



**EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN  
NIÑAS**

Autora: Marina Picazo Chumillas

Tutor: Marcos Bella Fernández

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2025

**Resumen**

Esta revisión sistemática examina las características específicas del TDAH en niñas mediante una síntesis narrativa de la literatura actual. Los hallazgos subrayan la necesidad de una perspectiva de género, revelando una presentación clínica con mayor prevalencia del subtipo inatento y tendencia a la internalización, lo que puede llevar a un infradiagnóstico. Se enfatiza la importancia de desafiar la visión tradicional del TDAH y desarrollar enfoques de evaluación e intervención más sensibles al género para mejorar el bienestar de niñas y mujeres con TDAH.

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH, Niñas, Diferencias de Género, Revisión Sistemática, Inatención.

**Abstract**

This systematic review examines the specific characteristics of ADHD in girls through a narrative synthesis of current literature. The findings highlight the need for a gender perspective, revealing a clinical presentation with a higher prevalence of the inattentive subtype and a tendency towards internalization, which may lead to underdiagnosis. The importance of challenging the traditional view of ADHD and developing more gender-sensitive assessment and intervention approaches to improve the well-being of girls and women with ADHD is emphasized.

**Keywords:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD, Girls, Gender Differences, Systematic Review, Inattention.

## Índice

1.	Introducción.....	4
2.	Metodología.....	9
2.1.	Estrategias de búsqueda.....	9
2.2.	Variables.....	11
2.3.	Análisis de datos.....	12
3.	Resultados.....	14
3.1.	Prevalencia y subtipos.....	14
3.2.	Presentación clínica.....	16
3.3.	Comorbilidad.....	18
3.4.	Funcionamiento escolar.....	19
3.5.	Ajuste social.....	20
3.6.	Funciones ejecutivas.....	21
3.7.	Consecuencias a largo plazo.....	24
4.	Discusión.....	26
5.	Conclusiones.....	31
6.	Referencias.....	32
7.	Anexos.....	44

## 1. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta a través de tres síntomas principales: falta de atención, hiperactividad e impulsividad (Lahey et al., 2007; Zambo, 2008). Para que se cumpla un diagnóstico, estos síntomas deben aparecer con una intensidad que no se corresponda al nivel de desarrollo del niño (Myttas, 2017; Zambo, 2008). Es importante destacar que el TDAH no es simplemente una cuestión de "falta de concentración" o "inquietud", sino que implica una disfunción en los circuitos cerebrales que regulan la inhibición y el autocontrol, y que afectan a la capacidad del individuo para planificar, organizar, controlar impulsos y mantener la atención (Beardsley, 1999). Así, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) define el TDAH como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo (American Psychiatric Association, 2016).

Las personas con TDAH suelen tener dificultades con las funciones ejecutivas, como la capacidad de fijarse objetivos, organizarse, planificar y controlar los impulsos (Myttas, 2017). También pueden tener problemas para regular sus emociones, lo que las puede llevar a arrebatos de ira, frustración y tristeza (Myttas, 2017). Además, el TDAH a menudo puede coexistir con otros trastornos, como trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos del aprendizaje (Zambo, 2008).

Entre las características del TDAH se encuentran (Young et al., 2020): a) *Falta de atención*: Dificultad para concentrarse, seguir instrucciones, completar tareas y organizarse; las niñas con TDAH pueden presentar la falta de atención como distracción, desorganización, sensación de agobio y falta de esfuerzo o motivación. b) *Hiperactividad*: Inquietud, dificultad para permanecer sentado, hablar en exceso y moverse constantemente; los síntomas de hiperactividad pueden ser menos evidentes en las niñas que en los niños. c) *Impulsividad*: Actuar sin pensar, interrumpir a los demás,

tener dificultades para esperar su turno y tomar decisiones arriesgadas; las niñas con TDAH pueden manifestar su impulsividad de manera diferente, como decir cosas hirientes en un momento de ira o autolesionarse. d) *Dificultades con la función ejecutiva*: Las personas con TDAH a menudo tienen dificultades con las funciones ejecutivas, que incluyen habilidades como la fijación de objetivos, la organización, la planificación, el autocontrol y la adaptación de estrategias para satisfacer las demandas (Zambo, 2008); además, también pueden experimentar dificultades en dominios cognitivos no ejecutivos como la lectura de palabras, los tiempos de reacción, la denominación de colores o letras y la consistencia de la respuesta. e) *Desregulación emocional*: Las personas con TDAH a menudo tienen dificultades para regular sus emociones (Owens et al., 2017); pueden ser propensos a arrebatos de ira, frustración, tristeza y baja autoestima (Myttas, 2017; Owens et al., 2017; Young et al., 2020). f) *Dificultades sociales*: Las personas con TDAH a menudo tienen dificultades para interactuar con los demás (Owens et al., 2017); pueden tener problemas para hacer y mantener amigos, comprender las señales sociales y pueden ser rechazados por sus compañeros (Owens et al., 2017; Zambo, 2008). g) *Bajo rendimiento académico*: Las personas con TDAH a menudo tienen dificultades en la escuela (Owens et al., 2017; Zambo, 2008); pudiendo tener dificultad para prestar atención en clase, completar las tareas y obtener buenas calificaciones (Owens et al., 2017). h) *Problemas de salud mental*: Las personas con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollar otros problemas de salud mental, como ansiedad, depresión y abuso de sustancias (Lahey et al., 2007; Owens et al., 2017).

El TDAH, cuya prevalencia mundial se estima entre el 2,6% y el 4,5% (Madsen et al., 2018), ha sido diagnosticado tradicionalmente con mayor frecuencia en niños que en niñas durante la infancia, con ratios de género (H:M) que van de 2:1 a 9:1 en muestras clínicas como la del estudio de Rucklidge, (2010) y de 2:1 a 3:1 en estudios epidemiológicos como el de Nussbaum, (2012). Sin embargo, estudios recientes sugieren que esta disparidad puede deberse a una subestimación del TDAH en niñas, ya que sus

síntomas pueden ser menos evidentes o atribuirse erróneamente a otros factores (Beardsley, 1999; da Silva et al., 2020; Klefsjö et al., 2021).

Aunque las conductas de TDAH son percibidas con más frecuencia en los niños que en las niñas, una revisión más en detalle de las investigaciones realizadas hasta la fecha sugiere que la fuente de información puede ser un determinante importante del tamaño de las diferencias de género observadas (McGee & Feehan, 1991). Esto se puso de manifiesto en el Estudio de la Isla de Wight (Rutter et al., 1970), en el que se dispuso de valoraciones de los padres y los profesores de los mismos niños y niñas de 11 años para un conjunto común de 23 problemas de conducta. Para 17 de ellos, el ratio niño:niña fue mayor para las valoraciones de los profesores que para las de los padres, una diferencia global significativa. Es decir, las valoraciones de los profesores sobre las conductas problemáticas, como la "falta de concentración", la "inquietud" y la "intranquilidad", mostraron diferencias de género más pronunciadas que las valoraciones de los padres sobre estas mismas conductas (McGee & Feehan, 1991).

En la actualidad, se está desarrollando una creciente concienciación sobre el TDAH en niñas así como el desarrollo de métodos de evaluación más sensibles al género, lo cual está causando un aumento en el número de diagnósticos en esta población (Myttas, 2017). No obstante, siguen existiendo preocupaciones sobre un posible infradiagnóstico, especialmente en casos de TDAH con predominio inatento, que puede ser más común en niñas (Young et al., 2020; Zambo, 2008).

El proceso de diagnóstico del TDAH en niñas puede ser más complejo que en niños porque suelen presentar síntomas diferentes a los de los niños (Quinn, 2005), debido a una presentación de síntomas a menudo más sutil, y a la influencia de estereotipos de género (Ohan & Johnston, 2005).

Mientras que los niños con TDAH suelen ser hiperactivos e impulsivos, las niñas con TDAH son más propensas a tener principalmente una falta de atención (Fraticeilli

et al., 2022; McGee & Feehan, 1991; Nussbaum, 2012; Quinn, 2005). Esto puede llevar a que las niñas con TDAH pasen desapercibidas o que sus dificultades se atribuyan a otras causas, como problemas emocionales o de aprendizaje (McGee & Feehan, 1991).

Así, las investigaciones han demostrado que las niñas con TDAH tienen más probabilidades que los niños con TDAH de experimentar problemas con los síntomas de falta de atención (McGee & Feehan, 1991; Nussbaum, 2012), ser diagnosticadas con TDAH significativamente más tarde que los niños (Fratlicelli et al., 2022; McGee y Feehan, 1991), e internalizar sus síntomas, manifestándolos como ansiedad, depresión o baja autoestima (Quinn, 2005).

Las consecuencias de tener TDAH no diagnosticado, por su parte, pueden ser negativas. Si no se trata, el TDAH puede llevar a problemas en la escuela, el trabajo y las relaciones con los otros (Rucklidge, 2010). Las personas con TDAH también pueden tener más probabilidades de desarrollar otros problemas de salud mental, como ansiedad y depresión (Rucklidge, 2006).

El TDAH puede repercutir en el funcionamiento de una persona en diversos ámbitos, como en la capacidad para cambiar la comunicación según el contexto o las necesidades del oyente (Owens et al., 2017). Puede haber dificultades para seguir las reglas de la conversación y la narración de historias, como por ejemplo, turnarse en una conversación o reformular cuando a uno se le malinterpreta (Myttas, 2017). También puede haber problemas para comprender lo que no se dice explícitamente (Myttas, 2017).

Las personas que no reciben tratamiento para el TDAH pueden experimentar baja autoestima, dificultades académicas y problemas en las relaciones (Myttas, 2017; Nussbaum, 2012). El TDAH no diagnosticado puede llevar a no utilizar los servicios y a una mayor probabilidad de que los síntomas del TDAH se atribuyan erróneamente a la pereza, la falta de motivación o la rebeldía (Nussbaum, 2012).

En el ámbito educativo, las niñas con TDAH pueden pasar desapercibidas porque sus síntomas pueden ser menos evidentes o pueden atribuirse erróneamente a otros factores (Arnold, 1996). Si el TDAH no se identifica en las niñas, es menos probable que reciban el tratamiento y el apoyo que necesitan, lo que puede dar lugar a resultados negativos a largo plazo (Arnold, 1996). La evaluación del TDAH, por tanto, debería tener en cuenta las posibles diferencias de sexo en la presentación de los síntomas (Young et al., 2020).

A lo largo de la historia, el TDAH ha sido erróneamente percibido como un trastorno predominantemente masculino. Sin embargo, la creciente evidencia científica está desmontando este mito, revelando la necesidad urgente de una comprensión más profunda del TDAH en niñas.

A pesar de la prevalencia del TDAH en niñas, el diagnóstico a menudo se ve obstaculizado por una serie de factores, entre los que destacan la presentación atípica de los síntomas (McGee & Feehan, 1991; Young et al., 2020), la influencia de los estereotipos de género (Arnold, 1996; Klefsjö et al., 2021; Young et al., 2020) y la comorbilidad con otros trastornos (Ohan & Johnston, 2005; Owens et al., 2017; Young et al., 2020).

