

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
FACULTAD DE MEDICINA  
Departamento de Psiquiatría



**TESIS DOCTORAL**

**La inteligencia emocional en adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y la relación con su calidad de vida**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Rosa María Vera García**

Directores

**Francisco Javier Quintero**  
**Alberto A. Fernández Lucas**

**Madrid, 2017**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS**



**LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADULTOS  
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE  
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LA  
RELACION CON SU CALIDAD DE VIDA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA  
ROSA MARÍA VERA GARCÍA**

**PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE DOCTOR**

**BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES  
Dr. FCO. JAVIER QUINTERO  
Dr. ALBERTO A. FERNÁNDEZ LUCAS**

**MADRID, 2016**







**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS**



**LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADULTOS  
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE  
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LA  
RELACION CON SU CALIDAD DE VIDA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA**

**ROSA MARIA VERA GARCIA**

**PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE DOCTOR**

**BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES**

**Dr. FCO. JAVIER QUINTERO**

**Dr. ALBERTO A. FERNÁNDEZ LUCAS**

**MADRID, 2016**



## AGRADECIMIENTOS

A los doctores y directores de la presente investigación, D. Javier Quintero y a D. Alberto Fernández Lucas, por aceptarme para participar en este proyecto, por su soporte durante el proceso, por su dedicación, entrega y tiempo, así como por su ayuda en el proceso.

La finalidad de esta tesis doctoral es hacer una aportación al conocimiento sobre la inteligencia emocional del adulto con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con el objetivo de poder contribuir al desarrollo de intervenciones terapéuticas que sean más eficaces. Es por ello que presento mis agradecimientos a todas las personas que, desde diferentes asociaciones, se prestaron a ayudarme de forma tan afectiva y desinteresada. Y, especialmente, a todas las que participaron prestándose a ser evaluados, compartiendo sus síntomas y situaciones vitales.

Mi agradecimiento también a todos los pacientes de la Clínica del Dr. Quintero, que aceptaron participar voluntariamente, así como a mis propios pacientes, que se ofrecieron de forma tan generosa para ayudarme en todo lo que ellos pudieran aportar. Y también a todos mis otros pacientes que, aunque no llegaron a participar en la investigación de forma directa, lo hicieron dándome su apoyo continuo y cariño.

A mi compañera de viaje, Isabel, que ha estado siempre cerca y con la que he podido contar para pasar los momentos más amargos.

Mi profundo agradecimiento a mi familia por su paciencia y el tiempo que no hemos podido compartir en estos años. A mi marido Eugenio por su gran apoyo y fuerza para que no me rindiera en los momentos más duros. A mis niños, Carlota y Lucas, que siendo aún muy pequeños siempre han tenido para mí su sonrisa más bonita.

A todas mis amigas y a todos mis amigos que, en todo momento, me dieron soporte y cariño para que siguiera persiguiendo mi sueño.

Y, finalmente, mi agradecimiento a mí misma, por ser valiente, por haber superado momentos muy duros de mucho trabajo y de soledad y no haberme rendido, y por haber continuado en el camino hasta el final.

*“El buen médico no es aquel que cura a los enfermos,  
sino el que evita que otros enfermen”*

*(En honor a la Investigación)*



# INDICE

ABREVIATURAS.....	15
INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS.....	17
RESUMEN.....	19
ABSTRACT.....	29
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>37</b>
<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>39</b>
1.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	39
1.1.1. Evolución conceptual del TDAH.....	41
1.1.2. El TDAH en el adulto.....	47
1.1.3. Epidemiología.....	51
1.1.4. Etiopatogenia.....	55
1.1.4.1 Alteraciones estructurales.....	56
1.1.4.2 Alteraciones bioquímicas.....	58
1.1.4.3 Alteraciones genéticas.....	59
1.1.4.4. Factores ambientales.....	61
1.1.5 Clínica del trastorno en el adulto.....	63
1.1.5.1. Diagnóstico.....	63
1.1.5.2. Manifestaciones clínicas.....	69
1.1.5.3. Patología comórbida al TDAH.....	71
1.1.5.4. Evolución vital.....	74
1.1.5.5. Impacto funcional.....	76
1.2. INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	81
1.2.1 Introducción al concepto de inteligencia.....	81
1.2.2. Orígenes de la inteligencia emocional.....	84
1.2.3. Emoción.....	90
1.2.4. Modelos teóricos de inteligencia emocional.....	94

1.2.4.1. Modelo de habilidades .....	98
1.2.4.2. Modelos mixtos: Modelo de inteligencia socio-emocional .....	101
1.2.4.3. Modelos mixtos: Modelo de inteligencia de Goleman .....	103
1.2.4.4. Conclusiones sobre los modelos teóricos.....	104
1.2.4.5. Evaluación de la inteligencia emocional.....	106
1.2.5. Inteligencia emocional como variable predictora .....	108
1.2.6. Inteligencia emocional y TDAH .....	113
1.2.7. Diferencias de género en inteligencia emocional.....	123
1.3. CALIDAD DE VIDA.....	125
1.3.1. Introducción al concepto de calidad de vida .....	125
1.3.2. Calidad de vida en el adulto con TDAH .....	128
<b>2. JUSTIFICACION .....</b>	<b>135</b>
<b>TRABAJO EMPÍRICO .....</b>	<b>143</b>
<b>3. OBJETIVOS E HIPOTESIS.....</b>	<b>145</b>
3.1. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	146
3.2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	147
<b>4. MATERIAL Y METODO .....</b>	<b>149</b>
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO .....	149
4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	149
4.3. ÁMBITO DEL ESTUDIO .....	151
4.4. PARTICIPANTES .....	152
4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	155
4.6. PROCEDIMIENTO.....	155
4.7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES .....	158
4.8. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA .....	160
4.8.1. Variables estudiadas .....	160
4.8.2. Instrumentos de medida.....	161
4.8.2.1. Variables sociodemográficas .....	161

4.8.2.2. Variables sintomatológicas .....	161
4.8.2.3. Variables de inteligencia emocional .....	164
4.8.2.4. Variables de personalidad .....	171
4.8.2.5. Variables de inteligencia cognitiva .....	172
4.8.2.6. Variables de calidad de vida .....	174
<b>5. RESULTADOS</b> .....	179
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.....	179
5.2. ESTADÍSTICOS VARIABLE INTELIGENCIA EMOCIONAL, PERSONALIDAD, INTELIGENCIA COGNITIVA Y CALIDAD DE VIDA .....	196
5.2.1. Estadística variable IIEE .....	196
5.2.2. Estadística variable de personalidad.....	206
5.2.3. Estadística variable CI.....	209
5.2.4. Estadística variable QoL .....	210
5.3. RELACION ENTRE VARIABLES.....	216
<b>6. DISCUSION</b> .....	219
6.1. PRINCIPALES HALLAZGOS.....	219
6.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION .....	251
6.3. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACION.....	253
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	257
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b> .....	261
<b>9. ANEXOS</b> .....	303



## ABREVIATURAS

**ADHD:** *Attention Deficit Hiperactivity Disorder*

**ANCOVA:** Análisis de la covarianza

**ANOVA:** Análisis de la varianza

**ASRS:** Cuestionario auto-informado de cribado de TDAH en el adulto ASRS\_ V1.1;  
*Adult ADHD self-report scale (ASRS-v1.1)*

**AAQoL:** Escala de Calidad de Vida para Adultos con TDAH; *adult ADHD quality of life scale (AAQoL)*

**CAARS:** Escala de Déficit de Atención para adultos de Conners; *Conners' Adult AADHD Rating Scales*

**CI:** Cociente intelectual

**CIE\_CE:** Inteligencia Emocional, Rama Comprensión Emocional

**CIE\_ME:** Inteligencia Emocional, Rama Manejo Emocional

**CIE\_FE:** Inteligencia Emocional, Rama Facilitación Emocional

**CIE\_PE:** Inteligencia Emocional, Rama Percepción Emocional

**CIE\_T:** Inteligencia Emocional, Escala global

**CIE-10:** Clasificación internacional de enfermedades, décima versión

**CPF:** Corteza prefrontal

**DIVA:** Entrevista estructurada para el diagnóstico de TDAH en adultos 2.0;  
*Diagnostic Interview for ADHD in adults, DIVA.*

**DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría;  
*Diagnostic and Statistical Manual* (varias ediciones I, II, III, III-R, IV, IV-TR y V)

**EI:** *Emotional Intelligence*

**H:** Hipótesis

**IEE:** Inteligencia Emocional

**IQ:** *Intelligence quotient*

**MSCEIT:** Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso; *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**QoL:** Calidad de Vida; *Quality of life*

**QoL\_P:** Calidad de Vida\_Productividad Vital; *Quality of life\_life productivity*

**QoL\_PV:** Calidad de Vida\_Perspectiva Vital; *Quality of life\_life outlook*

**QoL\_RS:** Calidad de Vida\_Relaciones Sociales; *Quality of life\_relationships*

**QoL\_SP:** Calidad de Vida\_Salud Psicológica; *Quality of life\_psychological health*

**SPSS:** Paquete estadístico para las Ciencias Sociales; *Statistical Package for the Social Sciences*

**TDAH:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

**WAIS-IV:** Escala de inteligencia de Wechsler para adultos; *Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth Edition*

