



LO QUE SABEMOS

El TDA/H y Las Mujeres

Lo que se sabe al presente del TDA/H en las mujeres es extremadamente limitado debido a que se han realizado pocos estudios en esta población.^{1,2} Sólo desde hace poco se ha comenzado a diagnosticar y a tratar el

TDA/H en las mujeres y, hoy día, la mayor parte de lo que sabemos sobre esta población se basa en la experiencia clínica de los profesionales de la salud mental que se han especializado en tratar a las mujeres.

Esta hoja discutirá:

- los síntomas comunes y los patrones del TDA/H en las mujeres adultas
- el tratamiento del TDA/H en las mujeres adultas
- estrategias para la vida diaria

IMPACTO DEL TDA/H EN LAS MUJERES

Por razones que aún no están claras, las mujeres con el TDA/H frecuentemente son pasadas por alto cuando son niñas pequeñas^{3,4} y no son diagnosticadas hasta que son adultas. Con frecuencia, una mujer llega a reconocer su propio TDA/H luego de que sus niños reciben el diagnóstico. A medida que aprende más acerca del TDA/H, comienza a identificar patrones similares en ella misma.

Algunas mujeres buscan tratamiento para el TDA/H porque sus vidas están fuera de control —sus finanzas pueden ser un caos; sus documentos y registros frecuentemente están mal manejados; pueden luchar sin éxito por mantenerse al día con las demandas del trabajo; y pueden sentirse aún menos capaces de mantenerse a tiempo con las tareas diarias de las comidas, el lavado de la

ropa y el manejo diario.⁵ Otras mujeres tienen más éxito escondiendo el TDA/H; luchan valientemente por mantenerse al día con las demandas cada vez más difíciles trabajando hasta la noche y utilizan su tiempo libre tratando de “organizarse”. Pero sea que la vida de la mujer es claramente un caos o sea que es capaz de esconder sus luchas, con frecuencia esta se describe a sí misma como sobrecargada y exhausta.⁶

Aunque la investigación con mujeres continúa rezagada al compararse con la de hombres adultos con el TDA/H, muchos profesionales están encontrando en las mujeres con el TDA/H preocupaciones significativas y condiciones coexistentes. El comer compulsivamente, el abuso del alcohol y la falta crónica de sueño pueden estar presentes en las mujeres con el TDA/H.^{7,8,9}

Las mujeres con el TDA/H frecuentemente experimentan disforia (estado de ánimo desagradable), depresión mayor y trastornos de ansiedad, con índices de trastornos depresivos y ansiedad similares a los encontrados en hombres con el TDA/H.¹⁰ Sin embargo, las mujeres con el TDA/H parecen experimentar mayor estrés psicológico y tener una imagen propia más baja que los hombres con el TDA/H.^{11,12}

**“ Por razones que aún no están
claras, las mujeres con el TDA/H
frecuentemente son pasadas por
alto cuando son niñas pequeñas .”**

Al compararse con mujeres sin el TDA/H, las mujeres diagnosticadas con el TDA/H en la adultez tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos, están más estresadas y ansiosas, tienen más locus de control externo (tendencia a atribuir los sucesos y las dificultades a factores externos tales como el azar), tienen menos estima propia y se involucran más en estrategias de manejo que están más emocionalmente orientadas (uso de medidas de autoprotección para reducir el estrés) que orientadas a la tarea (tomar acción para resolver problemas).² Los estudios señalan que el TDA/H en un miembro de la familia causa estrés en la familia completa.¹² Sin embargo, los niveles de estrés pueden ser mayores en las mujeres que en los hombres porque las mujeres cargan más responsabilidades en la casa y

con los niños. Además, la investigación reciente sugiere que los esposos de mujeres con el TDA/H son menos tolerantes de los patrones del TDA/H de sus esposas que las esposas de los hombres con el TDA/H.¹⁴ El estrés crónico cobra su cuota en las mujeres con el TDA/H, afectándolas tanto física como psicológicamente. Las mujeres que sufren de estrés crónico como el que se asocia con el TDA/H están en mayor riesgo de enfermedades relacionadas con el estrés crónico, tal como la fibromialgia.¹⁵

Por lo tanto, se hace cada vez más evidente que la falta de identificación y tratamiento apropiado del TDA/H en las mujeres es una preocupación significativa de salud pública.