Es fundamental comprender que el TDAH en niñas no es simplemente una versión "atenuada" del TDAH en niños, sino que se trata de una condición con características únicas que requieren un enfoque diagnóstico y terapéutico especializado.

El objetivo de esta revisión será, por tanto, abordar estas características específicas que diferencian el TDAH en niñas, para lograr así una mejor comprensión y facilitar el correcto diagnóstico y el consecuente tratamiento de este trastorno en la población femenina.

## 2. Metodología

### 2.1. Estrategias de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica entre los meses de noviembre y diciembre de 2024 en las bases de datos de PsycInfo, Crochane Library y Psychology and Behavioral Sciences Collection. Se adaptaron diferentes ecuaciones de búsqueda a cada base de datos empleando los siguientes términos de lenguaje documental y/o libre: *ADHD, Attention Deficit Disorders with Hyperactivity, Hyperkinetic Syndrome, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Females, Girls, Women, Human Females, Males, Boys, Men, Human males, Children*. Se conectaron mediante los operadores AND y OR. Además, se añadieron los siguientes términos de exclusión por medio del operador NOT: *Systematic Review, Meta-Analysis, Therapy, Autism, Comorbid, Prenatal, Psychometric, Treatment* (Tabla A1).

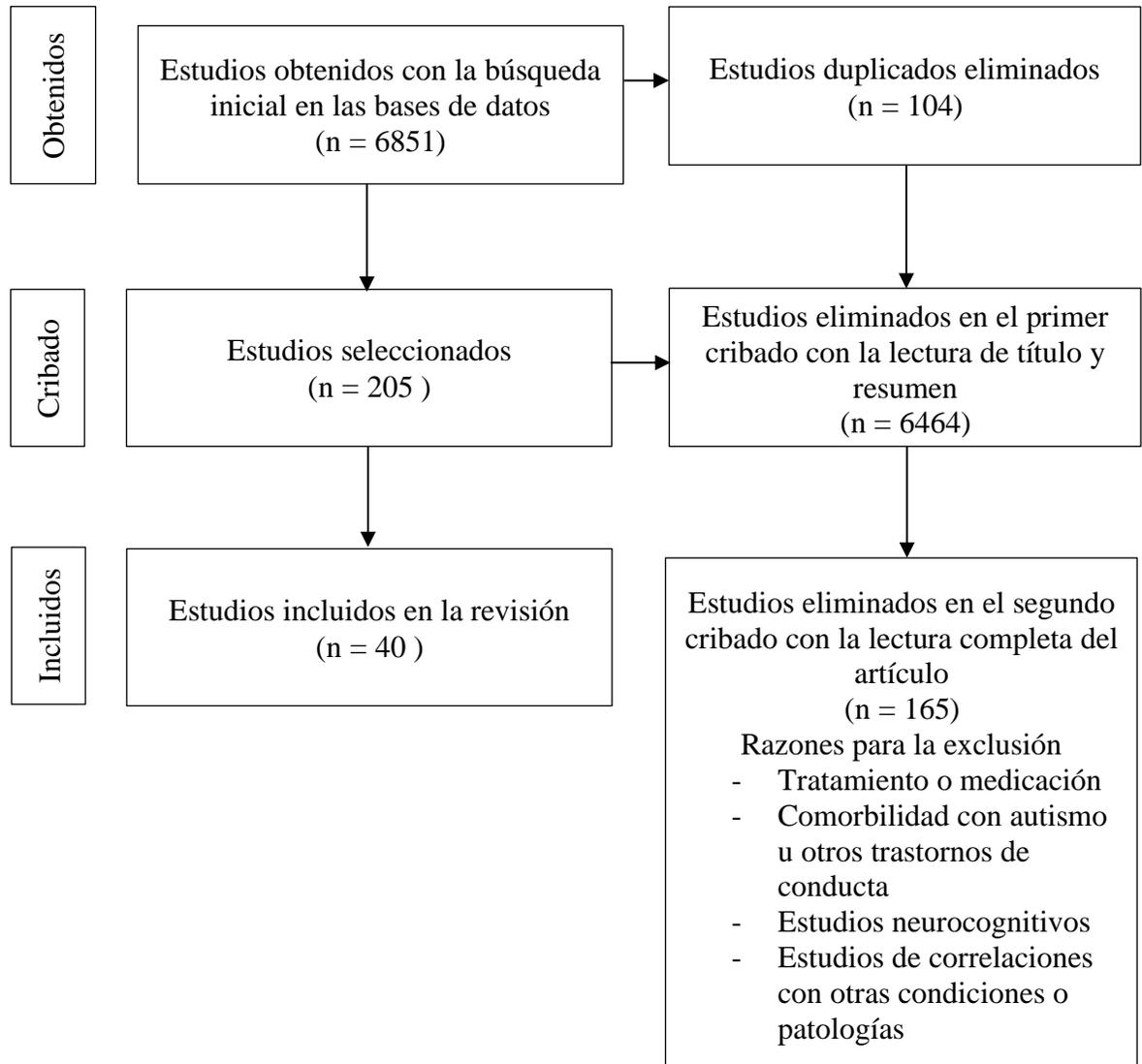
Como criterios de elegibilidad se consideraron: a) estudios descriptivos de sintomatología de TDAH, b) enfocados en población infantil y adolescente, c) con una perspectiva de género, centrados en las características específicas del TDAH en niñas o en las diferencias en la sintomatología entre niños y niñas, d) en español o inglés.

De las ecuaciones de búsqueda se obtuvo un total de 6851 resultados. Un primer cribado se realizó mediante la lectura de los títulos y resúmenes de los artículos redujo el número de artículos a 205. De entre estos artículos, a continuación se seleccionaron aquellos artículos que 1) trataran características sintomatológicas del trastorno, 2) no abordasen tipos de tratamiento ni medicación, 3) incluyesen grupos de comparación o 4) abordasen el TDAH en población específicamente femenina.

Así, se realizó un segundo cribado mediante lectura de los artículos con el objetivo de determinar si cumplían los criterios de inclusión mencionados. El número final de artículos disponibles para la revisión fue de 40 (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos



## 2.2. Variables

Los estudios seleccionados abordan un gran abanico de objetos de estudio relacionados con el TDAH en niñas y niños entre los que se encuentran: a) sintomatología y diagnóstico, b) funcionamiento cognitivo y neuropsicológico, c) rendimiento académico, d) comportamiento y ajuste psicosocial, e) salud mental y comorbilidad psiquiátrica, f) estrés y ambiente familiares, g) resultados a largo plazo y trayectorias de desarrollo y h) otras medidas de deterioro y funcionamiento.

Se incluyen estudios de comparación entre grupos (niños y niñas con y sin TDAH), estudios de regresión, análisis de varianza (ANOVA), análisis de covarianza y análisis de clases latentes. También se mencionan entrevistas clínicas semiestructuradas y evaluaciones diagnósticas.

Los análisis estadísticos reportados incluyen: a) regresión lineal y logística, b) análisis de varianza (ANOVA) y covarianza (ANCOVA), c) pruebas t de Student, d) chi-cuadrado, e) análisis factorial, f) modelamiento de ecuaciones estructurales, g) análisis de clases latentes y h) medidas de tamaño del efecto (Cohen's d).

Las medidas de asociación comunes incluyen coeficientes de correlación ( $r$ ), odds ratios (OR) y betas ( $\beta$ ) en análisis de regresión.

Los tamaños de muestra oscilan desde estudios pequeños con menos de 50 participantes, hasta estudios grandes con más de 9,000 participantes. De nuevo nos encontramos con una gran variedad de variables, en este caso referidas a las características de las muestras, que incluyen niños y niñas con y sin TDAH, muestras clínicas, comunitarias, niñas con y sin TDAH o poblaciones específicas. Los rangos de edad de las diferentes muestras varían de edades preescolares (4-6 años) hasta adolescentes (11-18) y adultos jóvenes (17-25) en función de los objetivos de cada estudio.

La gran variabilidad en los estudios incluidos en esta revisión se debe por un lado, a la ausencia de estudios lo suficientemente similares entre sí en objetivos y metodología como para poder llevar a cabo una revisión estadística más tradicional, y por otro, a la necesidad de abordar múltiples temáticas para comprender de la manera más completa posible el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en niñas.

### *2.3. Análisis de datos*

El análisis de los resultados en esta revisión sistemática se realizó mediante una síntesis narrativa. Debido a la heterogeneidad de los estudios incluidos en términos de objetivos, diseño metodológico, variables medidas y análisis estadísticos empleados, no fue posible realizar un metaanálisis para combinar estadísticamente los resultados.

Primero, se extrajeron datos clave de cada artículo, incluyendo los objetivos del estudio, el diseño metodológico, las características de la muestra (edad, género, tipo de muestra: clínica o comunitaria), las variables medidas relacionadas con el TDAH y el género, y los principales hallazgos reportados (incluyendo los análisis estadísticos y las medidas de asociación o diferencia encontradas).

Después, los hallazgos extraídos se agruparon y organizaron en función de las categorías temáticas predefinidas que se abordaron en la revisión (prevalencia y subtipos, presentación clínica, comorbilidad, funcionamiento escolar, ajuste social, funciones ejecutivas y consecuencias a largo plazo) (Tabla A3). Esta organización permitió identificar patrones y tendencias dentro de cada área temática.

Dentro de estas categorías temáticas, se realizó una síntesis narrativa de los resultados de los diferentes estudios. Se resumieron los principales resultados de cada estudio relevante para la categoría temática, se buscaron similitudes y tendencias en los hallazgos de los diferentes estudios dentro de la misma categoría, se señalaron las

diferencias y los resultados contradictorios entre los estudios, y se tuvo en cuenta cómo las diferencias en el diseño metodológico, las características de la muestra y los métodos de análisis de los estudios podrían haber influido en sus resultados.

El objetivo principal del análisis fue identificar y describir las diferencias y similitudes en los resultados entre niñas y niños con TDAH para cada una de las categorías temáticas, así como poner el foco en características específicas del TDAH en niñas. Esto implicó comparar los hallazgos de los estudios que específicamente examinaron las diferencias de género o que proporcionaron datos separados para ambos sexos, así como describir los resultados de estudios realizados exclusivamente en población femenina.

### **3. Resultados**

#### *3.1. Prevalencia y subtipos*

En los estudios analizados, la prevalencia y la distribución de los subtipos de TDAH se manifiesta en patrones complejos e incluso contradictorios entre niñas y niños. Estos estudios atribuyen la gran variabilidad de prevalencia a factores metodológicos como la naturaleza de las muestras estudiadas (clínica vs comunitaria) y los criterios diagnósticos empleados.