**WURS:** Escala Wender-Utah; *Wender-Utah Rating Scale*

# INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

## GRAFICOS

GRÁFICO 1: PROCESOS IMPLICADOS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA IIEE .....	96
GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y GRUPO .....	179
GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD Y GRUPOS.....	180
GRÁFICO 4: FRECUENCIAS EN LOS GRUPOS “CONDUCTA DISRUPTIVA SIN VIOLENCIA” .....	183
GRÁFICO 5: FRECUENCIAS EN LOS GRUPOS “CONDUCTA DISRUPTIVA CON VIOLENCIA”....	183
GRÁFICO 6: FRECUENCIAS EN LOS GRUPOS EXPERIMENTALES ABSENTISMO/FUGAS .....	184
GRÁFICO 7: FRECUENCIAS EN LOS GRUPOS EXPERIMENTALES FRACASO ESCOLAR .....	184
GRÁFICO 8: MEDIANAS RENDIMIENTO NOTA ESO .....	185
GRÁFICO 9: MEDIANAS N° CURSOS REPETIDOS EN TOTAL .....	186
GRÁFICO 10: MEDIA N° EXPULSIONES DEL COLEGIO .....	186
GRÁFICO 11: MEDIANAS N° LLAMADAS A LOS PADRES .....	187
GRÁFICO 12: MEDIANAS N° PAREJAS > 3 MESES.....	188
GRÁFICO 13: MEDIAS EDAD INICIO REL. SEXUALES.....	188
GRÁFICO 14: MEDIAS EDAD INICIO PAREJA ESTABLE .....	189
GRÁFICO 15: MEDIAS TOTAL PAREJAS EN CONVIVENCIA .....	189
GRÁFICO 16: MEDIAS N° DE CAMBIOS DE TRABAJO .....	190
GRÁFICO 17: MEDIAS WURS RETROSPECTIVA .....	191
GRÁFICO 18: MEDIAS ESCALA CONNERS SUJETO INATENCIÓN .....	192
GRÁFICO 19: MEDIAS CONNERS SUJETO HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD .....	193
GRÁFICO 20: MEDIAS CONNERS OBSERVADOR INATENCIÓN.....	193
GRÁFICO 21: MEDIAS CONNERS OBSERVADOR HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD.....	194
GRÁFICO 22: MEDIAS CIE_T .....	198
GRÁFICO 23: MEDIAS CIE_PE .....	199
GRÁFICO 24: MEDIAS CIE_FE .....	199
GRÁFICO 25: MEDIAS CIE_CE .....	200
GRÁFICO 26: MEDIAS CIE_ME.....	201
GRÁFICO 27: MEDIAS CIE_T EN FUNCIÓN DEL GÉNERO .....	202
GRÁFICO 28: MEDIAS CIE_PE EN FUNCIÓN DEL GÉNERO .....	203
GRÁFICO 29: MEDIAS CIE_FE EN FUNCIÓN DEL GÉNERO .....	204
GRÁFICO 30: MEDIAS CIE_CE EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.....	205
GRÁFICO 31: MEDIAS CIE_ME EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.....	206
GRÁFICO 32: MEDIAS CI_TOTAL.....	209
GRÁFICO 33: MEDIAS QoL_TOTAL .....	211
GRÁFICO 34: MEDIAS QoL_P .....	212
GRÁFICO 35: MEDIAS QoL_SP .....	212
GRÁFICO 36: MEDIAS QoL_RS .....	213
GRÁFICO 37: MEDIAS QoL_PV .....	214

## TABLAS

TABLA 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TDAH.....	42
TABLA 2: FRECUENCIA DE COMORBILIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON TDAH.....	73
TABLA 3: EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA INFANTIL A LA EDAD ADULTA .....	76

TABLA 4: FUNCIONALIDAD DE LAS EMOCIONES .....	93
TABLA 5: MODELO DE LAS CUATRO RAMAS .....	101
TABLA 6: PRINCIPALES TEORÍAS DE LAS IIEE Y SUS COMPETENCIAS .....	105
TABLA 7: LOCALIZACIÓN DE LA MUESTRA DE SUJETOS .....	154
TABLA 8: LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE LA MUESTRA .....	154
TABLA 9: DESCRIPCIÓN GRÁFICA MSCEIT .....	168
TABLA 10: MEDIAS ESCALAS AAQoL ESTUDIO ADULTOS CON TDAH.....	177
TABLA 11: MEDIAS ESCALAS AAQoL ESTUDIO ADULTOS CON TDAH.....	177
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA TOTAL POR GÉNERO .....	179
TABLA 13: PUNTUACIONES IIEE (MEDIA Y DS).....	197
TABLA 14: CORRELACIONES IIEE Y PERSONALIDAD .....	209
TABLA 15: COMPARACIONES RESULTADOS QoL CON ESTUDIOS EN ADULTOS CON TDAH	210
TABLA 16: PUNTUACIONES MEDIAS CI_T Y CIE_T .....	217
TABLA 17: CORRELACIÓN QoL CON IIEE .....	218
TABLA 18: RESUMEN DE LOS RESULTADOS SOBRE LAS HIPÓTESIS PLANTEADAS .....	251

# RESUMEN

## INTRODUCCION

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), uno de los más comunes trastornos en la infancia, suele permanecer a lo largo de la vida de la persona, causando una importante disfuncionalidad en diferentes áreas vitales y afectando a su calidad de vida (QoL). Diferentes evidencias indican que el TDAH podría permanecer en la edad adulta en, al menos, un 50% de los casos. A pesar de la larga trayectoria de estudios e investigaciones, aún no se conocen con exactitud los precursores biológicos y no han quedado definitivamente clarificadas las causas genéticas, neurológicas, conductuales y psicosociales. Aunque el TDAH cuenta con más de un siglo de investigaciones, no es hasta la década de los 60 del siglo pasado cuando se comienza a mostrar evidencia de que el trastorno presenta tendencia a permanecer en la edad adulta. Y es a partir de los años 90, cuando los estudios validan las diferencias entre adultos con y sin TDAH. Empieza a desvelarse su trasfondo neurobiológico y a realizarse estudios longitudinales en población infantil, comenzando a demostrarse la cronicidad del trastorno. Esta investigación tan tardía ha podido dar lugar a que se haya producido un infradiagnóstico en el adulto, mostrando cifras por las que solo un 25% habría sido diagnosticado. Personas con TDAH suelen desarrollar otras patologías psiquiátricas, lo que supondría una importante complicación tanto para el diagnóstico como para la evolución del trastorno. Las patologías psiquiátricas comórbidas al TDAH más frecuentes suelen ser el trastorno de ansiedad, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno

negativista desafiante, trastorno disocial, dependencia o abuso de sustancias legales o ilegales, etc. Se estima que, entre un 25-50% de los pacientes adultos con TDAH, presentan patología psiquiátrica comórbida. En lo referente a la epidemiología del trastorno en la edad adulta, ésta es aún bastante controvertida, pudiendo variar en función del contexto geográfico, los criterios diagnósticos, así como la diversidad de instrumentos de evaluación y puntos de corte. Se muestran cifras que oscilan entre el 4,5% para Estados Unidos, Oriente Medio y América del Sur, y un 1-3% para Europa. En población española, la prevalencia apenas llega al 1,2%. En cuanto a las diferencias de género, existe una mayor prevalencia de niños frente a niñas, que se reduciría en la edad adulta, aunque suele permanecer a favor de los hombres. No existe un claro consenso respecto a la etiología del trastorno, y es el modelo multifactorial el que podría actualmente ser la mejor explicación. Encontramos factores genéticos, neuroquímicos, alteraciones cerebrales a nivel estructural y funcional y diversos factores ambientales. La reciente edición DSM-5 ha adaptado los criterios diagnósticos del adulto, introduciendo algunas modificaciones para su mejor adaptación a esta etapa. Según esta edición, la manifestación clínica del TDAH en el adulto se va a caracterizar principalmente por sintomatología de inatención e impulsividad, quedando atenuada la hiperactividad. En la edad adulta, el trastorno suele seguir provocando una importante disfuncionalidad en forma de peores rendimientos en los ámbitos personales y profesionales, con una tendencia a presentar un estilo de vida “caótico”, suponiendo un importante deterioro de su QoL. Asimismo, personas con TDAH suelen mostrar bajos niveles de eficacia emocional junto a una mayor impulsividad y falta de habilidades sociales. Esta circunstancia elevaría la susceptibilidad de estar implicadas en diversas formas de comportamiento

antisocial, así como mayores niveles de estrés y dificultades emocionales en diferentes ámbitos, laboral, escolar, relaciones personales, etc.

Tradicionalmente, la inteligencia cognitiva ha sido prácticamente la única variable que se reconocía como predictora del éxito de la persona, pero desde la aparición del constructo de inteligencia emocional (IIEE) se ha venido demostrando a través de la investigación que la parte afectiva del ser humano no debía quedar relegada. Las emociones influirían en la cognición, por lo que podrían contribuir al mejor ajuste vital. En nuestra investigación, la IIEE ha sido entendida desde el Modelo de Habilidades de las cuatro ramas, de Mayer y Salovey. Este modelo concibe la IIEE como un conjunto de habilidades cognitivas referidas a las emociones, que no tiene relación con el factor personalidad y presenta una baja o nula relación con el factor CI. Según estos autores, personas con mejores habilidades en la percepción de emociones, con mejor uso de éstas para facilitar el pensamiento, mejor comprensión y manejo, de las propias así como de las ajenas, las personas gestionan sus vidas de forma más adaptativa. La IIEE, bajo este modelo, es considerada un tipo de inteligencia, habiendo sido demostrada su independencia con respecto al CI. Esto posibilitaría su desarrollo y mejora, y que pudiera ser incluida en los tratamientos multimodales de intervención terapéutica para el TDAH. Un tipo de inteligencia genuina, que se fundamenta en el uso adaptativo de las emociones y su aplicación al pensamiento, pasando desde los procesos más básicos (percepción emocional) hasta los de mayor complejidad (comprensión y regulación emocional). Las habilidades emocionales y las cognitivas serían factores clave para lograr un mayor bienestar de la persona.

El concepto de QoL, aunque falto de consenso en su definición, incorpora aspectos económicos, médicos y sociales como satisfacción con la vida, bienestar

subjetivo, estado de salud física y mental, felicidad, funcionalidad, etc. El TDAH suele conllevar un impacto negativo significativo en una gran variedad de dimensiones del funcionamiento diario, teniendo como consecuencia un menor nivel de valoración de su QoL. Hoy en día, la evaluación de la QoL de sujetos con TDAH, en nuestra opinión, es aún escasa, y también lo es una profunda comprensión de los factores que sobre ella influyen.