EL RETO DE RECIBIR TRATAMIENTO APROPIADO

El TDA/H es una condición que afecta múltiples aspectos relacionados con el estado de ánimo, las habilidades cognoscitivas, la conducta y la vida diaria. El tratamiento efectivo para el TDA/H en las mujeres adultas puede englobar un acercamiento multimodal que incluya medicación, psicoterapia, manejo del estrés, así como coaching para el TDA/H y/o ayuda profesional para organizarse.

Aun aquellas mujeres lo suficientemente afortunadas que reciben un diagnóstico certero del TDA/H con frecuencia enfrentan el reto subsiguiente de encontrar un profesional que pueda proveer el tratamiento apropiado. Hay muy pocos clínicos experimentados en el tratamiento del TDA/H en los adultos, y aun muchos menos que están familiarizados con las particularidades únicas que enfrentan las mujeres con el TDA/H. Como resultado, la mayor parte de los clínicos usa acercamientos psicoterapéuticos convencionales. A pesar de que estos acercamientos pueden ser útiles en proveer introspección sobre los asuntos emocionales e interpersonales, los mismos no son útiles para ayudar a la mujer con el TDA/H a aprender a manejar mejor el TDA/H en el diario o a aprender estrategias para llevar una vida más productiva y satisfactoria.

Se están desarrollando terapias enfocadas en el TDA/H para atender una amplia gama de asuntos que incluyen la auto-estima, asuntos interpersonales y familiares, hábitos diarios de salud, nivel diario de estrés y destrezas de manejo diario. Tales intervenciones con frecuencia son conocidas como “psicoterapia neurocognoscitiva”, la cual combina terapia cognoscitiva conductual con técnicas de

rehabilitación cognoscitiva.^{5,16} La terapia cognoscitiva conductual enfatiza los asuntos psicológicos del TDA/H (por ejemplo, la auto-estima, la auto-aceptación, la culpa), mientras que el acercamiento de rehabilitación cognoscitiva enfatiza las destrezas de manejo diario para mejorar las funciones cognoscitivas (recordar, razonar, entender, solucionar problemas, evaluar y usar el juicio), aprender estrategias compensatorias y reestructurar el ambiente.

MANEJO DE MEDICAMENTOS EN LAS MUJERES CON EL TDA/H

Los asuntos sobre medicamentos con frecuencia son más complicados para las mujeres que para los hombres con el TDA/H. Cualquier acercamiento a la medicación necesita tomar en consideración todos los aspectos de la vida de la mujer, incluyendo el tratamiento de condiciones coexistentes. Las mujeres con el TDA/H tienen mayor probabilidad de sufrir de ansiedad o depresión coexistente, así como una gama de otras condiciones incluyendo discapacidades en el aprendizaje.^{17,18,19} Dado que los trastornos del uso de alcohol y drogas son comunes en mujeres con el TDA/H, y pueden estar presentes a una edad temprana, es muy importante un historial de uso de sustancias.²⁰

La medicación puede complicarse más aún por las fluctuaciones hormonales durante el ciclo menstrual y a lo largo de la vida (p. Ej., pubertad, perimenopausia y menopausia) con un aumento en los síntomas del

TDA/H cada vez que los niveles de estrógeno disminuyen.²¹ En algunos casos, puede ser necesario integrar el reemplazo hormonal al régimen de medicación utilizado para tratar el TDA/H.

Para más información sobre manejo de medicamentos en los adultos con el TDA/H, vea “Lo que sabemos: Manejando la medicación para los Adultos con el TDA/H.”

OTROS ACERCAMIENTOS TERAPÉUTICOS

Las mujeres con el TDA/H pueden beneficiarse de uno o más de los siguientes acercamientos terapéuticos:

1. Adiestramiento para padres. En la mayor parte de las familias la madre es la cuidadora principal. Se espera que las madres sean las gerentes de la casa y de la familia - roles que requieren enfoque, organización y planificación, así como la habilidad para manejar

múltiples responsabilidades simultáneamente. Sin embargo, el TDA/H típicamente interfiere con estas habilidades, lo cual hace que el trabajo de madre sea más difícil para las mujeres con el TDA/H.