En estudios realizados en muestras clínicas, se ha observado una mayor proporción de niños diagnosticados con TDAH en comparación con las niñas. Por ejemplo Mowlem et al. (2019) se encontraron con una proporción de niños a niñas de 3.8:1 en su muestra clínica que cumplía los criterios diagnósticos de TDAH. Los autores exponen como esta diversidad podría reflejar un sesgo de remisión, donde los comportamientos más externalizantes, que típicamente se asocian con el TDAH en niños, son más propensos a ser identificados y remitidos para evaluación (deHaas, 1986). Sin embargo, en muestras comunitarias, la proporción de género suele ser menor. Bauermeister et al. (2007) encontraron en una muestra de niños puertorriqueños que el TDAH era 2.2 veces más prevalente en niños que en niñas. Por su parte, Lambek et al. (2010) exponen que los niños no derivados eran más hiperactivos que las niñas no derivadas, pero los grupos derivados a clínica eran similares. Estos hallazgos sugieren que las normas de género mixtas podrían llevar a una sobreestimación de la discapacidad en niños con trastorno hiperactivo.

La prevalencia de los subtipos de TDAH también presenta diferencias entre géneros. Biederman et al. (2002) hallaron que las niñas con TDAH eran más propensas a ser diagnosticadas con el subtipo predominantemente inatento, aunque el subtipo combinado siguió siendo el más prevalente en ambos sexos. Específicamente, vieron que las niñas tenían 2.2 veces más probabilidades de presentar el subtipo inatento, lo cual

sugiere que las niñas podrían manifestar el TDAH de una manera que va más en la línea de la intención que de la hiperactividad o la impulsividad. Sin embargo, estos mismos autores (Biederman et al. 2005), en un estudio con una muestra comunitaria de sujetos no remitidos, no encontraron diferencias significativas en la prevalencia de los subtipos entre niños y niñas, por lo que plantean la posibilidad de que las diferencias observadas en muestras clínicas podrían estar influenciadas por los sesgos de remisión.

Otros estudios han aportado diferentes perspectivas sobre la distribución de los subtipos por género. Por ejemplo, Gökçe et al. (2017) observaron que los subtipos de TDAH en adolescentes se distribuyeron de manera relativamente equitativa en niñas (aproximadamente 50.7% inatento y 49.3% combinado), mientras que en los niños el subtipo combinado fue más frecuente (60.4%) que el inatento (39.6%). Hartung et al. (2002), por su parte, encontraron en una población de niños pequeños que los niños representaban una mayor proporción de los tres subtipos de TDAH, aunque dentro del grupo de niñas con TDAH, el subtipo combinado seguía siendo el más común (59.1%), seguido del inatento (22.7%). A su vez, Lahey et al. (2007) también señalaron que las niñas con TDAH cumplen los criterios del subtipo inatento con mayor frecuencia.

La prevalencia general de TDAH, según los diferentes estudios, también muestra variabilidad. Jin et al. (2016) encontraron en su estudio una tasa más alta de síntomas de TDAH en niños en comparación con niñas, al igual que Magnússon et al. (1999), quienes también reportaron que los niños obtenían puntuaciones más altas en todas las medidas de TDAH, incluyendo las subescalas de inatención e hiperactividad-impulsividad en una muestra de escolares islandeses. Silverthorn et al. (1996) también observaron una predominancia masculina del TDAH en su muestra clínica, con una proporción de niños a niñas de 67:13, y Lefler et al. (2015) encontraron que los niños americanos/nativos de Alaska tenían niveles más altos de sintomatología del TDAH que las niñas del mismo origen étnico. En contraste, McGee et al. (1987) encontraron que los problemas

relacionados con la falta de atención eran igualmente frecuentes en ambos sexos, aunque los niños generalmente tenían puntuaciones de inatención más altas que las niñas.

En resumen, la evidencia sugiere que la prevalencia del TDAH se mantiene consistentemente más alta en niños que en niñas, especialmente cuando se consideran muestras clínicas. Sin embargo, la distribución de los subtipos parece presentar ciertas divergencias, con algunas investigaciones que apuntan a una mayor propensión de las niñas a ser diagnosticadas con el subtipo inatento, aunque es importante señalar que estos hallazgos varían en función de la muestra estudiada y la edad de los participantes. Esta heterogeneidad pone de manifiesto la relevancia de incorporar la perspectiva de género como un factor crucial tanto en la investigación como en la práctica clínica del TDAH.

### *3.2. Presentación clínica*

La presentación clínica del TDAH manifiesta diferencias significativas entre niñas y niños, según se evidencia en diversos estudios. Estas variaciones se observan en la expresión de los síntomas, la comorbilidad asociada y el impacto en diferentes áreas del funcionamiento.

Un aspecto esencial de la presentación clínica en niñas es la mayor propensión a desarrollar problemas de internalización. En su estudio, Becker et al. (2013) encontraron que la asociación entre la preferencia social negativa y los síntomas internalizantes era mayor en niñas con TDAH de tipo inatento. Bauermeister et al. (2007) también hallaron un mayor riesgo de trastornos de ansiedad en niñas con este subtipo y Lahey et al. (2007) observaron que las niñas con TDAH tienden a presentar más síntomas internalizantes. DuPaul et al. (2006) también confirmaron que las niñas con TDAH comunicaban más problemas emocionales (internalizantes). De Ronda et al. (2024), por su parte, encontraron que las niñas con TDAH continuaban mostrando niveles elevados de

desregulación emocional, mientras que en niños esta iba disminuyendo con la edad. Respecto a la externalización, el estudio de Fernandez Castela y Kröner-Herwig (2014) halló trayectorias similares de conducta externalizante en ambos sexos, aunque las niñas era más frecuente que aparecieran en el grupo de baja problemática; en el grupo de alta problemática, las niñas mostraron una mayor disminución de la conducta externalizante que los niños. En cuanto a las dificultades sociales, Becker et al. (2013) encontraron una relación entre la baja aceptación social y los problemas internalizantes en niñas con TDAH inatento. Elkins et al. (2011) subrayaron en su investigación que las niñas con TDAH, especialmente aquellas con subtipo inatento, experimentaban menos popularidad y más probabilidades de ser acosadas. Respecto al inicio de los síntomas, Brown et al. (1991) refirieron una identificación más temprana en niños, aunque Silverthorn et al. (1996) se encontraron con una remisión más temprana en niñas, y Magnússon et al. (1999) señalaron que la aparición más temprana de síntomas de hiperactividad-impulsividad podría influir en la percepción de un inicio más tardío en niñas con inatención como síntoma principal. En el ámbito escolar, Graetz et al. (2005) reportaron que los niños tenían más problemas, pero DuPaul et al. (2006) observaron que ambos géneros funcionaban por debajo de sus compañeros, y Lee y Hinshaw (2006) destacaron que el rendimiento académico en su investigación se relacionaba principalmente con la falta de atención. En cuanto a las funciones ejecutivas, Brown et al. (1991) encontraron mayor deterioro en memoria espacial, así como más retenciones escolares en niñas. De Ronda et al. (2021) observaron diferencias en el control cognitivo, y Rosch y Mostofsky (2016) hallaron mayor descuento de la demora en niñas con TDAH. Seidman et al. (2005) sugirieron déficits neuropsicológicos comparables, y por su parte, Skogli et al. (2013) encontraron que las calificaciones parentales distinguían mejor entre niños con y sin TDAH. Breen (1989) encontró pocas diferencias significativas en la presentación clínica del TDAH entre niñas y niños. En cuanto a la función cognitiva, los niños y niñas con TDAH obtuvieron resultados similares, aunque inferiores a las niñas sin TDAH en algunas pruebas de laboratorio. En la presentación clínica, los niños con TDAH

mostraron más conductas disruptivas que las niñas sin TDAH, y los profesores informaron más conductas externalizantes en niñas con TDAH en comparación con niñas sin TDAH.

Para concluir, la presentación clínica del TDAH en niñas se caracteriza por menos manifestación de conductas externalizantes en comparación con los niños, lo que puede llevar a un infradiagnóstico. Las niñas con TDAH presentan más propensión a desarrollar síntomas internalizantes como ansiedad y depresión, y pueden experimentar dificultades sociales más sutiles. Aunque el subtipo combinado es común en ambos sexos, las niñas tienden a ser diagnosticadas con mayor frecuencia con el subtipo inatento. Estas diferencias resaltan la necesidad de una evaluación exhaustiva y sensible al género para identificar y abordar las necesidades específicas de las niñas con TDAH.

A continuación, se desarrollarán los aspectos mencionados en mayor profundidad.

### *3.3.Comorbilidad*

Varios estudios han examinado la comorbilidad de trastornos en niños y niñas con TDAH, y los hallazgos han presentado resultados contradictorios. Por ejemplo, Biederman et al. (2002) encontraron que las niñas con TDAH tenían un riesgo significativamente menor de cualquier otro trastorno de conducta que los niños con TDAH, lo cual atribuyeron a una tasa base naturalmente más baja de estos trastornos en las niñas, independientemente del estado del TDAH. En un estudio anterior, Biederman et al. (1999) también encontraron que las niñas con TDAH tenían una probabilidad significativamente mayor de presentar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en comparación con las niñas sin TDAH, incluyendo trastornos de conducta, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Sin embargo, Breen y Barkley (1988) al comparar directamente a niños y niñas con TDAH, observaron que las madres calificaron a las niñas con TDAH como más deprimidas e hiperactivas que a los niños con TDAH, aunque los maestros consideraron que los grupos eran comparables en cuanto a

hiperactividad e inatención, y en general, que los niños y niñas con TDAH eran muy similares en cuanto a perfiles psicopatológicos. Por otro lado, Bauermeister et al. (2007) encontraron interacciones significativas entre el género y el subtipo de TDAH en relación con la comorbilidad, donde los niños con el subtipo combinado tenían un mayor riesgo de comorbilidad con trastornos del estado de ánimo en comparación con las niñas con el mismo subtipo, y las niñas con el subtipo inatento tenían un mayor riesgo de padecer cualquier trastorno de ansiedad en comparación con los niños con el mismo subtipo, aunque sin tener en cuenta el subtipo en el análisis, no se encontraron diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo y ansiedad. En general, la evidencia sugiere que las niñas con TDAH pueden presentar tasas más bajas de trastornos de conducta comórbidos en comparación con los niños con TDAH, pero pueden experimentar una mayor comorbilidad con trastornos internalizantes, como los trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

#### 3.4. *Funcionamiento escolar*

Los estudios han revelado que tanto niños como niñas con TDAH experimentan dificultades en el ámbito escolar, aunque se han identificado algunas diferencias de género en la presentación de estas dificultades; por ejemplo, Biederman et al. (2002) encontraron que los niños con TDAH mostraron tasas significativamente mayores de dificultades de aprendizaje en comparación con las niñas con TDAH, mientras que DuPaul et al. (2006) observaron que ambos sexos se encontraban por debajo de sus compañeros en lo académico, conductual y social, y Graetz et al. (2005) reportaron que los niños con TDAH fueron calificados con más problemas con su trabajo escolar o calificaciones que las niñas; además, Lee y Hinshaw (2006) destacaron que el rendimiento académico fue predicho únicamente por los síntomas de falta de atención, mientras que las suspensiones y expulsiones escolares fueron predichas por la combinación de síntomas de falta de atención, falta de cumplimiento y el estatus negativo entre iguales.