## **OBJETIVOS E HIPOTESIS**

Como objetivos principales, se planteó determinar el nivel actual de IIEE en una muestra de sujetos adultos con TDAH, así como explorar la asociación entre la IIEE y la valoración de su QoL, en comparación con un grupo de controles sanos. Para dar respuesta a estos objetivos, una hipótesis fue que los sujetos con TDAH presentarían menores niveles en la escala global de IIEE, medido con el MSCEIT (Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso), que los sujetos del grupo control. Y que este menor nivel de desarrollo se observaría en las cuatro ramas del modelo. Para dar respuesta a la posible asociación entre la IIEE y la QoL, nuestra hipótesis fue que encontraríamos correlación positiva y estadísticamente significativa entre la IIEE y la QoL en los sujetos de la muestra. También se plantearon unos objetivos secundarios. Dado que en la manifestación clínica del TDAH así como en la gestión emocional existen diferencias entre hombres y mujeres, se incorporó como objetivo secundario la valoración en función del género. Para ello, planteamos la hipótesis de que existirían diferencias por género. Se consideró determinar la asociación de la gravedad del trastorno en el nivel actual de IIEE. Para este objetivo, nuestra hipótesis fue que la gravedad de la sintomatología, tanto en la etapa infanto-juvenil como en la edad adulta, estaría asociada a un nivel más bajo de IIEE.

Finalmente, otro objetivo fue analizar la relación entre el nivel general de CI y el de IIEE, para lo que planteamos la hipótesis de que la IIEE presentaría relación baja o nula con el CI.

## **METODOLOGIA**

En la presente investigación, se planteó un diseño de investigación cuasi o pseudo-experimental, transversal, descriptivo y correlacional. La muestra total final estuvo compuesta por 116 adultos (con una Media de edad=38,29 y DS=11,47), hombres y mujeres. Los sujetos se agruparon en tres grupos de adultos con TDAH y un grupo control: grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico (n=31), grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico (n=31) y grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico (n=29), y un grupo control de sujetos sanos sin historia de TDAH. La muestra se localizó en dos asociaciones diferentes, dedicadas a dar soporte a personas afectadas con el trastorno, y dos centros clínicos privados, en los que sujetos con o sin diagnóstico de TDAH se prestaron a participar en la investigación de forma voluntaria. La localización geográfica fue a nivel nacional. La recogida de datos se realizó entre Octubre 2013 y Diciembre 2014. El diagnóstico de TDAH, así como la presencia de otras patologías psiquiátricas, fueron confirmados en la evaluación. El Test de Inteligencia Emocional, de Mayer, Salovey y Caruso (MSCEIT) fue el instrumento utilizado para la evaluación de la IIEE. Los rendimientos personales se analizaron a través de los datos obtenidos en la entrevista estructurada (Conjunto mínimo básico de datos, CMBD). El resto de las variables se obtuvieron a través de diferentes instrumentos: AAQoL para la QoL, WAIS-IV para el CI, BARRAT, WURS y CAARS para la sintomatología del TDAH, y el cuestionario factorial de personalidad 16 PF5 para la

variable personalidad. La evaluación fue realizada en dos sesiones de, aproximadamente, dos horas cada una. Desde el punto de vista del análisis estadístico, se realizaron pruebas descriptivas e inferenciales utilizando el paquete estadístico SPSS 20. Los aspectos éticos contaron con la aprobación del Comité de Ética e Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, de acuerdo con la legislación vigente. Se dio cumplimiento en todo momento a la Ley de Protección de Datos vigente (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

## **RESULTADOS:**

Los resultados mostraron que los grupos TDAH presentan niveles inferiores de rendimientos en el ámbito académico, personal y profesional, así como una valoración más baja de su QoL en comparación con los grupos de los controles sanos. Los datos obtenidos indicaron que, de forma general, los sujetos con TDAH presentan un menor cociente de IIEE, pero este efecto sólo aparece de forma estadísticamente significativa en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. La existencia de diferencias en cuanto al nivel de la IIEE en función del género fue confirmada, siendo a favor de las mujeres. Encontramos una excepción en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, en el que las mujeres obtuvieron puntuaciones inferiores. Los datos indicaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la IIEE, en el área experiencial, y la QoL, a nivel total así como en las dimensiones de salud psicológica y productividad. En lo relativo a la gravedad del trastorno en la etapa infanto-juvenil, no se observó correlación entre ésta y el nivel de IIEE. En cuanto a la gravedad actual, se encontró correlación para la variable hiperactividad e impulsividad, pero

no para la variable inatención. No obstante, el impacto de la gravedad fue diferente en función de los grupos. Finalmente, fueron encontradas ciertas relaciones lineales entre el CI y la IIEE, de signo positivo y débil entre ambos.

## **DISCUSION**

En base a los resultados obtenidos, pudimos señalar varios factores presentes en el menor nivel actual de habilidades emocionales en los sujetos TDAH, en el grupo con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. La ausencia de diagnóstico previo del trastorno ha sido uno de los factores que presentaba este grupo, junto a la presencia de patología comórbida al TDAH que también apareció como factor presente en un nivel más bajo de IIEE. El factor género, en este caso el femenino, se encontró presente en un mejor nivel de IIEE, excepto en el grupo que presentó patología psiquiátrica comórbida al TDAH y sin antecedentes de diagnóstico. En cuanto a la gravedad sintomatológica, en el caso de la variable hiperactividad/impulsividad, se mostró como factor presente en un menor nivel de IIEE. No se mostró este efecto para la variable inatención. Finalmente, un CI más alto estuvo presente en un mayor nivel de IIEE. Tal como mostraron nuestros resultados, las variables IIEE y CI, aunque muestran correlaciones bajas o nulas entre sí, presentan cierta relación lineal. Finalmente, uno de los factores sería el propio instrumento de medida utilizado, el MSCEIT. Aunque ha sido demostrada su fiabilidad, diferentes autores han cuestionado que mida de forma efectiva todas las habilidades contenidas en las ramas, así como la capacidad para implementar estrategias en una situación cotidiana, por lo que entendemos debería considerarse en los resultados obtenidos.

## **LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

Consideramos que hemos contado con determinadas limitaciones y, por tanto, los resultados deben interpretarse en el contexto de las mismas: 1. La predisposición positiva de los sujetos que han participado de forma voluntaria, tanto de las asociaciones como de las consultas privadas, ha podido suponer un sesgo para la generalización de los resultados; 2. No se han podido identificar relaciones causales al tratarse de un estudio transversal y no longitudinal; 3. Al no tratarse de un ensayo clínico, no se controló la variable “*tratamiento*”, por lo que su posible efecto protector pudo influir en la tendencia de los resultados; 4. La falta de consenso sobre el constructo QoL nos lleva a tener en cuenta que la valoración ha sido obtenida bajo una conceptualización influida por el actual contexto social, político, cultural y asistencial; y 5. Posibles limitaciones del instrumento de medida utilizado, el MSCEIT.

## **CONCLUSIONES**

Hemos podido observar la tendencia a un menor nivel de IIEE en el grupo TDAH que no contaba con diagnóstico previo y que presentaba otras patologías psiquiátricas comórbidas al TDAH. Los otros grupos no han presentado un menor nivel de IIEE en comparación con el grupo control. Por tanto, factores presentes en un menor nivel de habilidades emocionales han sido la ausencia de diagnóstico del trastorno así como presentar comorbilidad al TDAH. Al igual que en población sin TDAH, existen diferencias de género en el nivel de la IIEE, a favor de las mujeres, obteniendo éstas mejores puntuaciones de habilidades emocionales. Este resultado se obtuvo en todos los grupos, con excepción del grupo que no tenía antecedentes de

diagnóstico y que presentó trastornos comórbidos. Se han encontrado asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre la IIEE, en el área experiencial (percepción y facilitación emocional) y la QoL, en su dimensión global, y en las dimensiones de salud psicológica y productividad. La gravedad del trastorno en la infancia no ha estado presente en un menor nivel actual de habilidades emocionales. En lo que respecta a la gravedad en la edad adulta, la variable hiperactiva/impulsiva se encontró presente en un menor nivel de IIEE. No ha sido así en la variable de inatención. La relación encontrada entre el CI y la IIEE fue débil y de signo positivo. Esto podría favorecer la inclusión de la intervención en la IIEE, independientemente del nivel intelectual de la persona. Se pudo concluir que en el nivel de IIEE en población con TDAH están presentes diferentes factores tales como contar con diagnóstico previo lo que puede favorecer intervenciones tempranas, la ausencia de patología comórbida al TDAH, la gravedad de la variable Hiperactividad/impulsividad, el factor género y, de forma débil, el CI.

**PALABRAS CLAVE: Inteligencia emocional; déficit de atención; hiperactividad e impulsividad; Adultos; Calidad de vida.**



# **A**BSTRACT

## **INTRODUCTION**

The attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), one of the most common neuropsychiatric disorder of childhood, use to persist throughout the person's lifespan, causing significant dysfunctionality in many vital areas and affecting their quality of life (QoL). Some evidences indicate that ADHD could remain into adulthood in at least a 50% of cases. In addition, although ADHD has been matter of exhaustive investigation during last decades, its genetic, neurological, behavioral and psychosocial determinants have not yet been definitively clarified.

