psychiatry* (6th ed., pp. 738-756). Willey Blackwell.
- Vidal, R., Barrau, V., Casas, M., Caballero-Correa, M., Martínez-Jiménez, P. y Ramos-Quiroga, J. A. (2014). Prevalencia de síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adolescentes y adultos jóvenes con otros trastornos psiquiátricos refractarios a tratamientos previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.03.003>
- Vildalen, V. U., Brevik, E. J., Haavik, J. y Lundervold, A. J. (2019). Females With ADHD Report More Severe Symptoms Than Males on the Adult ADHD Self-Report Scale. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 959–967. <https://doi.org/10.1177/1087054716659362>
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120(2), 272–292. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.2.272>
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Loo, S. K., Carlson, C. L., McBurnett, K. y Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 991–1010. <https://doi.org/10.1037/a0027347>

Anexos

Anexo I. *Lista de verificación de síntomas de la escala de autoinforme sobre TDHA en adultos (ASRS-v1.1) (Organización Mundial de la Salud y Composite International Diagnostic Interview, 2012)*

ÍTEMS

Factor I. Atención

- I01. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para terminar los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?
- I02. ¿Con qué frecuencia le cuesta poner las cosas en orden cuando tiene que hacer una tarea que requiere organización?
- I03. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para acordarse de citas u obligaciones?
- I04. Cuando tiene una tarea que exige pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa su comienzo?
- I07. ¿Con qué frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto difícil?
- I08. ¿Con qué frecuencia le cuesta mantener la atención cuando está haciendo un trabajo aburrido o repetitivo?
- I09. ¿Con qué frecuencia le cuesta concentrarse en lo que otras personas le dicen, incluso cuando le están hablando directamente a usted?
- I10. ¿Con qué frecuencia embolata o le cuesta encontrar cosas en la casa o el trabajo?
- I11. ¿Con qué frecuencia lo distraen las actividades o ruidos que lo rodean?

Factor II. Hiperactividad

- I05. ¿Con qué frecuencia se mueve nerviosamente o retuerce las manos o los pies cuando tiene que estar sentado por un tiempo prolongado?
- I06. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si tuviera un motor adentro?
- I12. ¿Con qué frecuencia deja su asiento en reuniones u otras situaciones en las que se espera que se mantenga sentado?
- I13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o agitado?
- I14. ¿Con qué frecuencia le cuesta despreocuparse y relajarse cuando tiene tiempo libre?
- I15. ¿Con qué frecuencia encuentra que habla demasiado cuando está en situaciones sociales?
- I16. Cuando participa en una conversación, ¿con qué frecuencia encuentra que termina las frases de las personas con las que habla antes de que ellas puedan terminarlas?
- I17. ¿Con qué frecuencia le cuesta esperar su turno en situaciones en las que es necesario esperar turno?

I18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otras personas cuando están ocupadas?

Factor III. Combinado

- I01. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para terminar los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?
- I02. ¿Con qué frecuencia le cuesta poner las cosas en orden cuando tiene que hacer una tarea que requiere organización?
- I03. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para acordarse de citas u obligaciones?
- I04. Cuando tiene una tarea que exige pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa su comienzo?
- I05. ¿Con qué frecuencia se mueve nerviosamente o retuerce las manos o los pies cuando tiene que estar sentado por un tiempo prolongado?
- I06. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si tuviera un motor adentro?
- I07. ¿Con qué frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto difícil o aburrido?
- I08. ¿Con qué frecuencia le cuesta mantener la atención cuando está haciendo un trabajo aburrido o repetitivo?
- I09. ¿Con qué frecuencia le cuesta concentrarse en lo que otras personas le dicen, incluso cuando le están hablando directamente a usted?
- I10. ¿Con qué frecuencia embolata o le cuesta encontrar cosas en la casa o el trabajo?
- I11. ¿Con qué frecuencia lo distraen las actividades o ruidos que lo rodean?
- I12. ¿Con qué frecuencia deja su asiento en reuniones u otras situaciones en las que se espera que se mantenga sentado?
- I13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o agitado?
- I14. ¿Con qué frecuencia le cuesta despreocuparse y relajarse cuando tiene tiempo libre?
- I15. ¿Con qué frecuencia encuentra que habla demasiado cuando está en situaciones sociales?
- I16. Cuando participa en una conversación, ¿con qué frecuencia encuentra que termina las frases de las personas con las que habla antes de que ellas puedan terminarlas?
- I17. ¿Con qué frecuencia le cuesta esperar su turno en situaciones en las que es necesario esperar turno?
- I18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otras personas cuando están ocupadas?
-