### 3.5. *Ajuste social*

Diversos estudios han abordado las diferencias de género en el ajuste social de niños y niñas con TDAH. Becker et al. (2013), por ejemplo, encontraron que en niñas con TDAH de tipo inatento, la baja aceptación social por parte de sus compañeros se relaciona de manera más intensa con problemas de internalización como ansiedad y depresión, en comparación con los niños. Por su parte, deHaas (1986) observó que tanto niños como niñas con hiperactividad experimentan dificultades sociales, aunque los patrones de conducta problemática son diferentes, ya que las niñas hiperactivas presentan más problemas que las niñas sin hiperactividad, pero menos que los niños con hiperactividad.

En cuanto a la tolerancia de los compañeros, Diamantopoulou et al. (2005) evidenciaron que los compañeros tienden a tolerar niveles más altos de síntomas de TDAH en niños que en niñas, y los compañeros de los niños con TDAH tienden a considerarlos como más diferentes o que no encajan en el grupo, en comparación con las niñas con TDAH. Elkins et al. (2011) destacaron que las niñas con TDAH, especialmente aquellas con el subtipo inatento, se veían más afectadas en sus relaciones con iguales, y experimentaban menor popularidad y una mayor probabilidad de ser víctimas de acoso en comparación con las niñas sin TDAH. Finalmente, Zalecki & Hinshaw (2004) encontraron que las niñas diagnosticadas con el subtipo combinado de TDAH fueron calificadas como más abiertamente agresivas, mientras que la agresión relacional fue identificada como una conducta problemática en ambos subtipos de TDAH. Estos estudios sugieren que, si bien ambos sexos con TDAH enfrentan desafíos sociales, la naturaleza y la intensidad de estas dificultades pueden manifestarse de manera diferente entre niños y niñas.

### 3.6. *Funciones ejecutivas*

Las funciones ejecutivas (FE) en niños y niñas con TDAH han sido objeto de numerosas investigaciones que buscan identificar posibles diferencias entre géneros. El panorama que emerge de estos estudios es complejo, con hallazgos que sugieren tanto similitudes como diferencias en diversos dominios de las FE.

El estudio de Breen (1989) comparó niñas con TDAH, niños con TDAH y niñas sin TDAH en varias medidas cognitivas, conductuales y académicas. El estudio no encontró diferencias consistentes entre niñas y niños con TDAH en la mayoría de las medidas evaluadas. En medidas de laboratorio, los niños y niñas con TDAH obtuvieron resultados similares pero más bajos que las niñas sin TDAH en las tareas de Movimientos de la Mano del Kaufman Assessment Battery For Children (KABC), que evaluó áreas relacionadas con la preparación académica, la memoria y la atención, y Vigilancia Total Correcta del Gordon Diagnostic System (GDS), en el que se realizaron dos tareas mecanizadas, una de demora de respuesta y otra de rendimiento continuo. En observaciones de comportamiento, los niños con TDAH mostraron un mayor porcentaje de comportamientos disruptivos en una situación académica restringida que las niñas normales, pero no que las niñas con TDAH.

Brown et al. (1991) encontraron que las niñas con TDAH mostraban un mayor deterioro en la memoria espacial y tenían más probabilidades de repetir un grado escolar en comparación con los niños con el mismo diagnóstico en su muestra. Además, estas niñas mostraban una mayor gravedad en medidas de funcionamiento cognitivo, rendimiento académico y problemas con sus compañeros. En contraste, los niños con TDAH obtenían mejores resultados en tareas de memoria espacial y otras pruebas cognitivas, lo que sugiere perfiles diferentes en ciertas habilidades cognitivas.

En el ámbito del control cognitivo, De Ronda et al. (2021) observaron diferencias significativas. Los niños con TDAH exhibieron un control inhibitorio deficiente y mayor

variabilidad de respuesta en todas las tareas evaluadas. Por otro lado, las niñas con TDAH mostraron un control inhibitorio deficiente solo bajo mayores demandas de memoria de trabajo, aunque también presentaron una mayor variabilidad de respuesta independientemente de estas demandas. Este estudio también identificó patrones de desarrollo distintos, donde un control inhibitorio deficiente en la infancia predijo síntomas de falta de atención en la adolescencia para los niños, pero no para las niñas, lo que indica trayectorias de desarrollo diferenciadas en esta función ejecutiva.

En cuanto a las trayectorias del funcionamiento ejecutivo a lo largo del tiempo, Miller et al. (2013b) hallaron que, aunque todas las mujeres mejoraban en las FE con la edad, aquellas con antecedentes de TDAH mostraban consistentemente una menor mejoría en comparación con el grupo de control sin trastorno. No obstante, las niñas con TDAH diagnosticado en la infancia experimentaron una mayor mejoría en atención sostenida y FE global, pero no en memoria de trabajo o inhibición de la respuesta, lo que sugiere que el impacto del TDAH en el desarrollo de las FE podría variar según el dominio y el género.

Respecto a la toma de decisiones, Miller et al. (2013a) observaron que las mujeres jóvenes con antecedentes de TDAH no mejoraban su preferencia por los mazos ventajosos en la Tarea de Juego de Iowa (IGT) con el tiempo, lo que implica dificultades para aprender y adaptar el comportamiento. Esta dificultad podría tener consecuencias a largo plazo en su ajuste y salud mental, sugiriendo un patrón de toma de decisiones menos adaptativo en mujeres con antecedentes de TDAH.

Rosch y Mostofsky (2016) se centraron en las diferencias en las FE relacionadas con la recompensa y la impulsividad. Encontraron que las niñas con TDAH mostraron un mayor descuento de la demora (preferencia por recompensas inmediatas) que los niños con TDAH y los niños con desarrollo típico. Curiosamente, los síntomas de falta de atención se correlacionaron con un mayor descuento en la tarea de descuento clásico,

pero no en la tarea en tiempo real, sin diferencias significativas entre géneros en esta correlación.

El estudio de Rucklidge (2006) reveló que adolescentes con TDAH, tanto hombres como mujeres, tuvieron un funcionamiento neuropsicológico similar en la mayoría de las áreas evaluadas, incluyendo velocidad de denominación y procesamiento, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva e inhibición. No obstante, ambos grupos con TDAH mostraron un rendimiento inferior en comparación con los controles en estas mismas áreas. Si bien dentro del grupo con TDAH se identificaron escasas diferencias significativas entre sexos, se observó que las mujeres tendían a presentar mayores dificultades en la memoria espacial.

Seidman et al. (2005) encontraron que tanto los niños como las niñas con TDAH mostraron un mayor deterioro en algunas FE en comparación con los controles, específicamente en el Stroop y el WCST. Sin embargo, las interacciones entre sexo y diagnóstico se dieron tan solo en el 10-15% de las variables evaluadas, lo que sugiere que los déficits neuropsicológicos en las FE son en gran medida similares entre los sexos en esta muestra.

Seymour et al. (2016) investigaron el impacto de las crecientes demandas cognitivas (el aumento en la dificultad de la tarea) en el control de la respuesta. Observaron que estas demandas impactaban diferencialmente el control de la respuesta en las niñas con TDAH, pero no en los niños con TDAH, en comparación con sus respectivos grupos de desarrollo típico. Es decir, el grupo de niñas con TDAH se diferenció de su grupo control, mientras que esta diferencia no se vio en el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH. Se observó que las niñas con TDAH mostraban un mayor aumento en la tasa de error de comisión y en la variabilidad de respuesta ( $\tau$ ) en tareas más complejas, mientras que los niños con TDAH mostraban este aumento tanto en tareas simples como complejas.

Finalmente, Skogli et al. (2013) encontraron que las calificaciones de los padres sobre las habilidades de FE distinguían mejor entre los niños con y sin TDAH que entre las niñas con y sin TDAH. Además, las pruebas neuropsicológicas de FE tuvieron una capacidad modesta para clasificar a los participantes en ambos grupos de género, sugiriendo que las evaluaciones basadas en el comportamiento cotidiano podrían ser más sensibles a las diferencias en niños.

El estudio de Skogli et al. (2017) encontró que no hubo un efecto del sexo en los resultados de las pruebas de funciones ejecutivas frías. Sin embargo, en cuanto a las funciones ejecutivas calientes, las niñas con TDAH obtuvieron mejores resultados que sus compañeras con desarrollo típico al inicio del estudio, pero mostraron un deterioro con el tiempo, mientras que las niñas con desarrollo típico mejoraron.

En conjunto, la investigación sobre las diferencias en las funciones ejecutivas entre niños y niñas con TDAH revela un panorama heterogéneo. Si bien algunos estudios apuntan a déficits específicos en niñas, como en la memoria espacial y el control de la respuesta bajo ciertas demandas cognitivas, otros sugieren déficits neuropsicológicos comparables. Las diferencias en las trayectorias de desarrollo de las FE y en la toma de decisiones también resaltan la importancia de considerar el género al estudiar el funcionamiento ejecutivo en el contexto del TDAH.

### *3.7. Consecuencias a largo plazo*

Los estudios sobre las consecuencias a largo plazo del TDAH en niñas revelan un espectro de desafíos que se extienden desde la infancia hasta la adultez; por ejemplo, Biederman et al. (2010) destacan un riesgo elevado de desarrollar trastornos psiquiátricos diversos en la adultez temprana, mientras que Lee y Hinshaw, (2006) señalan que la hiperactividad-impulsividad y la falta de cumplimiento en la infancia pueden predecir problemas de conducta en la adolescencia, y la falta de atención se asocia con un bajo rendimiento académico.

En contraste, Mannuzza y Gittelman (1984) no encontraron diferencias significativas en la tasa de trastorno mental, lo que sugiere que algunos resultados pueden ser similares en niñas a los de los niños, y Monuteaux et al. (2007) añaden una perspectiva preocupante al identificar el TDAH infantil como un factor de riesgo para el trastorno de conducta y sus implicaciones en problemas académicos, psiquiátricos y de conducta sexual, lo que subraya la importancia de considerar la interacción compleja de estos factores a lo largo del desarrollo de las niñas con TDAH.

Por otro lado, el estudio de Young et al. (2019) reveló que tanto la preferencia social como la agresión relacional en la infancia predijeron la violencia de pareja en la edad adulta temprana en mujeres con y sin TDAH. Una inhibición de la respuesta deficiente exacerbó esta relación, de modo que las niñas con dificultades sociales tempranas y problemas de autocontrol fueron más vulnerables a la violencia en relaciones íntimas posteriores.

#### 4. Discusión

El análisis revela una compleja red de factores que influyen en las niñas con TDAH, en la cual la interacción entre el subtipo inatento, los desafíos socioemocionales, las dificultades académicas, las funciones ejecutivas y las consecuencias a largo plazo configuran un panorama único que demanda una comprensión sensible al género.