Although ADHD scientific research has more than one century, the evidence that the disorder use to persist into adulthood begins to emerge in the 60's of last century. During 90's, studies clearly begin to validate the differences between adults with and those without ADHD. The diagnosis in the adulthood begins to be supported by the neurobiological background of the disorder and by the follow-up studies performed in pediatric population, so the chronicity of the disorder begins to be demonstrated. The fact that ADHD in adults did not receive enough attention until very recently led to a clear occurred under-diagnosis. It has been estimated that only a 25% of adults have been diagnosed. People with ADHD may develop other psychiatric disorders, which would represent an additional complication for both the diagnosis and evolution. The most frequent comorbidities developed use to be anxiety disorder, depressive disorder, bipolar disorder, oppositional and defiant

behavior disorder, dependence upon or even abuse of legal or illegal substances, etc. It's estimated that 25-50% of adult with ADHD could develop associated disorders. Regarding the ADHD epidemiology in adulthood, it's still very controversial, as it may vary depending on the geographical context, the diagnostic criteria and the diversity of assessment tools and cutoffs. Prevalence statistics vary from 4.5% for the United States, the Middle East and South America, and 1-3% for Europe. In Spanish population, the prevalence barely reaches 1.2%. Concerning gender differences, there is a greater prevalence in males as compared with females, but such difference is reduced during adulthood, although it still favors males. As for etiology, while precise causes have not yet been identified, a multifactorial model could be the better current explanation. Genetics, neurochemicals, brain alterations at structural and functional level, as well as and different environmental factors, have been considered. The recently edited DSM-5 has adapted the criteria for the adult diagnosis, introducing several modifications better adapted to this stage. The ADHD's clinical expression in adults will be characterized primarily by inattention and impulsivity; the hyperactivity would decline with age. In adulthood, persons with ADHD continue to experience dysfunctionalities in work adjustment and worse personal outcomes. They also tend to have a "*chaotic*" lifestyle that produces significant impairments in their QoL. Patients with ADHD often would show low levels of emotional effectiveness with increased impulsivity and poor social skills. This situation increases the risk of being involved in several antisocial behavior as well as increased levels of stress and emotional difficulties in different areas, at work, school, in their relationships, etc.

Cognitive intelligence (CI) has traditionally been recognized as the only predictive factor of the personal success, but since the advent of the construct of

emotional intelligence (EI), it has been shown that the emotions cannot be relegated. Emotions influence cognition, and they would also contribute to a better life adjustment.

The theoretical basis of our research relies on Mayer and Salovey Four-Branch Model. This model describes four areas of capacities or skills, with no relationship with the personality factor as well as with a poor or null correlation with IQ. According to these authors, people with greater EI abilities accurately perceive emotions, facilitate thinking, understand emotional meanings and manage their own and other emotions. As a consequence, they often will manage their lives in a more adaptive way, which is important for humans to connect effectively with their world. The IE, according to this model, is considered as a type of intelligence, independent from the IQ. This enables the EI development and improvement, and the possibility of being included in the multimodal treatment model for ADHD. EI would be a type of genuine intelligence, based on the adaptive use of emotions and its application to thinking, from the basic processes (perceiving emotions) to the most complex (understanding and managing emotions). Emotional and cognitive skills would be the critical factors to achieve a greater well-being of the person.

The QoL's concept, even with the lack of consensus on its definition, can be described as a multidimensional construct, including concerns regarding economic, social, medical and life satisfaction, subjective well-being, physical and mental health status, happiness, impairments, etc. ADHD is associated with a significant negative impact on a variety of domains of daily living activities, and it use to result in a lower level of QoL. Nowadays, there are only a few researches about the QoL in ADHD, in our opinion, so a deeper understanding of the influencing factors is needed.

## **OBJECTIVES AND HYPOTHESES**

The aim of this study was to assess the level of EI in a sample of adults with ADHD, as well as to explore the association of the EI in their QoL levels, in comparison with a healthy control group. Considering this aim, our hypothesis was that the adults with ADHD would show lower levels of IE, as measured with the MSCEIT (Emotional Intelligence Test Mayer-Salovey-Caruso), compared with to the control group. This lower level of development would be observed in the four branches of the model. To address the association between the EI and the QoL, our hypothesis was that we would find a positive and statistically significant correlation between the EI and the QoL in the adults of our study. Considering gender differences on the clinical expression of ADHD as well as in the emotional management, we decided to assess gender influence as part of our investigation. Our hypothesis was that these gender differences would exist. We also considered the need to determine the influence of disorder severity on the current EI's level. For this purpose, our hypothesis was that the severity of symptoms, in childhood and adolescence as well as in adulthood stages, would be associated to the current EI's level. Finally, we also analyzed the relationship between IQ and the EI, and our hypothesis was that EI would show a weakened correlation with IQ.

## **METHOD**

In our investigation, a transversal, descriptive and correlational research was performed using a quasi-experimental or pseudo-experimental design. The sample was composed of 116 adults with ADHD, (mean age=38,29 and SD=11,47), males and females, divided into three groups of adults with ADHD and one control group: adults without ADHD comorbid psychiatric pathology and no history of ADHD

diagnosis (n=31), adults with ADHD comorbid psychiatric pathology and no history of ADHD diagnosis (n=31), adults with ADHD comorbid psychiatric pathology and history of ADHD diagnosis in childhood (n=29), and a control group: healthy and with no clinical history of ADHD. The sample was enrolled in two different associations, focused on ADHD help and support, and two clinical centers, in which patients with or without a diagnosis of ADHD participated voluntarily in the research, and they consented. The sample geographical location was at the national level. Data collection was conducted between October 2013 and December 2014. The ADHD diagnosis, as well as the presence of other disorders was confirmed in the evaluation. Emotional Intelligence Test Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT) was used for the EI assessment. The life performance of the sample was analyzed using the data obtained through the structured interview (Basic Minimum Data Set, CMBD). Data for other variables were obtained through different tools as: AAQoL for QoL, WAIS-IV for IQ, BARRAT, WURS and CAARS for ADHD clinical symptoms, and the 16 PF-5 Personality Factor Questionnaire for the variable personality. The evaluation was conducted in two sessions of, approximately, two hours each. From the statistical point of view, data were analyzed with the SPSS 20, for Windows. Ethical issues had the approval of the Hospital Gregorio Marañón Ethics Committee, Madrid. We complied with the Data Protection Law applicable (Law 15/1999 of December 13th, Protection of Personal Data).

## **RESULTS**

Results showed that ADHD groups have worse life outcomes in different domains like academic, personal and professional environment, as well as significantly worse QoL, compared with healthy control groups. The findings

obtained in our research indicated that overall adults with ADHD show a lower level of EI, although such effect was only statistically significant in the ADHD group with comorbidity and no prior diagnosis. The gender differences on the EI level, were confirmed in favor of females. We found an exception in the ADHD group with comorbidity with no prior diagnostic, in which women scored lower. Results also showed a positive and statistically significant correlation between the EI, in the experiential area, and QoL, on the total score as well as on psychological health and productivity domains. Regarding the severity of the disorder in childhood and adolescence stages, no correlation was observed with EI current level. On the contrary, the severity ratings of hiperactivity/impulsivity actual symptoms correlated with the EI level. We did not find this correlation with the inattention symptoms. However, the impact of severity was different depending on the groups. Finally, we found weak and positive correlations between EI and IQ.

## **DISCUSSION**

Our results pointed out several factors associated with the lower level of emotional skills in ADHD adults in the ADHD group with comorbidity with no prior diagnostic. The absence of previous diagnosis was a factor present in this group on the lower EI level. Likewise, the presence of comorbidity disorder appeared as a factor in this lower EI level. The gender factor, in favor of the women, has also shown to be present in a better level of EI, excepting when comorbidity is present with no prior diagnostic. The severity of actual hyperactivity/impulsivity symptoms appeared as a factor also present in the lower EI level. This effect was not shown on the inattention variable. Higher IQ is the last factor present in a better EI level. Both type of intelligences exhibited a weak correlation with each other, but there is a

certain relationship. Finally, another factor to consider would be the utilized measurement tool used, the MSCEIT. While its reliability has been demonstrated, it is disputed that it really measures all the skills contained in each of the branches, and the ability to implement a strategy within an everyday situation.

## **RESEARCH LIMITATIONS**

Considering that we had some limitations, the results must be interpreted in this context of them: 1. The positive attitude of the persons, both the ones from the associations and the private clinical centers, who volunteered may have biased the results generalization; 2. Since we performed a transversal study, we had no opportunity to identify causal relationships; 3. Since we did not perform a clinical trial, we could not properly control the variable "*treatment*," and its potential protective effect could influence the trend of our results; 4. The lack of consensus on QoL lead us to consider that this parameter has been obtained under a conceptualization influenced by the current political, cultural and social context; And 5. The limitations of the assessment tool used, the MSCEIT.

## **CONCLUSIONS**

We could see a trend to lower EI development in the ADHD group with comorbidity with no prior diagnosis. The remaining ADHD groups did not show lower EI level compared with the control group. Therefore, factors associated with lower emotional skills level were the lack of diagnostic of the disorder and the comorbidity condition. Similarly to samples without ADHD disorder, we found gender differences in the EI level, favoring the females, with better emotional skills. This result was obtained in all groups, excepting the group with no history of

diagnosis and comorbid conditions. Positive and statistically significant associations were found between EI and QoL, especially affecting the global score, psychological health and productivity domains. Results in the experiential area (emotional perception and facilitation) showed that a higher development influences a better assessment of the person in these QoL domains. The severity of the disorder in childhood does not appear to influence the current EI level. With regard to the severity into adulthood, the symptoms of hyperactivity/impulsivity are associated with an actual lower level of EI. This influence is not found in inattention symptoms. The relationship found between IQ and EI is weak and with positive sign. This could be a favorable factor for the inclusion of EI on the therapeutical treatment, regardless of the IQ. We concluded that in the current EI level different factors such as the presence of previous diagnostic, the absence of comorbidity, the severity of hyperactivity/impulsivity symptom, the gender and IQ level, are present.

**KEYWORDS: Emotional Intelligence; Attention Deficit; Hyperactivity & Impulsivity; Adult; Quality of life.**

# **M**ARCO TEÓRICO



# 1. INTRODUCCION

## 1.1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El TDAH emerge en el siglo XX con una larga trayectoria de investigaciones y estudios de base científica sobre su validación y clarificación de controversias clínicas. Según el Instituto Nacional para la Salud Mental (National Institute of Mental Health –NIMH, Agencia de investigación biomédica dependiente del gobierno de EE.UU), *“el TDAH se refiere a una familia de trastornos neurobiológicos crónicos relacionados, que interfieren con la capacidad de un individuo para regular el nivel de actividad (hiperactividad), inhibir la conducta (impulsividad) y prestar atención a las tareas (falta de atención) de la manera que es apropiada para su nivel de desarrollo”*.