Más aun, dado que el TDA/H es hereditario, es más probable que una mujer con el TDA/H tenga un hijo con el TDA/H que una mujer sin el trastorno, lo cual aumenta los retos de la crianza. Las mujeres pueden necesitar adiestramiento orientado a los adultos con el TDA/H en el área de la crianza y el manejo del hogar. Los programas con base científica de manejo para los padres que han resultado eficaces en los niños con el TDA/H también se recomiendan para los padres con el TDA/H.^{22,23} Sin embargo, la investigación reciente acerca de estos acercamientos de adiestramiento para los padres indica que el adiestramiento para padres puede ser menos eficaz si la madre tiene niveles elevados de síntomas del TDA/H.²⁴ Por lo tanto, puede ser necesario incorporar estrategias de manejo diario para los adultos con el TDA/H en los programas de adiestramiento para padres dirigidos a las madres con el TDA/H.

2. Terapia grupal. Los problemas sociales en las féminas con el TDA/H se desarrollan tempranamente y parecen

“...dado que el TDA/H es hereditario, es más probable que una mujer con el TDA/H tenga un hijo con el TDA/H que una mujer sin el trastorno, lo cual aumenta los retos de la crianza.”

aumentar con la edad. Las mujeres con el TDA/H tienen mayores problemas de auto-estima que los hombres con el TDA/H, y con frecuencia sienten vergüenza cuando se comparan con las mujeres que no presentan el TDA/H¹¹. Dado que muchas mujeres con el TDA/H sienten vergüenza y rechazo, los grupos de psicoterapia especialmente diseñados para las mujeres con el TDA/H pueden proveer experiencias terapéuticas — un lugar donde puedan sentirse comprendidas y aceptadas por otras mujeres y un lugar seguro para comenzar el viaje para aceptarse más a sí mismas y aprender a manejar mejor sus vidas.

3. Coaching del TDA/H. El coaching del TDA/H, una nueva profesión, se ha desarrollado en respuesta a una

necesidad de estructura, apoyo y enfoque entre algunos adultos con el TDA/H. El coaching con frecuencia toma lugar por medio de llamadas telefónicas o mensajes electrónicos. Para mayor información sobre el coaching, lea “Lo que Sabemos: El Coaching para los Adultos con el TDA/H”.

4. Organización profesional. En la medida en que la vida contemporánea se hace más complicada, el organizador profesional se ha desarrollado para suplir la demanda. Las mujeres con el TDA/H típicamente luchan con muy altos niveles de desorganización en muchas áreas de sus vidas. Algunas mujeres pueden mantener la organización en su trabajo, pero a expensas de la organización en sus hogares. Para otras la desorganización está generalizada, lo cual aumenta los retos y las dificultades del TDA/H. Un organizador profesional puede proveer asistencia directa para clasificar, descartar, archivar y guardar artículos en el hogar o en la oficina, ayudando a establecer sistemas que son más fáciles de mantener. Para más información sobre la organización, vea “Lo que Sabemos: Organizando la Casa y la Oficina”.

5. Consejería ocupacional. Al igual que las mujeres con el TDA/H pueden necesitar consejería específica como madres con el TDA/H, también podrían beneficiarse grandemente de la consejería ocupacional, la cual les puede ayudar a sacar ventaja de sus fortalezas y reducir el impacto del TDA/H en la ejecución laboral. Muchos trabajos profesionales y de oficina contienen las mismas tareas y responsabilidades que son más retadoras para una persona con el TDA/H, incluyendo el prestar atención a los detalles, programar, papelería y mantener un espacio de trabajo organizado. Algunas veces es necesario un cambio de carrera o de trabajo para reducir el estrés diario intenso que con frecuencia experimenta la mayor parte de las personas con el TDA/H en el sitio de trabajo. Un consejero ocupacional que esté familiarizado con el TDA/H puede proveer consejería muy valiosa. Para mayor información, consulte la hoja de información y recursos sobre los asuntos laborales.