Como se mencionó anteriormente (Biederman et al., 2002; Lahey et al., 2007), las niñas con TDAH son más propensas a presentar el subtipo inatento. Las dificultades se manifiestan en mantener la atención, seguir instrucciones, organizar tareas y actividades y una tendencia a extraviar objetos o parecer distraídas. A diferencia del subtipo hiperactivo-impulsivo, cuyos síntomas son a menudo más evidentes externamente, la inatención en las niñas puede manifestarse de manera más sutil, como ensoñación, dificultad para concentrarse en el trabajo escolar o parecer ensimismadas. Esta presentación puede ocasionar que sus dificultades pasen desapercibidas, especialmente si no presentan comportamientos disruptivos.

Adicionalmente, existe una marcada conexión entre el subtipo inatento y la tendencia a internalizar los problemas (Becker et al., 2013; Bauermeister et al., 2007; DuPaul et al., 2006; Lahey et al., 2007). La frustración por la incapacidad para concentrarse, la sensación de no alcanzar las expectativas académicas o sociales y la dificultad para mantener el ritmo de sus pares pueden generar sentimientos de ansiedad, tristeza e incluso depresión. Estas emociones, que pueden internalizarse, pueden manifestarse como preocupación excesiva, timidez, retraimiento social o una baja autoestima, síntomas que a menudo no se asocian inmediatamente con la perspectiva tradicional del TDAH, centrada en el comportamiento externalizante, y que además pueden opacar la sintomatología nuclear del TDAH.

La dificultad para prestar atención y procesar la información social puede llevar a las niñas con TDAH inatento a tener problemas para entender las sutilezas de las

interacciones sociales, como el lenguaje corporal o las indirectas. Esto puede resultar en malentendidos, dificultades para formar y mantener amistades, y sentimientos de aislamiento. La baja aceptación social por parte de sus compañeros (Becker et al., 2013) y la mayor vulnerabilidad al acoso y la victimización (Elkins et al., 2011) son consecuencias de estas dificultades sociales. La ansiedad social, a menudo comórbida, puede exacerbar aún más estos problemas, creando un círculo vicioso de aislamiento y angustia emocional.

Las niñas, a menudo socializadas para ser más complacientes y menos disruptivas, pueden esforzarse por enmascarar sus síntomas de TDAH. Podrían estar desarrollando estrategias para compensar sus dificultades de atención, como esforzarse conscientemente para parecer atentas en clase o pasar largas horas tratando de organizar sus tareas. Este esfuerzo constante puede ser agotador y generar aún más ansiedad y frustración cuando sienten que no están a la altura. El enmascaramiento, aunque no se ha abordado detenidamente en esta revisión, puede llevar a que los adultos (padres, profesores) no perciban la magnitud de sus dificultades, retrasando o impidiendo un diagnóstico y apoyo adecuados.

Si bien las dificultades académicas son comunes en todos los subtipos de TDAH, en las niñas con el subtipo inatento, estas pueden manifestarse de manera diferente. Pueden tener problemas para completar tareas que requieren atención sostenida, cometer errores por descuido, tener dificultades para organizar sus materiales escolares o para seguir el ritmo de las explicaciones en clase (Lee & Hinshaw, 2006). La internalización de los problemas también juega un papel importante aquí; la ansiedad ante los exámenes o la sensación de fracaso pueden paralizar su rendimiento. Además, los estereotipos de género pueden influir en cómo se interpretan estas dificultades. Una niña que no presta atención puede ser vista como "soñadora" o "poco aplicada", mientras que un niño con el mismo comportamiento podría ser más rápidamente identificado como potencialmente teniendo un problema de atención.

Las funciones ejecutivas, como la atención sostenida, la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la planificación y la organización, son esenciales para el éxito académico y social. En las niñas con TDAH, se han observado déficits en varias de estas áreas (Brown et al., 1991; De Ronda et al., 2021; Rosch & Mostofsky, 2016; Seymour et al., 2016; Skogli et al., 2013). Estos déficits pueden dificultar la concentración en clase, la memorización de información, la adaptación a los cambios, la planificación de tareas a largo plazo y la organización de sus vidas. En el ámbito social, los déficits en las funciones ejecutivas pueden manifestarse como impulsividad en las respuestas, problemas para regular las emociones o dificultades para comprender las perspectivas de los demás.

Las consecuencias a largo plazo de un TDAH no diagnosticado o mal gestionado en niñas pueden ser significativas (Biederman et al., 2010; Young et al., 2019). La ansiedad y la depresión no tratadas pueden persistir hasta la edad adulta, afectando la salud mental y el bienestar general. Las dificultades académicas pueden limitar las oportunidades educativas y profesionales. Los problemas sociales pueden llevar a relaciones inestables y sentimientos de soledad. Además, estudios como el de Young et al. (2019) resaltan la preocupante conexión entre las dificultades sociales tempranas y los problemas de autocontrol en niñas con TDAH y un mayor riesgo de violencia en relaciones íntimas en la edad adulta.

Es fundamental comprender que todos estos factores están intrínsecamente interconectados en un sistema complejo y bidireccional. Por ejemplo, las dificultades académicas pueden aumentar la ansiedad, lo que a su vez puede dificultar aún más la concentración y el rendimiento. Los problemas sociales pueden generar sentimientos de tristeza y aislamiento, lo que puede afectar la motivación para participar en actividades académicas o sociales. Los déficits en las funciones ejecutivas pueden dificultar la gestión de las emociones, lo que puede llevar a conflictos sociales y a un mayor estrés, afectando negativamente la atención y la organización.

La comprensión de estas complejas interrelaciones subraya la urgente necesidad de adoptar una perspectiva de género en la investigación, el diagnóstico y el tratamiento del TDAH. Los profesionales de la salud mental y la educación deben ser conscientes de la presentación diferencial del TDAH en niñas, prestando especial atención al subtipo inatento y a la tendencia a internalizar los síntomas. Es crucial utilizar herramientas de evaluación sensibles al género y considerar la influencia de los estereotipos sociales y las expectativas de género en la manifestación del trastorno. Un diagnóstico temprano y preciso, seguido de intervenciones personalizadas que aborden tanto los síntomas centrales del TDAH como los desafíos socioemocionales y las dificultades en las funciones ejecutivas, puede marcar una diferencia significativa en la trayectoria vital de las niñas con TDAH, ayudándolas a alcanzar su máximo potencial y a mejorar su bienestar a largo plazo.

Es importante reconocer que la investigación en este campo aún presenta limitaciones. La heterogeneidad de las muestras estudiadas, las diferentes metodologías empleadas y la influencia de los estereotipos de género en la percepción y el reporte de los síntomas son factores que pueden dificultar la obtención de conclusiones definitivas. No obstante, la creciente concienciación sobre la importancia de estudiar el TDAH desde una perspectiva de género está impulsando la realización de investigaciones más específicas y rigurosas.

En conclusión, esta revisión subraya la necesidad de desafiar la visión tradicional del TDAH como un trastorno predominantemente masculino. La comprensión de las características específicas del TDAH en niñas, incluyendo su presentación clínica más sutil, su perfil de comorbilidad diferenciado y su impacto en diversas áreas del funcionamiento, es fundamental para mejorar la precisión diagnóstica y ofrecer intervenciones más adaptadas a las necesidades de esta población. Futuras

investigaciones deberían centrarse en desarrollar herramientas de evaluación más sensibles al género, en explorar los factores etiológicos que subyacen a las diferencias observadas y en diseñar estrategias de intervención que aborden de manera integral las necesidades específicas de las niñas y mujeres con TDAH.

## 5. Conclusiones

En conclusión, esta revisión sistemática ha puesto de manifiesto la importancia de considerar las particularidades del TDAH en niñas, tal como se refleja en la literatura actual. Los hallazgos señalan una mayor prevalencia del subtipo inatento en este grupo (Biederman et al., 2002; Lahey et al., 2007; McGee & Feehan, 1991; Nussbaum, 2012; Quinn, 2005; Young et al., 2020; Zambo, 2008), así como una tendencia más marcada a internalizar los síntomas, lo que puede traducirse en ansiedad o depresión (Becker et al., 2013; Bauermeister et al., 2007; DuPaul et al., 2006; Quinn, 2005).

Estas diferencias en la presentación clínica con respecto a los niños, donde la hiperactividad y la impulsividad suelen ser más evidentes, pueden llevar a que el TDAH en niñas pase desapercibido o se diagnostique erróneamente (Myttas, 2017; Young et al., 2020; Zambo, 2008). Por ello, resulta fundamental abogar por una perspectiva de género en la investigación y la práctica clínica del TDAH.

Es necesario seguir desarrollando enfoques de evaluación e intervención que sean sensibles a las características específicas con las que el TDAH se manifiesta en las niñas. Esto permitirá una identificación más precisa y temprana del trastorno, lo que a su vez puede tener un impacto positivo en el bienestar y el desarrollo de estas niñas y mujeres a lo largo de su vida (Biederman et al., 2010; Young et al., 2019). En última instancia, una comprensión más profunda de estas diferencias nos ayudará a ofrecer un apoyo más adecuado y personalizado a todas las personas afectadas por el TDAH.

## 6. Referencias

- American Psychiatric Association. (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Arnold, L. E. (1996). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(5), 555-569. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1007/BF01670100>
- Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., Ramírez, R., Padilla, L., Anderson, A., García, P., & Canino, G. (2007). ADHD and gender: Are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 831-839. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01750.x>
- Beardsley, T. (1999). Grappling with ADHD. *Scientific American Presents*, 92-93. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Becker, S., McBurnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffner, L. (2013). Negative social preference in relation to internalizing symptoms among children with ADHD predominantly inattentive type: Girls fare worse than boys. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 42(6), 784-795.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.828298>

- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. E., Spencer, T. J., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J., & Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(8), 966-975. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1097/00004583-199908000-00012>
- Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V.-A., Marino, T., Cole, H., Mick, E., & Faraone, S. V. (2005). Absence of Gender Effects on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings in Nonreferred Subjects. *The American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1083-1089. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1083>
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry, 159*(1), 36-42. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T., Wilens, T. E., & Faraone, S. V. (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *The American Journal of Psychiatry, 167*(4), 409-417. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050736>

- Breen, M. J. (1989). Cognitive and behavioral differences in ADHD boys and girls. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 30(5), 711-716. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00783.x>
- Breen, M. J., & Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(2), 265-280. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/13.2.265>
- Brown, R. T., Madan-Swain, A., & Baldwin, K. (1991). Gender differences in a clinic-referred sample of attention-deficit-disordered children. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(2), 111-128. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/BF00707789>
- da Silva, A. G., Malloy-Diniz, L. F., Garcia, M. S., & Rocha, R. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder and women. En J. Jr. Rennó, G. Valadares, A. Cantilino, J. Mendes-Ribeiro, R. Rocha, & A. G. da Silva (Eds.), *Women's mental health: A clinical and evidence-based guide*. (2020-93374-015; pp. 215-219). Springer Nature Switzerland AG; APA PsycInfo. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8_15)
- De Ronda, A. C., Rice, L., Zhao, Y., Rosch, K. S., Mostofsky, S. H., & Seymour, K. E. (2024). ADHD-related sex differences in emotional symptoms across development. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1419-1432. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02251-3>