Es un trastorno de alta complejidad, de etiología aún desconocida, aceptándose como un patrón de comportamiento inadaptado de base neurológica, de inicio general en la infancia, con una sintomatología básica de carácter cognitivo-conductual, en el que influyen diversos factores para su desarrollo. Se asocia gran morbilidad y discapacidad en niños, adolescentes y adultos, con interferencia en actividades académicas, profesionales e interpersonales, y una importante comorbilidad psiquiátrica en forma de abuso de sustancias, conductas antisociales y trastornos afectivos -principalmente ansiedad y depresión- (1).

El TDAH se caracteriza por tres síntomas nucleares: déficit de atención y concentración (dificultad para la atención dirigida y consciente, con afectación particular de la memoria de trabajo), hiperactividad (propensión al movimiento, con una expresión motora –de movimiento o habla) e impulsividad (falta de control en reacciones o pensamientos, baja tolerancia al aburrimiento y frustración, falta de planificación y previsión) (2, 3). Estos síntomas nucleares suelen presentarse de forma conjunta o no, existiendo por ello distintos subtipos dentro del trastorno: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad y tipo combinado. Este último es el subtipo más común.

El diagnóstico diferencial debe realizarse relacionando la hiperactividad normalizada para cada etapa del ciclo vital, trastorno generalizado del desarrollo, trastornos de vinculación afectiva, trastornos de conducta, retraso mental, cuadros de ansiedad o depresión, o trastornos neurológicos.

El TDAH comienza en la infancia, con una elevada prevalencia en el desarrollo neurológico del niño, y siendo uno de los trastornos de mayor importancia en el ámbito de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, estimándose una afectación a nivel mundial de entre un 8 y un 12% (4). A pesar de que pueden existir casos de remisión, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que el trastorno presenta una tendencia a persistir en la edad adulta, aunque con cambios en sus manifestaciones clínicas, dando con ello validez al diagnóstico del TDAH en la edad adulta (5, 6). Es a partir del DSM-III-R cuando se describe formalmente la posibilidad de diagnosticar un adulto con TDAH. Estudios longitudinales han mostrado consistentemente que, aunque los síntomas del TDAH tiendan a declinar con el paso del tiempo, en un considerable número de afectados la sintomatología así como las dificultades continúan en la edad adulta, incluso cuando el síndrome esté en situación de

remisión. Los investigadores informan de una tasa de persistencia del 15% para el síndrome completo y del 40% al 60% para el TDAH con remisión parcial (7). Otros autores proponen tasas de remisión del TDAH en adultos con un ritmo exponencial de declinación por el que disminuiría un 50% cada 5 años (8).

No obstante, aun existiendo una modificación en la sintomatología clínica o una remisión parcial, han quedado demostradas alteraciones en el rendimiento a nivel académico, a nivel laboral, en las relaciones interpersonales, elevado riesgo de comorbilidad con trastornos adictivos, trastornos afectivos, etc....(9), y esta disfuncionalidad afectaría a su valoración de QoL. Existen datos que indican que solo un 25% de los casos de TDAH en adultos han sido previamente diagnosticados en la infancia o adolescencia, no siendo por tanto tratados, con lo que ello implica en la evolución de la persona (10).

### **1.1.1. Evolución conceptual del TDAH**

Este trastorno cuenta con más de un siglo de historia, pudiendo encontrarse referencias históricas ya desde el siglo XIX. Las denominaciones han sido diversas en función de la diferente posición doctrinal o escuela. La heterogeneidad clínica y la no muy bien definida etiología han provocado sucesivos cambios en la denominación y en los criterios diagnósticos, según los avances en las investigaciones neurológicas y psiquiátricas. Entre otros, se la venido a llamar inestabilidad psicomotora, hiperquinesia, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, déficit de atención con o sin hiperactividad, etc.... El discurrir conceptual a nivel mundial ha sido diferente y como consecuencia de ello se han producido importantes repercusiones en lo referente a su categorización clínica.

En la Tabla 1, se muestra una síntesis histórica de la evolución del concepto del TDAH (11).

**Tabla 1. Evolución histórica del TDAH**

<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>Referencia</b>
<b>Primeras explicaciones médicas</b>		
1902	Still	Defecto del control moral
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática
1909	Dupré	Manifestación Desequilibrio Motor congénito
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica
1936	Blau	Lesiones en el lóbulo frontal
1938	Levin	Lesiones en el lóbulo frontal
1957	Laufer, Denhoff y Solomons	Déficit en el área talámica del SNC
<b>Trastorno Hiperactivo</b>		
1867	Maudsley	Perturbaciones conductuales
1877	Ireland	Perturbaciones conductuales
1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, desobediencia
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales
1901	Denoor	Corea mental
1905	Boncourt	Escolar inestable
1913	Durot	Pionero en diferencia entre síntoma y síndrome
1914	Heuyer	Hiperactividad como síndrome
1923	Vermeulen	Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo
1930	Kramer-Pollnow	Trastorno Hiperactivo
1934	Kahn y Cohen	Síndrome impulsividad orgánica
1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil
1956	Hoff	Trastorno Hiperactivo
1960	Chess	Trastorno Hiperactivo
1968	DSM-II	Reacción hiperactiva de la infancia
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1975-1977	CIE-9	Trastorno Hiperactivo de la infancia
1980	DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1987	DSM-III-TR	Déficit de Atención con Hiperactividad
1992	CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Atención (en trastornos hiperactivos)
1994/2000	DSM-IV/IV-TR	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
2013	DSM-5	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El trastorno ha sido investigado desde dos posiciones: la europea, de predominio francés y alemán, y la anglosajona, incluyendo a los países de habla inglesa aunque ha habido distinciones entre la escuela inglesa y la americana (12). Desde la posición europea, en Francia y Alemania, la preocupación por este

problema del desarrollo infantil nace en el ámbito de la pedagogía, haciendo mayor énfasis en la comprensión del problema y no tanto en su explicación científica. La psicopatología francesa es básicamente descriptiva en tanto que la anglosajona es cuantitativa. Mientras la escuela francesa va al individuo, la anglosajona se centra en la medición. En común, que en ambas se contemplan los déficits neurocognitivos como comorbilidad muy frecuentemente asociada a la hiperactividad.

Las primeras referencias escritas se encuentran en 1798, cuando el médico escocés Sir Alexander Crichton describe en su libro *“Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”*, las características de lo que hoy en día se entiende como TDAH, en su forma predominantemente inatento. Hace referencia a un estado de inquietud e incapacidad para atender con constancia, y lo denomina *“Mental Restlessness”* (agitación o inquietud mental). Y es en Alemania en 1845, cuando el Dr. Heinrich Hoffmann, médico psiquiatra, y también poeta, escribe un libro de cuentos ilustrado sobre población psiquiátrica infantil y sus características. En *“La Historia del Inquieto Philip”* (*“The Story of Fidgety Philip”*), realiza una descripción precisa de un niño que presenta todas las características de un TDAH, de predominio hiperactivo-impulsivo. Es el primero que describe la inestabilidad motora, quedando reflejados algunos de los síntomas contemplados en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, OMS (13).

No es hasta 1902 cuando Sir George Still, perteneciente a la escuela anglosajona, publica unos artículos en la revista Lancet, y hace la primera descripción clínica relevante. Describe a un grupo de niños impulsivos con significativos problemas de comportamiento, problemas graves en la atención sostenida y en la autorregulación. Ya se comienza a sugerir que la razón no es una

crianza deficiente o una bajeza moral, sino que puede estar causada por una disfunción genética, herencia biológica, o una lesión en el momento del nacimiento. Le da el nombre de “*Lesión Cerebral*”, y sería el diagnóstico actual de TDAH, de tipo combinado, distinguiendo tres tipos: los que presentan grandes lesiones cerebrales, los que presentan antecedentes de traumatismo craneoencefálico y encefalitis, pero sin poder ser detectadas las lesiones por procedimientos diagnósticos habituales, y los que no presentan factores a los que se les pueda atribuir la hiperactividad. En su observación, Still indica que los niños muestran una excesiva actividad motora, una dificultad marcada en el mantenimiento de la atención así como un pensamiento reflexivo por debajo de la media de niños en el mismo momento de su ciclo evolutivo. Asimismo, ya señala las repercusiones a nivel escolar como característica asociada, incluso en algunos niños que no presentan déficit intelectual. Relaciona los problemas conductuales de estos niños con un déficit que denomina “*control moral de la conducta*”, que sería la causa del trastorno. También apunta, en algunos casos, a la presencia de rasgos dismórficos, como es el epicantus o paladar ojival (14). No obstante, la existencia de lesiones cerebrales solo se demuestra en algunos casos, por lo que comienza a utilizarse el término de “*Daño Cerebral Mínimo*” que, con el tiempo y a falta de evidencias en la exploración neurológica acaba en “*Disfunción cerebral mínima*” (15), continuando con el apoyo a la causalidad de origen funcional, no exclusivamente lesivo, e incluyendo a niños con problemas de inatención, hiperactividad, trastornos del aprendizaje y otros problemas motores leves. Además, sigue permaneciendo tanto en el ámbito psiquiátrico como en el neurológico (16). En España, la primera literatura al respecto la podemos encontrar en 1907, cuyo autor Augusto Vidal Parera, en su

libro “*Compendio de Psiquiatría Infantil*” ya detalla la sintomatología infantil del TDAH (17).

A partir de los años 30 del siglo pasado, mediante las investigaciones realizadas en el Enma Pendleton Bradley Home (Rhode Island, EEUU) se muestran que derivados anfetamínicos (bencedrina) resultan eficaces para mejorar la atención y el comportamiento de los niños hiperactivos (18, 19). A finales de los 50, comienzan a surgir diferentes hipótesis, en las que la hiperactividad se convierte en el síntoma primario, en detrimento del déficit de atención y de la impulsividad. Y también empieza a alejarse la responsabilidad de las pautas de crianza en la conducta de los niños. El trastorno empieza a denominarse Síndrome Hiperkinético.