MANERAS EN QUE LAS MUJERES CON EL TDA/H PUEDEN AYUDARSE A SI MISMAS

Para una mujer con el TDA/H es útil trabajar inicialmente con un profesional para desarrollar mejores estrategias de vida y manejo de estrés. Sin embargo, desarrollar estrategias que pueden usarse en la casa, con la guía de un terapeuta, coach u organizador, es crítico

para reducir el impacto del TDA/H. Una mujer con el TDA/H podría beneficiarse de las siguientes estrategias:¹³

- Entender y aceptar los retos del TDA/H en vez de juzgarse y culparse a sí misma
- Identificar las fuentes de estrés en la vida diaria y hacer cambios sistemáticos en la vida para reducir el nivel de estrés.
- Simplificar la vida.
- Buscar estructura y apoyo de la familia y los amigos.
- Conseguir consejo experto acerca de la crianza
- Crear una familia “amiga del TDA/H” cuyos miembros se apoyen y cooperen unos con otros.
- Programar periodos de retiro diarios para usted.
- Desarrollar hábitos saludables de cuidado propio, tales como dormir y ejercitarse lo suficiente y tener una buena nutrición.
- Enfocarse en las cosas que usted ama.

RESUMEN

Las personas con el TDA/H tienen diferentes necesidades y retos, dependiendo del género, la edad y el ambiente. Sin reconocerse y sin tratarse, el TDA/H puede tener implicaciones sustanciales en la salud mental y la educación.¹ Es importante que las mujeres con el TDA/H reciban un diagnóstico adecuado que atienda tanto los síntomas como otros asuntos relacionados con el funcionamiento y el impedimento, que ayudarán a determinar el tratamiento y las estrategias apropiadas para cada mujer con el TDA/H individualmente.

RECURSOS EN LA INTERNET

Centro Nacional para Asuntos de Género y TDA/H, www.negiadd.org

REFERENCIAS

1. Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., y Lapey, K.S. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. [Diferencias de género en una muestra de adultos con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Psychiatry Research*, 53, 13–29.
2. Rucklidge, J.J., y Kaplan, B.J. (1997). Psychological functioning of women identified in adulthood with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. [Funcionamiento psicológico de mujeres identificadas con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la adultez] *Journal of Attention Disorders*, 2, 167–176.

3. Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T.E., Frazier, E., y Johnson, M.A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatry clinic. [Influencia del género en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños referidos a una clínica psiquiátrica]. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36–42.
4. Gaub, M., y Carlson, C.L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. [Diferencias por género en el TDAH: Un meta-análisis y revisión crítica]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036–1045.
5. Nadeau, K. (2002). Psychotherapy for women with AD/HD. [Psicoterapia para mujeres con el TDA/H] En K. Nadeau & P. Quinn (Eds.), *Understanding Women with AD/HD* [Entendiendo a las mujeres con el TDA/H] (pp. 104–123). Silver Spring, MD: Advantage Books.
6. Solden, S. (1995). *Women with attention deficit disorder: Embracing disorganization at home and in the workplace*. [Mujeres con trastorno por déficit de atención: Abrazar la desorganización en el hogar y el trabajo]. Grass Valley, CA: Underwood Books.
7. Dodson, W.M. (2002). Sleep disorders. [Trastornos del sueño] En P. Quinn y K. Nadeau (Eds.), *Gender issues and AD/HD: Research, diagnosis, and treatment* [Asuntos de género y TDA/H: Investigación, diagnóstico y tratamiento] (pp. 353–364). Silver Spring, MD: Advantage Books.
8. Fleming, J., y Levy, L. (2002). Eating disorders. [Trastornos de alimentación]. En P. Quinn y K. Nadeau (Eds.), *Gender issues and AD/HD: Research, diagnosis, and treatment* [Asuntos de género y TDA/H: Investigación, diagnóstico y tratamiento] (pp. 411–426). Silver Spring, MD: Advantage Books.
9. Richardson, W. (2002). Addictions. [Adicciones] En P. Quinn y K. Nadeau (Eds.), *Gender issues and AD/HD: Research, diagnosis, and treatment* [Asuntos de género y TDA/H: Investigación, diagnóstico y tratamiento] (pp. 394–410). Silver Spring, MD: Advantage Books.
10. Stein, M.A., Sandoval, R., Szumowski, E., Roizen, N., Reinecke, M.A., Blondis, T.A., y Klein, Z. (1995). Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): Reliability and factor structure for men and women. [Características psicométricas del Wender Utah Rating Scale (WURS): Confiabilidad y estructura factorial para hombres y mujeres] *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 425–433.
11. Arcia, E., y Conners, C.K. (1998). Gender differences in ADHD?. [¿Diferencias por género en el TDAH?] *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 77–83.
12. Katz, L.J., Goldstein, G., y Geckle, M. (1998). Neuropsychological and personality differences between men and women with ADHD. [Diferencias neuropsicología y de personalidad entre hombres y mujeres con el TDA/H] *Journal of Attention Disorders*, 2, 239–247.
13. Nadeau, K.G. y Quinn, P.O. (Eds.). (2002). *Understanding women with AD/HD*. [Entendiendo a las mujeres con el TDA/H] Silver Spring, MD: Advantage Books.
14. Robin, A.L., y Payson, E. (2002). The impact of AD/HD on marriage. [El impacto del TDA/H en el matrimonio] *The ADHD Report*, 10(3), 9–11,14.
15. Rodin, G.C., y Lithman, J.R. (2002). Fibromyalgia in women with AD/HD. [Fibromialgia en las mujeres con el TDA/H] En Nadeau, K.G. & Quinn, P.O. (Eds.), *Understanding Women with AD/HD*. [Entendiendo a las mujeres con el TDA/H] Silver Spring, MD: Advantage Books.
16. Young, J. (2002). Depression and anxiety. [Depresión y ansiedad] En Nadeau, K.G. y Quinn, P.O. (Eds.), *Understanding Women with AD/HD*. [Entendiendo a las mujeres con el TDA/H] Silver Spring, MD: Advantage Books.
17. Biederman, J. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. [Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una perspectiva del curso de vida] *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 7), 4–16.
18. Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A., Mick, E., Lehman, B.K., y Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. [Patrones de comorbilidad psiquiátrica, cognición y funcionamiento psicosocial en adultos con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad]. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792–1798.
19. Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T.E., Spencer, T.J., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J., y Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. [Correlatos clínicos del TDAH en las mujeres: Hallazgos de un grupo grande de niñas de fuentes de referido pediátrico y psiquiátrico]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 966–975.
20. Wilens, T.E., Spencer, T.J., y Biederman, J. (1995.) Are attention-deficit hyperactivity disorder and the psychoactive substance use disorders really related?. [¿Están realmente relacionados el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas?] *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 160–162.
21. Quinn, P. (2002). Hormonal fluctuations and the influence of estrogen in the treatment of women with ADHD [Fluctuaciones hormonales y la influencia del estrógeno en el tratamiento de las mujeres con el TDA/H] En P. Quinn & K. Nadeau (Eds.), *Gender issues and AD/HD: Research, diagnosis, and treatment* [Asuntos de género y el TDA/H: Investigación, diagnóstico y tratamiento] (pp. 183–199). Silver Spring, MD: Advantage Books.
22. Anastopoulos, A.D., y Farley, S.E. (2003). A cognitive-behavioral training program for parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. [Un programa de adiestramiento cognoscitivo-conductual para padres de niños con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad]. En A.E. Kazdin y J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* [Psicoterapias con evidencia científica para niños y adolescentes] (pp. 187–203). New York: Guilford Publications.

23. Robin, A.L. (1998). *ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment*. [TDA/H en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento] New York: Guilford Press.

24. Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., y Thompson, M. (2002). Does maternal AD/HD reduce the effectiveness of parent training for pre-school children's ADHD? [¿El TDA/H en la madre reduce la efectividad del adiestramiento a padres para niños preescolares con el TDA/H?] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 696–702.

La información que se provee en esta Lo Que Sabemos fue financiada por el Acuerdo de Cooperación número R04/CCR321831-01 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El contenido es responsabilidad total de sus autores y no necesariamente representa la posición oficial del CDC. Esta Lo Que Sabemos fue aprobada por la Junta Profesional Asesora de CHADD en febrero de 2004.

© 2004 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Todos los derechos reservados.

Para información adicional acerca de TDA/H o de CHADD, favor de ponerse en contacto con el:

**National Resource Center on AD/HD
Children and Adults with AD/HD**

8181 Professional Place, Suite 150

Landover, MD 20785

1-800-233-4050

www.help4adhd.org

Por favor, visite también el sitio electrónico de CHADD en www.chadd.org.