- De Ronda, A., Zhao, Y., Seymour, K. E., Mostofsky, S. H., & Rosch, K. S. (2021). Distinct patterns of impaired cognitive control among boys and girls with ADHD across development. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *49*(7), 835-848. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00792-2>
- deHaas, P. A. (1986). Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *14*(3), 457-467. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/BF00915438>
- Diamantopoulou, S., Henricsson, L., & Rydell, A.-M. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. *International Journal of Behavioral Development*, *29*(5), 388-398. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/01650250500172756>
- DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Tresco, K. E., Junod, R. E. V., Volpe, R. J., & Lutz, J. G. (2006). Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Are There Gender Differences in School Functioning? *School Psychology Review*, *35*(2), 292-308. APA PsycInfo.
- Elkins, I. J., Malone, S., Keyes, M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2011). The impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on preadolescent adjustment may be greater for girls than for boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *40*(4), 532-545. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581621>

- Fernandez Castelao, C., & Kröner-Herwig, B. (2014). Developmental trajectories and predictors of externalizing behavior: A comparison of girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *43*(5), 775-789. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-013-0011-9>
- Fratricelli, S., Caratelli, G., De Berardis, D., Ducci, G., Pettorruso, M., Martinotti, G., Di Cesare, G., & Di Giannantonio, M. (2022). Gender differences in attention deficit hyperactivity disorder: An update of the current evidence. *Rivista di Psichiatria*, *57*(4), 159-164. APA PsycInfo.
- Gökçe, S., Yusufoglu, C., Akin, E., & Ayaz, M. (2017). Effect of gender differences on impulsivity in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*(4), 379-386. APA PsycInfo.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., & Baghurst, P. (2005). Gender Differences Among Children With DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(2), 159-168. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00008>
- Hartung, C. M., Willcutt, E. G., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Stein, M. A., & Keenan, K. (2002). Sex Difference in Young Children Who Meet Criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *31*(4), 453. Psychology and Behavioral Sciences Collection.

- Jin, W.-L., Li, G., Du, Y.-S., Coghill, D., Au, S., & Zhong, X.-Y. (2016). ADHD symptoms in children aged 5 to 15 years in Zhabei District, Shanghai. *The European Journal of Psychiatry*, *30*(3), 173-182. APA PsycInfo.
- Klefsjö, U., Kantzer, A. K., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2021). The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD – gender differences in the diagnostic process. *Nordic Journal of Psychiatry*, *75*(4), 301-305. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Lahey, B. B., Hartung, CynthiaM., Loney, J., Pelham, WilliamE., Chronis, AndreaM., & Lee, SteveS. (2007). Are There Sex Differences in the Predictive Validity of DSM—IV ADHD Among Younger Children? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *36*(2), 113-126. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Lambek, R., TRILLINGSGAARD, A., KADESJÖ, B., DAMM, D., & THOMSEN, P. H. (2010). Gender differences on the Five to Fifteen questionnaire in a non-referred sample with inattention and hyperactivity-impulsivity and a clinic-referred sample with hyperkinetic disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, *51*(6), 540-547. Psychology and Behavioral Sciences Collection.

- Lee, S. S., & Hinshaw, S. P. (2006). Predictors of Adolescent Functioning in Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The Role of Childhood ADHD, Conduct Problems, and Peer Status. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(3), 356-368. APA PsycInfo.  
[https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503\\_2](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_2)
- Lefler, E. K., Hartung, C. M., Bartgis, J., & Thomas, D. G. (2015). ADHD symptoms in American Indian/Alaska Native boys and girls. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 22*(2), 23-40. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.5820/aian.2202.2015.23>
- Madsen, K. B., Ravn, M. H., Arnfred, J., Olsen, J., Rask, C. U., & Obel, C. (2018). Characteristics of undiagnosed children with parent-reported ADHD behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(2), 149-158. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-017-1029-4>
- Magnússon, P., Smári, J., Grétarsdóttir, H., & Práandardóttir, H. (1999). Attention-deficit/hyperactivity symptoms in Icelandic schoolchildren: Assessment with the Attention Deficit/Hyperactivity Rating Scale-IV. *Scandinavian Journal of Psychology, 40*(4), 301-306. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.404130>
- Mannuzza, S., & Gittelman, R. (1984). The adolescent outcome of hyperactive girls. *Psychiatry Research, 13*(1), 19-29. APA PsycInfo. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(84\)90115-X](https://doi.org/10.1016/0165-1781(84)90115-X)

- McGee, R., & Feehan, M. (1991). Are girls with problems of attention underrecognized? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *13*(3), 187-198. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/BF00960783>
- McGee, R., Williams, S., & Silva, P. A. (1987). A comparison of girls and boys with teacher-identified problems of attention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(5), 711-717. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1097/00004583-198709000-00016>
- Miller, M., Loya, F., & Hinshaw, S. P. (2013b). Executive functions in girls with and without childhood ADHD: Developmental trajectories and associations with symptom change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(9), 1005-1015. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12074>
- Miller, M., Sheridan, M., Cardoos, S. L., & Hinshaw, S. P. (2013a). Impaired decision-making as a young adult outcome of girls diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *19*(1), 110-114. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1017/S1355617712000975>
- Monuteaux, M. C., Faraone, S. V., Gross, L. M., & Biederman, J. (2007). Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: A longitudinal study. *Psychological Medicine*, *37*(12), 1731-1741. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000529>

- Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E., & Asherson, P. (2019). Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 272, 765-773. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
- Myttas, N. (2017). Girls and young women with ADHD. In *The management of ADHD in children and young people*. (pp. 201–214).
- Nussbaum, N. L. (2012). ADHD and female specific concerns: A review of the literature and clinical implications. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 87-100. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1177/1087054711416909>
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2005). Gender Appropriateness of Symptom Criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional-Defiant Disorder, and Conduct Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 359-381. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s10578-005-2694-y>
- Owens, E. B., Zalecki, C. A., & Hinshaw, S. P. (2017). The Berkeley Girls with ADHD Longitudinal Study. In *Attention deficit hyperactivity disorder: Adult outcome and its predictors*. (pp. 179–229). Quinn, P. O. (2005). Treating Adolescent Girls and Women With ADHD: Gender-Specific Issues. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 579-587. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1002/jclp.20121>

- Rosch, K. S., & Mostofsky, S. H. (2016). Increased delay discounting on a novel real-time task among girls, but not boys, with ADHD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 22(1), 12-23. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1017/S1355617715001071>
- Rucklidge, J. J. (2006). Gender differences in neuropsychological functioning of New Zealand adolescents with and without attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(1), 47-66. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/10349120600577402>
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357-373. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Seidman, L. J., Biederman, J., Monuteaux, M. C., Valera, E., Doyle, A. E., & Faraone, S. V. (2005). Impact of Gender and Age on Executive Functioning: Do Girls and Boys With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder Differ Neuropsychologically in Preeteen and Teenage Years? *Developmental Neuropsychology*, 27(1), 79-105. APA PsycInfo.  
[https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701\\_4](https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701_4)
- Seymour, K. E., Mostofsky, S. H., & Rosch, K. S. (2016). Cognitive load differentially impacts response control in girls and boys with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(1), 141-154. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-015-9976-z>

- Silverthorn, P., Frick, P. J., Kuper, K., & Ott, J. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder and sex: A test of two etiological models to explain the male predominance. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*(1), 52-59. APA PsycInfo. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2501\\_6](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2501_6)
- Skogli, E. W., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2017). Development of hot and cold executive function in boys and girls with ADHD: A 2-year longitudinal study. *Journal of Attention Disorders, 21*(4), 305-315. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1177/1087054714524984>
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys—Gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry, 13*. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Youn, C., Meza, J. I., & Hinshaw, S. P. (2019). Childhood social functioning and young adult intimate partner violence in girls with and without ADHD: Response inhibition as a moderator. *Journal of Attention Disorders, 23*(12), 1486-1496. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1177/1087054718778119>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment

- of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Zalecki, C. A., & Hinshaw, S. P. (2004). Overt and Relational Aggression in Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 125-137. APA PsycInfo. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_12](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_12)
- Zambo, D. (2008). Looking at ADHD through multiple lenses: Identifying girls with the inattentive type. *Intervention in School and Clinic*, 44(1), 34-40. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1177/1053451208318873>

## 7. Anexos

Tabla A1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Bases de datos	Ecuaciones de búsqueda	Resultados
	(DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR MM "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "ADHD" OR DE "Hyperkinetic Syndrome") AND (DE "Females" OR DE "Women" OR DE "Girls" OR DE "Human Females") AND (DE "Males" OR DE "Men" OR DE "Boys" OR DE "Human Males")	N = 1,737
PsycInfo	(DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR MM "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "ADHD" OR "Hyperkinetic Syndrome") AND ("children" AND ("female*" OR "Girl*")) NOT ("systematic review" OR "meta-analysis" OR "therapy" OR "autism" OR "comorbid*" OR "prenatal" OR "psychometric" OR DE "Treatment")	N = 2,227

Psychology and Behavioral Sciences Collection	<p>("Attention Deficit Hyperactivity Disorder" OR "ADHD") AND ("Women" OR "Females" OR "Girls" OR "Human females") AND ("Men" OR "Males" OR "Boys" OR "Human males")</p> <p>(DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR MM "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "ADHD" OR "Hyperkinetic Syndrome") AND ("children" AND ("female*" OR "Girl*")) NOT ("systematic review" OR "meta-analysis" OR "therapy" OR "autism" OR "comorbid*" OR "prenatal" OR "psychometric" OR DE "Treatment")</p>	<p>N = 304</p> <p>N = 340</p>
Cochrane	<p>("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "ADHD" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") AND ("Female" OR "Women") AND ("Male" OR "Men")</p> <p>("Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "ADHD" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") AND ("Women" OR "Female") OR ("Child" OR "Children")</p>	<p>N = 2129</p> <p>N = 114</p>