A partir de la década de los 60, es cuando se presenta la hiperactividad como un trastorno del comportamiento, separándose los síntomas de la hiperactividad de la noción de lesión cerebral y comenzando a ser defendido el síndrome del niño hiperactivo. Es cuando realmente empieza el interés en el estudio del trastorno, incluyéndose a partir de ese momento en los materiales docentes de la psiquiatría infantil y adolescente (20). Y, aunque el propio Still ya habló de la cronicidad del trastorno, no es hasta esta década cuando se publican los primeros artículos sobre el TDAH en adultos (21).

Con la llegada de la psicobiología, la hiperactividad empieza a ser entendida como un problema psicobiológico que requiere tratamiento psicofarmacológico. En 1968, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2ª Edición, (DSM II) lo denomina como “*Reacción Hiperkinética de la infancia*”.

La década de los 70 es muy fructífera en investigaciones, ediciones de manuales, publicaciones especializadas, se empiezan a crear asociaciones de padres

de niños afectados, etc.... Los aspectos cognitivos (dificultad para mantener la atención y para el control de impulsos) adquieren relevancia frente a la hiperactividad.

En los 80', arrancándose bajo la influencia de los trabajos de Douglas y su grupo de la Universidad de McGill (22), que tienen una decisiva influencia en las nuevas denominaciones del trastorno, el DSM III, lo denomina "*Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad*". Aunque la edición de revisión del DSM III supone un paso atrás para el trastorno, al ignorar el concepto de TDA sin hiperactividad, a partir de ese momento se multiplican las investigaciones y la comunidad científica empieza a considerar la relación entre la impulsividad y la hiperactividad, formando parte de un pobre control inhibitorio y equiparándose en importancia junto a la inatención.

En 1992, la OMS en la CIE-10, reconoce el trastorno como entidad clínica y lo incluye en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo en la infancia y adolescencia, en el subgrupo de Trastornos Hiperkinéticos: trastorno de la actividad y de la atención, trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético sin especificaciones.

En el DSM-IV (23), el trastorno pasa a denominarse TDAH, considerándose los tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado, se incluye en los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante. Finalmente, en el actual DSM-5, actualización de 2013 (24), se introducen cambios que afectan a la definición del trastorno, en lo que se refiere al diagnóstico en niños, adolescentes y adultos.

### **1.1.2. El TDAH en el adulto**

Pese a que durante mucho tiempo se ha considerado exclusivamente como una patología de la infancia, el trastorno suele permanecer hasta la edad adulta en, al menos, el 50% de las personas (25, 26), con una posible evolución a otras patologías psiquiátricas y a situaciones vitales adversas, que están relacionadas con alteraciones de conducta propias del TDAH, y suele generar una importante disfuncionalidad (27). El TDAH en el adulto estaría, así, relacionado con graves repercusiones a nivel académico, familiar, laboral y económico, y otras patologías psiquiátricas, como el abuso de sustancias, trastornos de la personalidad y trastornos afectivos, entre otros (28).

La investigación del TDAH en población adulta ha sido más tardía que en infantil. Encontramos las primeras publicaciones sobre el trastorno en el adulto a finales de los años 60 del siglo pasado, en las que se muestran evidencias de que puede existir el TDAH más allá de la adolescencia. El primer estudio, que marca un hito en este sentido, evalúa la eficacia del tratamiento con medicamentos en un grupo de adultos diagnosticados de TDAH, en la revista *Archives of General Psychiatry*, una de las más prestigiosas en el campo de la psiquiatría. Se muestra que el metilfenidato es eficaz en los adultos que sufren síntomas del trastorno desde la infancia. A partir de entonces se publican diferentes trabajos en los que se aportan evidencias de que el TDAH suele persistir en la adultez. Los tratamientos que se utilizan para tratar a niños con TDAH comienzan a describirse, demostrándose que también pueden ser útiles en adultos. Estudios posteriores siguen poniendo de manifiesto que el TDAH suele continuar en la adolescencia y en la edad adulta, tal

como ocurre con otros trastornos que aparecen en etapas tempranas de la vida como el retraso mental o los trastornos generalizados del desarrollo (29).

Entre las primeras investigaciones realizadas en los años 80-90 sobre el seguimiento de los pacientes niños con TDAH, se encontraron varias líneas de evolución (30):

- a. Existiría una maduración y desarrollo de las estructuras con funcionamiento deficitario, por lo que el síndrome tendería a la desaparición en la adolescencia.
- b. Se daría una persistencia de los síntomas principales de forma significativa - “*attention deficit disorder, residual state*” (31)-, con el desarrollo posterior de otros síntomas psicológicos, por ejemplo a nivel afectivo.
- c. El TDAH supondría un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos en el adulto, entre ellos los más sobresalientes el trastorno antisocial o el trastorno por abuso de sustancias.

Se han realizado numerosas investigaciones prospectivas, y se han encontrado elevadas tasas de complicaciones a nivel psiquiátrico, social, legal, académico, etc., de modo que, al contrario de las corrientes de pensamiento iniciales, un elevado número de pacientes siguen presentando síntomas de TDAH al llegar a la edad adulta. Estudios señalan que antecedentes en la infancia de conducta hiperactiva, impulsiva y con falta de atención son un factor de riesgo para que en la edad adulta se presente una conducta impulsiva y destructiva, poniendo de manifiesto la tendencia a la cronicidad y persistencia del TDAH (32).

Otros estudios longitudinales de entre 15 y 17 años de duración han confirmado esta tendencia a la persistencia del trastorno después de la adolescencia. Según sus resultados, del 50 al 70% de los niños que sufren este problema continúan

presentando síntomas durante la vida adulta (33, 34). A pesar de que el ratio del trastorno vaya disminuyendo con la edad y suele variar en lo relativo a sus manifestaciones clínicas, los síntomas persistirían en, aproximadamente el 50-60% de los pacientes y, al menos, el 30-50% de los niños con TDAH va a presentar una importante disfuncionalidad en la edad adulta (3, 35, 36).

A nivel biológico, diversos estudios muestran clara correspondencia entre niños y adultos con TDAH con un perfil de déficits a nivel neuropsicológico común (37). Un incremento importante en los conocimientos del TDAH en el adulto se produce durante la década de los 90. En una investigación publicada en el *New England Journal of Medicine*, se muestra que adultos con TDAH, que fueron evaluados mediante tomografía de emisión de positrones (PET), presentan diferencias en el metabolismo cerebral de glucosa en el córtex premotor y prefrontal, en comparación con un grupo de adultos sin TDAH (38). El trasfondo neurobiológico del trastorno empieza a validarse. El equipo del Dr. Biederman, con sus numerosos trabajos en cuanto a evolución sintomatológica, tratamientos farmacológicos y bases biológicas, repercusiones personales y sociales, sigue confirmando la persistencia del trastorno en la edad adulta (39-43). En España, en el año 2002, el primer centro sanitario en el que se crea una unidad de atención especializada para el tratamiento del TDAH en adultos es el Hospital Universitario Vall d'Hebrón, con el Programa Integral de Déficit de Atención en Adultos.

Sin embargo, tal como venimos expresando, en el cuadro sintomatológico se van a presentar determinadas variaciones o modificaciones. Algunos síntomas como la hiperactividad y, en menor medida la impulsividad, disminuirían su intensidad en adultos y se modificaría su expresión clínica. No obstante en lo que respecta a la esfera atencional, ésta se mantendría permaneciendo prácticamente invariable

respecto a la infancia y a la adolescencia. Representaría, por tanto, el extremo de un continuo dimensional de los rasgos de atención, inhibición y regulación de la actividad motora (44). Numerosas investigaciones realizadas han puesto de manifiesto que la sintomatología del TDAH sería más heterogénea y sutil en población adulta que en infantil, y de ahí la posibilidad de una base científica para el desarrollo de nuevas teorías. No obstante, para poder confirmar los datos de persistencia del TDAH en el adulto serían necesarios, en nuestra opinión, un mayor número de estudios longitudinales controlados durante un tiempo de seguimiento lo suficientemente prolongado y con muestras clínicas amplias que sean representativas de la población en general.

El diagnóstico de este trastorno en un paciente adulto resulta complejo por diversas razones. Aunque el cuadro persista, la sintomatología de inatención e hiperactividad adquiere un tono diferente. Es lo que se ha venido a llamar “*Migración de los síntomas en el adulto*” (45). Estos adultos encuentran formas de compensar sus déficits. Y además, la comorbilidad, en algunos casos grave e importante asociada a este trastorno, puede ocultar la presencia del mismo. Esta comorbilidad debe tenerse en cuenta ya que afecta a tres de cada cuatro pacientes, cumpliendo así criterios de uno o más trastornos asociados además del TDAH. Dada esta clara evidencia de elevada comorbilidad, es fundamental el pronto y correcto diagnóstico del trastorno, así como el diagnóstico diferencial que descarte o tenga presente la presencia de otras patologías psiquiátricas con el fin de establecer las estrategias de prevención e intervención más adecuadas (46). En los servicios de salud mental para adultos, según algunos autores, aún no estaría presente en la medida suficiente y necesaria para realizar un correcto diagnóstico, siendo aún confundido en numerosas ocasiones con otros trastornos (47).

El Dr. Barkley ha expuesto en numerosas ocasiones los graves riesgos que presentan los pacientes con el trastorno en diversos ámbitos de su vida, concluyendo que “...*el TDAH es uno de los trastornos que produce mayor afectación social en el mundo y lo hace además en todas las facetas de la vida...*”. No obstante, también plantea que es uno de los trastornos más tratables, contando en la actualidad con diferentes tratamientos con demostrada eficacia, y manifestando que el verdadero problema radica en que solo el 10% de los adultos que lo presentan reciben un diagnóstico correcto.

### **1.1.3. Epidemiología**

Establecer la prevalencia del TDAH es una tarea de difícil ejecución teniendo en cuenta la variación histórica de los criterios diagnósticos, la diferencia de criterios empleada en cada investigación, el método empleado, la diversidad de instrumentos, el punto de corte, las fuentes de información, el entorno relacional o clínico en el que se encuentren las muestras, diferencias socioculturales, factores peculiares o de riesgo neurobiológico y psicosocial (48). En población adulta, el diagnóstico se complica además por los cambios en las manifestaciones clínicas del trastorno. Algunos estudios no tienen en cuenta, a la hora de establecer las conclusiones sobre prevalencia de sus muestras, la presencia de otras posibles patologías que expliquen o justifiquen un patrón de conducta similar al TDAH, como síndromes, trastornos neurocutáneos, etc. (49). La prevalencia en el adulto, por tanto, es bastante controvertida. El diagnóstico sigue siendo eminentemente clínico y aún no se cuenta con datos científicos suficientes (5).