Tabla A2

Variables de los estudios

Estudio	Tipo de Estudio	N	Tipo de participantes	Outcomes	Análisis estadístico
(Bauermeister et al., 2007)	Cuantitativo, observacional, ex post facto, retrospectivo	1896	Niños y niñas con y sin TDAH	Prevalencia y subtipos, comorbilidad	Análisis de varianza (ANOVA), clasificación de bosques aleatorios, validación cruzada, análisis post-hoc de Bonferroni
(Becker et al., 2013)	Cuantitativo, observacional, transversal	188	Niños y niñas con TDAH	Ajuste social (presentación clínica)	Análisis de correlación, análisis de regresión jerárquica múltiple
(Biederman et al., 1999)	Cuantitativo, observacional, comparativo	262	Niñas con y sin TDAH	Comorbilidad	Pruebas de chi-cuadrado, pruebas t, regresión logística, regresión lineal, estadísticas omnibus, ecuaciones de

estimación generalizadas

(Biederman et al., 2002)	Cuantitativo, observacional, transversal, comparativo	522	Niños y niñas con y sin TDAH	Prevalencia y subtipos, comorbilidad, funcionamiento escolar	Modelos de regresión logística, regresión de mínimos cuadrados, prueba chi-cuadrado de Wald, coeficientes kappa
(Biederman et al., 2005)	Cuantitativo, observacional, ex post facto, retrospectivo	577	Niños y niñas con y sin TDAH	Prevalencia y subtipos	Análisis de regresión, odds ratios (OR), intervalos de confianza al 95%
(Biederman et al., 2010)	Cuantitativo, observacional, longitudinal, ex post facto (de cohortes)	262	Niñas con y sin TDAH	Consecuencias a largo plazo	Modelos de riesgos proporcionales de Cox, modelos de regresión logística, método de Holm-Bonferroni, análisis de supervivencia Kaplan-Meier, correlaciones parciales, análisis de

	prospectivo)				covarianza
(Breen y Barkley, 1988)	Cuantitativo, observacional, comparativo	52	Niños y niñas con y sin TDAH	Comorbilidad	Análisis de varianza (ANOVA), análisis de covarianza (ANCOVA), correlaciones de Pearson
(Breen, 1989)	Cuantitativo, observacional, comparativo	39	Niños y niñas con TDAH y niñas sin TDAH	Presentación clínica y funciones ejecutivas	Análisis de covarianza (ANCOVA)
(Brown et al., 1991)	Cuantitativo, observacional, transversal, comparativo	71	Niños y niñas con TDAH	Funciones ejecutivas	Pruebas univariantes, prueba de Tukey's Honestly Significantly Different (HSD), análisis de chi-cuadrado, fórmula de Cohen
(De Ronda et al., 2024)	Cuantitativo con diseño mixto, observacional, ex	417	Niños y niñas con y sin TDAH	Presentación clínica	Ecuaciones de estimación generalizadas, regresión logística, regresión lineal, odds ratios (OR),

	post facto, prospectivo				estimaciones beta ( $\beta$ )
(De Ronda et al., 2021)	Cuantitativo, observacional, longitudinal y transversal, comparativo	594	Niños y niñas con y sin TDAH	Funciones ejecutivas	Modelos lineales de efectos mixtos, corrección FDR, modelos de regresión lineal, correlaciones bivariadas, método de máxima verosimilitud
(deHaas, 1986)	Cuantitativo, observacional, comparativo, ex post facto	255	Niños y niñas con y sin TDAH	Prevalencia y subtipos, ajuste social	ANOVAs de dos vías, pruebas de Scheffé
(Diamantopoulou et al., 2005)	Cuantitativo, observacional, ex post facto, retrospectivo, transversal	635	Niños y niñas con TDAH	Ajuste social	Análisis de covarianza (ANCOVA), coeficientes de correlación, coeficiente alfa de Cronbach, Partial Eta Squared

(DuPaul et al., 2006)	Cuantitativo, observacional, comparativo	175	Niños y niñas con TDAH	Funcionamiento escolar	Análisis multivariantes de varianza (MANOVA), pruebas t, análisis de función discriminante, d de Cohen
(Elkins et al., 2011)	Cuantitativo, observacional, transversal, comparativo	998	Niños y niñas con TDAH	Ajuste social	Análisis de varianza (ANOVA) de dos vías, regresiones logísticas, transformaciones logarítmicas, contrastes post-hoc, estimador robusto, d de Cohen
(Fernandez Castelao y Kröner-Herwig, 2014)	Cuantitativo, observacional, longitudinal, comparativo	3893	Niñas y niños con TDAH	Presentación clínica	Modelos de mezcla de crecimiento (GMM), Criterio de Información Bayesiano (BIC), prueba de razón de verosimilitud de Lo-Mendell-Rubin (LMR-LRT), prueba de razón de verosimilitud paramétrica bootstrap (BLRT), estimación de máxima verosimilitud con errores estándar robustos (MLR), análisis

de regresión, análisis de regresión logística multinomial, análisis de regresión lineal, análisis de grupo múltiple, prueba de diferencia de chi cuadrado log-verosimilitud

(Gökçe et al., 2017)	Cuantitativo, observacional, transversal, comparativo	156	Adolescentes con y sin TDAH	Prevalencia y subtipos	Pruebas $\chi^2$ , pruebas t de muestras independientes, modelo de regresión lineal múltiple
(Graetz et al., 2005)	Cuantitativo, observacional, transversal, comparativo	324	Niños y niñas con TDAH	Funcionamiento escolar	Análisis de varianza (ANOVA), prueba de chi-cuadrado, coeficientes de correlación de Pearson
(Hartung et al., 2002)	Cuantitativo, observacional, transversal,	252	Niños y niñas con y sin TDAH	Prevalencia y subtipos	Análisis de varianza (ANOVA), pruebas t, regresiones de Poisson, prueba de chi-cuadrado, corrección

	comparativo				de Bonferroni, modelos de regresión lineal, d de Cohen
(Jin et al., 2016)	Cuantitativo, observacional, ex post, facto	9,627	Niños y niñas con TDAH	Prevalencia y subtipos	Modelos de efectos mixtos lineales, comparaciones post-hoc, método de Tukey, pruebas t de dos colas
(Lahey et al., 2007)	Cuantitativo, observacional, longitudinal, ex post, facto (de cohortes prospectivo)	244	Niños y niñas con y sin TDAH	Prevalencia y subtipos	Ecuaciones de estimación generalizadas (GEE), regresión log lineal, regresión lineal, regresión binomial, regresión logística, odds ratios (OR), intervalos de confianza (IC) al 95%
(Lambek et al., 2010)	Cuantitativo, observacional, transversal, comparativo	915	Niños y niñas sin TDAH	Prevalencia y subtipos	Análisis comparativos

(Lee y Hinshaw, 2006)	Cuantitativo, observacional, longitudinal prospectivo	228	Niñas con y sin TDAH	Funcionamiento escolar, consecuencias a largo plazo	Regresiones lineales jerárquicas, análisis de varianza, análisis de correlación
(Lefler et al., 2015)	Cuantitativo, observacional, ex post facto	72	Niños y niñas con TDAH	Prevalencia y subtipos	Análisis descriptivos, pruebas t de Student, chi-cuadrado, SPSS 13.0
(Magnússon et al., 1999)	Cuantitativo, observacional, descriptivo, comparativo, transversal	479	Niños y niñas con TDAH	Prevalencia y subtipos	Análisis de varianza de dos vías, análisis de componentes principales, pruebas de sedimentación (scree tests), criterio de Kaiser, rotación oblicua (oblimin), correlaciones de Pearson
(Mannuzza y Gittelman, 1984)	Cuantitativo, observacional, longitudinal,	60	Niñas y niños con y sin TDAH	Consecuencias a largo plazo	Pruebas de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), análisis de varianza (ANOVA), pruebas t

retrospectivo

(McGee et al., 1987)	Cuantitativo, observacional, ex post facto, retrospectivo	37	Niños y niñas con TDAH	Prevalencia y subtipos,	Análisis de varianza (ANOVA), pruebas t, análisis de regresión, modelos log-lineales, análisis longitudinal, correlaciones
(Miller et al., 2013b)	Cuantitativo, observacional, longitudinal, comparative	228	Niñas con y sin TDAH	Funciones ejecutivas	Modelos de curvas de crecimiento latente (LGM), máxima verosimilitud, estadística chi-cuadrado, índice de ajuste comparativo (CFI), residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR), error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), estadística chi-cuadrado escalada de Yuan y Bentler

(Miller et al., 2013a)	Cuantitativo, observacional, longitudinal, comparativo	288	Niñas con y sin TDAH	Funciones ejecutivas	ANOVA de medidas repetidas, estimaciones de esfericidad de Greenhouse-Geisser, pruebas de efectos principales simples
(Monuteaux et al., 2007)	Cuantitativo, observacional, longitudinal prospectivo	262	Niñas con y sin TDAH	Consecuencias a largo plazo	Modelos de riesgos proporcionales de Cox, pruebas t, pruebas $\chi^2$ , modelo de supervivencia, modelos de regresión logística multinomial, modelos de regresión lineal y logística
(Mowlem et al., 2019)	Cuantitativo, observacional, transversal, comparativo	283	Niños y niñas con y sin TDAH	Presentación clínica y subtipos	Modelos de regresión lineal, regresión logística, d de Cohen, odds ratios
(Rosch y Mostofsky, 2016)	Cuantitativo, observacional,	120	Niñas y niños con y sin	Funciones ejecutivas	Análisis de covarianza univariados (ANCOVA), análisis multivariado

	transversal, comparativo		TDAH		de varianza (MANOVA), correlaciones bivariadas, método libre de modelo de Johnson y Bickel, Cohen's d
(Rucklidge, 2006)	Cuantitativo, observacional, trasversal	114	Adolescentes con y sin TDAH	Funciones ejecutivas	Estadísticos descriptivos, análisis de covarianza (ANCOVAs), pruebas de chi-cuadrado, pruebas de McNemar, coeficiente phi (u), eta cuadrado parcial (gp2), corrección de Bonferroni
(Seidman et al., 2005)	Cuantitativo, observacional, trasversal	383	Niños y niñas con y sin TDAH	Funciones ejecutivas	Modelos de regresión lineal, mínimos cuadrados ordinarios
(Seymour et al., 2016)	Cuantitativo, experimental, de medidas repetidas	275	Niños y niñas con y sin TDAH	Funciones ejecutivas	Análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas, d de Cohen, pruebas post-hoc

(Silverthorn et al., 1996)	Cuantitativo, observacional, ex post facto, retrospectivo	80	Niños y niñas con TDAH	Prevalencia y subtipos	Análisis Multivariado de Covarianza (MANCOVA), Regresión Logística, Análisis de Covarianza
(Skogli et al., 2013)	Cuantitativo, observacional, ex post facto, retrospectivo	130	Niños y niñas con y sin TDAH	Funciones ejecutivas	Análisis de varianza multivariante (MANOVA), análisis de varianza (ANOVA), correlaciones de Pearson, análisis de regresión jerárquica, análisis de regresión logística
(Skogli et al., 2017)	Cuantitativo, observacional, longitudinal, comparativo	122	Niños y niñas con y sin TDAH	Función ejecutiva	Análisis de varianza mixtos (ANOVA mixtos), correcciones de Bonferroni-Holm, análisis de correlación de Pearson, análisis de varianza (ANOVA), análisis post-hoc de Bonferroni