Asimismo, las tasas de prevalencia van a tender a variar en función del contexto en el que se extraigan las muestras, los criterios diagnósticos y la diversidad

instrumental para la evaluación así como los puntos de corte utilizados (50). Las estimaciones de prevalencia y la persistencia a lo largo del tiempo se ven afectadas por las características metodológicas y definiciones empleadas (51, 52).

Aun teniendo en cuenta todo esto, según los datos epidemiológicos, se trata de un trastorno con demostrada prevalencia a nivel mundial. Y aunque, las múltiples investigaciones presentan el sesgo de no contar con un criterio único y homogéneo a la hora de establecerla, en una revisión de 50 estudios epidemiológicos (26), se demuestra que es similar a nivel global. En otros estudios también se sugiere que el TDAH no es propio únicamente de la sociedad occidental, sino que también puede identificarse en otras culturas, en países tales como China, Taiwan, Corea, entre otros (53). La asociación entre TDAH y la raza, origen étnico y estatus socioeconómico no está bien definida. Los estudios muestran muchos resultados contradictorios (54-56). Lo que sí parece claro es que entre la raza blanca, no hispánica, así como las familias con un mayor nivel educativo acceden con mayor facilidad al tratamiento y conocimiento del trastorno (57). Disfuncionalidad en la familia, psicopatología parental, nivel educativo bajo podrían estar correlacionados con el trastorno, en cuanto a su desarrollo, persistencia y resultados adversos a largo plazo, en muestras comunitarias y clínicas (58-60). De otra parte, existen muy pocos estudios sobre la continuidad, a nivel homotípico o heterotípico del TDAH, particularmente en la edad adulta. Estudios longitudinales de niños con TDAH señalan altas tasas de continuidad en la adolescencia, pero la edad adulta hay mucha inconsistencia, siendo muy controvertidas las cifras (61).

Pese a todo ello, se señala una prevalencia del 4,4% en Estados Unidos y un 3,4% en países de América del Sur y Oriente Medio, (62, 4, 63). En Europa, en

población de adultos TDAH, de entre 18 y 75 años, se muestran prevalencias entre el 1 y el 3%, dependiendo de la exigencia de 4 ó 6 criterios para el diagnóstico (64).

Sin embargo, en España, diferentes investigaciones muestran resultados muy diversos. En población española, apenas llega al 1,2% (65). Esta cifra es muy inferior a lo reportado por estudios epidemiológicos a nivel mundial en el mismo rango de edad. Un estudio reciente, descriptivo y transversal, realizado en nueve consultas de atención primaria de la provincia de Tarragona, en el que fue utilizado el cuestionario auto-informado de síntomas de TDAH en Adultos- V1.1 (ASRS V. 1.1.), obtuvo una proporción de cribados positivos del 19,9% (IC 95% = 16, 4-23%) y una prevalencia estimada real del 12,5% (IC 95% = 8, 2-16%), pero ninguno de estos pacientes estaba diagnosticado o tratado por TDAH. Los resultados de la investigación indicaron que la disfunción laboral, social y familiar y un mayor estrés percibido se asociaban al cribado positivo. Por otro lado, se mostró una comorbilidad más elevada con trastornos afectivos y abuso de sustancias. Se mostró también una correlación positiva con un nivel más alto de consumo de psicofármacos. Según la conclusión de los autores, los resultados obtenidos contrastan con la presencia casi nula de diagnóstico en las historias clínicas, de ahí la necesidad de la profundización de la investigación (66). La discordancia entre las cifras en población mundial y española podría deberse a un infra-diagnóstico, y puede sugerir el aún desconocimiento de este trastorno en la comunidad médica española.

En lo que se refiere a las diferencias en función del sexo, existe una menor literatura al respecto en población adulta. El predominio parece seguir siendo de hombres frente a mujeres, en una proporción de 6 a 1, o de 3 a 1, según los diferentes estudios (67). Asimismo, teniendo en cuenta que la sobreactividad en el adulto disminuye de forma considerable, la relación entre mujeres y hombres se igualaría,

no manteniéndose la diferencia tan marcada entre ambos como sucede en la edad infantil, en la que los niños superan claramente a las niñas (68, 69). En una revisión sistemática, la prevalencia global del TDAH fue 2,4 veces mayor para niños frente niñas (52). Esta diferencia podría presentar el sesgo de la valoración de los síntomas. Las niñas suelen presentar con más frecuencia el tipo inatento y los niños el tipo hiperactivo/impulsivo, conllevando que éstos llamen más la atención de padres y docentes, por lo disruptivo de su conducta, y sean por ello más derivados a consulta que las niñas. Incluso, aunque presenten la misma sintomatología, en un estudio realizado sobre derivaciones ante la sospecha de TDAH se concluye que por cada diez niños se deriva a una niña (70). La sintomatología inatenta sería la más frecuente en el sexo femenino, con un 30% en mujeres frente al 16% en hombres. La sintomatología combinada se presentaría en un 80% en los hombres frente al 65% en las mujeres (71).

El hecho de que las mujeres soliciten más ayuda terapéutica que los hombres y realizan la demanda directamente sin depender de sus padres, podrían ser otras razones por las que se iguala la cifra en la edad adulta. Se calcula que el ratio entre hombres y mujeres disminuiría hasta el 2:1, lo que seguiría indicando que las mujeres pasan más desapercibidas en la infancia, probablemente, como ya hemos visto, por la menor incidencia de conductas disruptivas en ellas (71). Aunque en muestras de adultos la prevalencia es mayor entre los hombres (4, 72), muchos profesionales ya están encontrando en las mujeres disfuncionalidades similares a la de ellos, con la misma sensación de que sus vidas están “*fuera de control*” (73).

En relación al fenotipo clínico en el TDAH, éste va a variar en función del subtipo y desde formas leves hasta gravemente afectadas. Ha quedado demostrado en diferentes investigaciones que se da la presencia de seis a ocho grupos de clases

latentes que pueden no ser reconocidos por las clasificaciones categóricas del DSM-IV-TR (74). Se ha encontrado que el subtipo inatento, en poblaciones sin remisión clínica (75), tiene una tasa de prevalencia más elevada frente a los otros dos subtipos. En poblaciones con remisión clínica la prevalencia es significativamente superior en el subtipo combinado (76). En muestras clínicas de pacientes adultos parece que esta desproporción se atenúa. Esto parece lógico si tenemos en cuenta que los adultos buscan ayuda por sí mismos, de modo que ningún agente del entorno puede filtrar las demandas, haciendo que prevalezcan los casos más disruptivos (77).

Todo lo anterior pone de manifiesto que los sesgos podrían ser de tipo diagnósticos y motivados por la situación clínica predominante en cada momento del ciclo evolutivo de la persona (niñez, adolescencia y adultez).

#### **1.1.4. Etiopatogenia**

No cabe ninguna duda de que el TDAH presenta una etiología muy compleja y el modelo multifactorial sería el que puede explicar mejor su aparición (78). Se trata de un trastorno heterogéneo que puede responder a múltiples etiologías: ambientales, neuroanatómicas, neuroquímicas, lesión cerebral y genética, así como la interacción de las mismas. Abundan diversas hipótesis etiológicas, sin que ninguna de ellas sea satisfactoria en todos los casos, según la investigación. Se enumeran diferentes tipos de hipótesis a nivel genético, ambiental, asistencia sanitaria y perinatal deficientes, infecciones del sistema nervioso central (SNC), razones neuroevolutivas, etc. De los hallazgos neuroquímicos, de neuroimagen, y genéticos, se señala que cuenta con una importante carga genética y que puede depender de la afectación del sistema monoaminérgico y del circuito frontoestriatal. De hecho, el TDAH cuenta, según numerosas investigaciones, con el coeficiente de heredabilidad

más elevado de todas las patologías psiquiátricas. Actualmente, se señala la posible existencia de un posible endofenotipo para este síndrome (79). Se ha postulado que los neurotransmisores dopamina y norepinefrina estarían presentes en funciones como la atención, concentración, motivación, interés y en el aprendizaje. Una disfunción de dichos neurotransmisores estaría involucrada en la etiología del TDAH, en especial en áreas de la corteza prefrontal (CPF) y de los ganglios basales (80). En diferentes meta-análisis realizados en 2006, se concluye que existe una falta de investigación sobre los múltiples factores del TDAH, debiéndose optimizar y perfeccionar los instrumentos de medida neuropsicológicos para realizar una correcta evaluación, incorporando diseños evolutivos y longitudinales que hagan que se pueda comprender el trastorno a lo largo del ciclo vital. Por el momento, el TDAH puede conceptualizarse como una condición neuropsicológicamente heterogénea (81, 82).