(Young et al., 2019)	Cuantitativo, observacional, longitudinal, comparativo	288	Niñas con y sin TDAH	Consecuencias a largo plazo	Correlaciones, pruebas t de muestras independientes, análisis de regresión lineal, análisis de regresión múltiple
(Zalecki & Hinshaw, 2004)	Cuantitativo, observacional, transversal	228	Niñas con y sin TDAH	Ajuste social	Análisis de varianza, contrastes post hoc, análisis de covarianza, correlaciones, análisis de regresión jerárquica múltiple

Tabla A3

## Resultados

Estudio	Resumen de los resultados
(Bauermeister et al., 2007)	Los niños tienen 2.3 veces más probabilidades de ser diagnosticados con TDAH que las niñas. Los niños obtienen puntuaciones más altas en la escala escolar BIS, reciben más prácticas de disciplina negativa en casa y presentan más problemas del habla y del sueño, fracaso de grado y suspensión escolar. Los niños con el tipo combinado (CT) tenían un mayor riesgo de comorbilidad con trastornos del estado de ánimo que las niñas con el mismo subtipo. Las niñas con el tipo inatento (IT) tenían un mayor riesgo de cualquier trastorno de ansiedad que los niños con IT. Las suspensiones escolares parecieron estar más fuertemente relacionadas con el TDAH en los niños que en las niñas.
(Becker et al., 2013)	En niños con TDAH-I, la baja aceptación social se relaciona más fuertemente con problemas internalizantes en niñas que en niños. La preferencia social negativa se asoció de manera

---

	más consistente y fuerte con los síntomas internalizantes en las niñas que en los niños.
(Biederman et al., 1999)	Las niñas con TDAH tuvieron una probabilidad significativamente mayor de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (conducta, estado de ánimo, ansiedad) en comparación con niñas sin TDAH. Las niñas con TDAH mostraron tasas más bajas de trastornos de conducta en comparación con estudios previos en niños con TDAH, mientras que las tasas de trastornos del estado de ánimo y ansiedad fueron similares en ambos sexos.
(Biederman et al., 2002)	Las niñas con TDAH fueron más propensas al subtipo inatento, menos propensas a discapacidad de aprendizaje y a manifestar problemas en la escuela o tiempo libre, y tuvieron menor riesgo de otros trastornos de conducta que los niños.
(Biederman et al., 2005)	En una muestra comunitaria no remitida, no se encontraron diferencias significativas entre géneros en la sintomatología y presentación del TDAH.
(Biederman et al., 2010)	Las niñas con TDAH enfrentan un riesgo significativamente elevado de padecer una variedad de trastornos psiquiátricos en la adultez temprana (antisociales, estado de ánimo,

---

---

	ansiedad, desarrollo, dependencia de sustancias, alimentación).
(Breen y Barkley, 1988)	Las madres calificaron a niñas con TDAH como más deprimidas e hiperactivas que a niños, pero maestros consideraron a ambos grupos comparables en hiperactividad e inatención. No encontraron que niñas con TDAH tuvieran más problemas de conducta que niños.
(Breen, 1989)	Encontró pocas diferencias significativas en la presentación clínica del TDAH entre niñas y niños. Algunos resultados indicaron más comportamientos externalizados en niños con TDAH que en niñas sin TDAH, pero no que en niñas con TDAH.
(Brown et al., 1991)	Las niñas con TDAH fueron retenidas en la escuela con más frecuencia y mostraron mayor deterioro en tareas de memoria espacial. Con la edad, evidenciaron más gravedad en varias medidas, incluyendo funcionamiento cognitivo, rendimiento académico y problemas con compañeros.
(De Ronda et al., 2024)	Tanto niños como niñas con TDAH mostraron mayor desregulación emocional en la infancia. Niños con TDAH mostraron mayor reducción en síntomas emocionales con la

---

---

	edad, mientras que en niñas se mantuvieron elevados.
(De Ronda et al., 2021)	Niños con TDAH mostraron control inhibitorio deficiente y mayor variabilidad de respuesta en todas las tareas. Niñas con TDAH mostraron control inhibitorio deficiente solo con mayores demandas de memoria de trabajo.
(deHaas, 1986)	Tanto niños como niñas hiperactivas experimentan dificultades sociales, pero los patrones de conducta problemática difieren. Niñas mostraron más problemas que las niñas normales pero menos que los niños hiperactivos.
(Diamantopoulou et al., 2005)	Compañeros toleraron niveles más altos de síntomas de TDAH en niños que en niñas. Niños con TDAH fueron calificados como más desviados de la norma por sus compañeros que las niñas.
(DuPaul et al., 2006)	Niños y niñas con TDAH mostraron el mismo grado de dificultad en el funcionamiento escolar, funcionando por debajo de sus compañeros en los dominios académico, conductual y social. Niñas con TDAH informaron más problemas emocionales y de comportamiento en

---

---

	comparación con niñas sin TDAH de su mismo género que los niños con TDAH en comparación con los niños sin TDAH.
(Elkins et al., 2011)	Tanto niños como niñas con TDAH experimentaron problemas de ajuste en todas las áreas, pero las niñas con TDAH, especialmente el subtipo inatento, se vieron más afectadas en los ámbitos académico y de las relaciones entre iguales.
(Fernandez Castelao y Kröner-Herwig, 2014)	Encontraron trayectorias similares de comportamiento externalizante en niñas y niños, pero con diferencias en la representación de género en las clases de trayectorias y algunas diferencias específicas en la trayectoria "alta-decreciente" (mucha sintomatología en edades tempranas que disminuye con la edad).
(Gökçe et al., 2017)	En adolescentes, las niñas con TDAH presentaron con mayor frecuencia el subtipo inatento, tuvieron mayor comorbilidad de trastornos del estado de ánimo y mostraron mayores niveles de impulsividad atencional y motora que los niños.
(Graetz et al., 2005)	No hubo diferencias significativas entre niños y niñas en los síntomas principales,

---

---

	comorbilidad y deterioro, excepto que las niñas obtuvieron puntuaciones más altas en quejas somáticas y los niños mostraron peor funcionamiento escolar.
(Hartung et al., 2002)	Maestros informaron más síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad en niños con TDAH que en niñas. Niños representaron una mayor proporción de los tres subtipos de TDAH.
(Jin et al., 2016)	Los niños mostraron una tasa más alta de síntomas de TDAH que las niñas.
(Lahey et al., 2007)	Niños tienen más probabilidades de cumplir criterios para TDAH que niñas. Niñas con TDAH tienden a obtener puntuaciones más bajas en capacidad cognitiva, muestran menos síntomas totales y es más probable que cumplan criterios para el subtipo inatento.
(Lambek et al., 2010)	Niños no derivados mostraron mayores niveles de hiperactividad-impulsividad que niñas no derivadas. Niños y niñas derivados con trastorno hiperkinético fueron más similares que diferentes en el cuestionario Five To Fiveteen.

---

---

(Lee y Hinshaw, 2006)	En niñas con TDAH, problemas de conducta en la adolescencia fueron predichos por síntomas de hiperactividad-impulsividad y falta de cumplimiento en la infancia. El rendimiento académico fue predicho por síntomas de falta de atención.
(Lefler et al., 2015)	Niños nativos americanos/nativos de Alaska (AI/AN) mostraron niveles más altos de sintomatología del TDAH que las niñas AI/AN tanto en inatención como en hiperactividad.
(Magnússon et al., 1999)	Niños islandeses obtuvieron puntuaciones más altas que las niñas en todas las medidas de TDAH (inatención e hiperactividad-impulsividad).
(Mannuzza y Gittelman, 1984)	No se encontraron diferencias significativas en la tasa de trastorno mental entre géneros
(McGee et al., 1987)	Problemas de falta de atención fueron igualmente frecuentes en ambos sexos. Niños generalmente tenían puntuaciones de inatención más altas que las niñas.
(Miller et al., 2013b)	Aunque todas las mujeres mejoraron en las FE con la edad, aquellas con antecedentes de TDAH mostraron consistentemente una menor mejoría en comparación con el grupo de

---

---

	control. Las niñas con TDAH diagnosticado en la infancia experimentaron una mayor mejoría en atención sostenida y FE global, pero no en memoria de trabajo o inhibición de la respuesta.
(Miller et al., 2013a)	Encontró que las mujeres jóvenes con antecedentes de TDAH no mejoraron su preferencia por los mazos ventajosos con el tiempo, a diferencia del grupo de comparación. Esto sugiere dificultades para aprender y adaptar el comportamiento basado en la retroalimentación.
(Monuteaux et al., 2007)	El TDAH en la infancia fue un factor de riesgo significativo para el trastorno de conducta a lo largo de la infancia y la adolescencia en niñas. El trastorno de conducta predijo problemas académicos, psiquiátricos y de conducta sexual.
(Mowlem et al., 2019)	Factores similares distinguieron a niñas y niños que cumplían criterios de diagnóstico de sus compañeros con altos síntomas, pero los tamaños del efecto fueron mayores en niñas.
(Rosch y Mostofsky, 2016)	Niñas con TDAH mostraron mayor descuento de la demora en una tarea en tiempo real en comparación con niños con TDAH y niños con desarrollo típico.

---

---

(Rucklidge, 2006)	Adolescentes con TDAH, tanto hombres como mujeres, exhibieron un funcionamiento neuropsicológico similar en la mayoría de las áreas evaluadas.
(Seidman et al., 2005)	Niños y niñas con TDAH mostraron un mayor deterioro en algunas FE en comparación con los controles. Los déficits neuropsicológicos fueron en gran medida comparables entre sexos.
(Seymour et al., 2016)	El aumento de la carga cognitiva impactó diferencialmente el control de la respuesta para las niñas, pero no para los niños, con TDAH en comparación con niños con desarrollo típico.
(Silverthorn et al., 1996)	Encontró más similitudes que diferencias entre niños y niñas con TDAH en el número y tipo de síntomas y problemas de ajuste. Las niñas fueron remitidas para evaluación a una edad más temprana.
(Skogli et al., 2013)	Las calificaciones de los padres sobre las habilidades de función ejecutiva fueron más efectivas para distinguir entre niños con TDAH y niños de control sanos que entre niñas.

---

---

(Skogli et al., 2017)	No hubo efecto del sexo en los resultados de las pruebas de funciones ejecutivas frías. Niñas con TDAH obtuvieron mejores resultados en funciones ejecutivas calientes al inicio, pero mostraron deterioro con el tiempo, mientras que sus compañeras con desarrollo típico mejoraron.
(Young et al., 2019)	Las niñas con TDAH recibieron calificaciones de agresión relacional significativamente más altas y puntuaciones de preferencia social significativamente más bajas que el grupo de comparación. Las niñas con TDAH mostraron puntuaciones de gravedad de violencia de pareja íntima significativamente más altas que sus contrapartes de comparación.
(Zalecki & Hinshaw, 2004)	Las niñas diagnosticadas con TDAH de tipo combinado fueron calificadas como más abiertamente agresivas. La agresión relacional fue un comportamiento problemático asociado con ambos subtipos de TDAH

---