A continuación, se expone con mayor detalle lo encontrado en investigación en los diferentes factores etiológicos:

#### **1.1.4.1 Alteraciones estructurales**

Un aspecto importante y que forma parte de un gran número de investigación en el origen del TDAH sería la existencia de posibles alteraciones a nivel estructural y funcional (83). Los primeros estudios anatómicos mostraron que el TDAH condiciona un menor tamaño en diversas regiones cerebrales, especialmente en el cuerpo caloso, núcleo caudado y el córtex frontal derecho (84, 85). En población infantil, se han encontrado evidencias de volúmenes significativamente inferiores en la corteza prefrontal (CPF) dorsolateral así como en determinadas regiones conectadas con ella. El tamaño, en conjunto, sería menor en 3,2% en un sujeto con TDAH que en un sujeto sano (86). No obstante, teorías más recientes abogan por

alteraciones que implicarían regiones frontales, ganglios basales y vermis cerebeloso, siendo más difusa la alteración estructural (87). Una gran mayoría de las hipótesis sobre los sustratos anatómicos del TDAH se han enfocado generalmente en el papel que desempeña la CPF, por su conocida implicación en las funciones ejecutivas. La CPF se situaría como el núcleo central de la sintomatología del TDAH, por su implicación en el funcionamiento general de la corteza humana (88). De forma específica, diferentes investigaciones se han focalizado en la corteza dorsolateral frontal y ventrolateral prefrontal, al estar estas regiones implicadas en la vigilancia, atención selectiva y dividida, cambios en el foco atencional, planificación, control ejecutivo y memoria de trabajo (89). También se hace mención a la corteza cingulada anterior dorsal, asumiendo que al jugar un papel crítico en los procesos de alta demanda cognitiva, en la detección de objetivos, selección e inhibición de respuestas, detección de errores, monitorización de la conducta y motivación, su disfunción podría condicionar las manifestaciones principales del TDAH. Estudios sobre los ganglios basales, situados en la parte inferior de los hemisferios cerebrales y como integrantes de unos circuitos neuronales que intervienen en diferentes funciones cognitivas, mostrarían anomalías volumétricas en el caudado y anomalías en el transporte dopaminérgico. No obstante, su implicación es todavía motivo de debate. Se reconoce la existencia de un síndrome cerebeloso cognitivo-afectivo, encontrando evidencias de su disfunción en el TDAH.

Como resumen, los estudios relacionados en este sentido muestran alteraciones en los circuitos fronto-estriado-talámico-cerebelar, aunque no todos han sido coincidentes en sus resultados. Inclusive se proporcionan datos que muestran que con el tiempo las alteraciones estructurales en los niños con TDAH podrían normalizarse. Según algunos autores, en los adultos con TDAH los ganglios basales

se normalizarían por completo, quedando solo una disminución de volumen en el cerebelo (90).

#### **1.1.4.2 Alteraciones bioquímicas**

Los estudios realizados hasta la actualidad señalan tres sistemas de neurotransmisión, implicados en el trastorno: sistema dopaminérgico, sistema noradrenérgico y sistema serotoninérgico. Diferentes tipos de estudios, entre ellos en modelos animales, han demostrado la disfuncionalidad de estos sistemas en el TDAH. Se sugiere que las conductas características en el TDAH podrían estar influidas por la alteración en la modulación de la neurotransmisión de la dopamina en los circuitos cortico-estriado-tálamo-cortical. En cuanto al sistema noradrenérgico, se estaría produciendo un aumento de liberación de norepinefrina. Por otra parte, también se han mostrado pruebas de que los psicoestimulantes podrían disminuir la actividad motora a través del aumento de los niveles de serotonina (91). La disfuncionalidad de estos sistemas (receptores menos sensibles y transportadores menos eficaces) dificultarían la absorción neuronal adecuada. Esto afectaría fundamentalmente a los lóbulos frontales y los ganglios basales, que son responsables de la inhibición de comportamiento no adecuado, explicando las dificultades de autocontrol (80, 92, 93). Estudios de neuroimagen ponen también de manifiesto el aumento de la actividad de la proteína transportadora presináptica de la dopamina, el DAT, en los ganglios basales, tanto en población infantil como en población adulta con TDAH. Estas evidencias acerca de la implicación del sistema dopaminérgico provienen, en gran medida, de los resultados obtenidos a partir de los tratamientos farmacológicos, con la utilización de fármacos dopaminérgicos (metilfenidato y dextroanfetamina), que están resultando de gran efectividad en la disminución de la sintomatología (94). No obstante, otros autores no están

completamente de acuerdo, sino que apuntan a que, en algunos casos, los pacientes con TDAH pueden presentar una disminución de la densidad del transportador de dopamina en el estriado (95). El sistema dopaminérgico, especialmente los receptores D3 y D4, el transportador de dopamina DAT, la enzima catecol-o-metil-transferasa, que cataliza la degradación de catecolaminas, regulando la disponibilidad de noradrenalina y de dopamina en la sinapsis implicada en el TDAH, receptores, etc.... serían, entre otros, estudiados e investigados confirmando, según la investigación, su importancia tanto en las manifestaciones clínicas como en la respuesta a los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, sigue siendo difícil atribuir mecanismos específicos para los efectos de estos sistemas, dado que se sugiere que este campo de estudio es relativamente nuevo y los resultados obtenidos aún son bastante heterogéneos (96).

#### **1.1.4.3 Alteraciones genéticas**

El TDAH presenta manifestaciones con una clara relación con factores genéticos, estando modulado por la acción combinada de varios genes con efecto moderado y su interacción con factores ambientales (97). Los familiares de primer grado de pacientes con TDAH presentarían un riesgo elevado de padecer el trastorno así como otras patologías comórbidas, como trastornos por somatización, adicciones a sustancias, conductas antisociales, etc. La evidencia de una fuerte implicación genética se ha documentado en diversos estudios con gemelos, en los que se comparan monocigotos y dicigotos, estimando que la heredabilidad variaría, entre unos y otros, del 60 al 91% (98). En investigaciones con pares de gemelos, se mostró una concordancia del trastorno en gemelos monocigóticos del 50-80% frente al 30-40% en gemelos dicigóticos (99). Estos estudios habrían demostrado la participación

de los factores genéticos en la varianza del trastorno, permitiendo también conocer el grado de heredabilidad (96, 100). No obstante y precisamente, en el caso de los gemelos monocigóticos que presentan esta patología, quedaría también demostrado que no solo se trata de una transmisión a nivel genético sino que el factor ambiente es fundamental en el desarrollo o no del trastorno (80). Según revisión realizada sobre diferentes estudios de asociación y meta-análisis acerca del principal grupo de genes relacionados con la susceptibilidad al TDAH o con la respuesta farmacológica del trastorno a distintos fármacos, se concluye que los resultados obtenidos son dispares entre ellos, por lo que se recomienda la continuidad de los estudios en esta línea de investigación (101). En un análisis realizado sobre 20 estudios en gemelos, en diferentes contextos culturales, la heredabilidad llegó al 76%. Por todo ello, el TDAH se mostraría como uno de los trastornos psiquiátricos con mayor incidencia genética (102).

Otra línea de investigación en genética es el conocimiento de la relación entre los genes y el fenotipo. Se ha investigado la posible relación entre patrones genéticos y los subtipos clínicos de TDAH, y con presencia o no del trastorno de conducta. De momento, no se ha encontrado suficiente evidencia que confirme la especificidad genética de los subtipos (103). No obstante, se ha descrito mayor heredabilidad para los síntomas de hiperactividad-impulsividad con un 88% que para los de inatención con un 79% (104, 105). Diferentes estudios, han señalado que el gen receptor a dopamina D4 (DRD4) sería uno de los genes candidatos cuya variación polimórfica ha sido relacionada, entre otros trastornos, con la susceptibilidad para el TDAH, así como para su curso evolutivo. Sin embargo, en esta línea de investigación, los resultados serían aún contradictorios (106). En otros enfoques, se considera la relación de un determinado gen y ciertas características cognitivas, aunque los únicos

datos consistentes indicarían la implicación simultánea de un mismo gen en el TDAH y en algunos de sus trastornos comórbidos (107).

La investigación genética contribuye especificando mecanismos de vulnerabilidad y en la identificación de causas ambientales, con lo que los diagnósticos presentarán una mayor fiabilidad. Uno de los últimos meta-análisis fue el realizado por el Psychiatric GWAS Consortium en 2010, en el que se pretendía encontrar asociaciones en todo el genoma y en el que se contó con datos de 4 proyectos diferentes –una muestra de 5415 sujetos (TDAH y controles)-. Aunque no se encontraron asociaciones significativas, sus resultados sí indicaron la necesidad de nuevos estudios de asociación y un compromiso de la comunidad científica para compartir datos y continuar la investigación en la base biológica del trastorno (108).

#### **1.1.4.4. Factores ambientales**

El peso etiológico del factor ambiental es ampliamente discutido y los resultados de las diferentes investigaciones son contradictorios. Algunos estudios de adopción han permitido observar que los factores ambientales presentan un peso menor respecto a la carga genética (109). Sin embargo, según otros, la interacción de factores ambientales de riesgo y la susceptibilidad genética podría contribuir al efecto genético total. El ambiente psicosocial desempeñaría un papel modulador de relevancia sobre la predisposición biológica y evolución del TDAH, y en el desarrollo de patologías comórbidas (110, 111). La influencia del factor ambiental se daría en la forma en que la actividad, la impulsividad, la desatención, etc., son comprendidas y gestionadas por el contexto familiar, escolar y social (96). Se ha estudiado la interacción de la exposición prenatal al consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo (112-114). Otros factores como la crianza y educación en una

institución también se asociarían a comportamientos de desatención y de impulsividad. Se postula que en un ambiente institucional, el niño se cría enfrentándose a cambios continuos en los cuidadores, existiendo una falta de oportunidad para poder establecer vínculos estables, por lo que la discusión se origina en la consideración de la hiperactividad que pueda presentar el niño como consecuencia del TDAH o como síntoma de un trastorno de vinculación. Aun habiendo sido criado por la familia propia, se asociarían las dificultades en las relaciones familiares con una conducta marcadamente hiperactiva. La tarea de educar a los hijos, no siendo fácil, se complicaría cuando el niño presenta un temperamento complicado, y debiendo asumir los padres la cronicidad del problema. Según la investigación, la hiperactividad suele ser más frecuente en niños que pertenecen a familias caracterizadas por problemas conyugales, relaciones hostiles padre-hijo así como una vida familiar caótica. Y este podría ser un factor de persistencia del trastorno a lo largo del tiempo. Estudios longitudinales muestran en sus resultados que los niños que sufren la pérdida o separación temprana presentarían una sintomatología más grave, siendo la hiperactividad como una de las secuelas de la privación materna. Asimismo, una relación negativa madre-hijo podría ser un factor predictor de la persistencia y gravedad del trastorno (115-118). Otro aspecto importante sería la utilización de métodos de disciplina inadecuados, que podría influir en el mantenimiento o agravamiento del trastorno, según se ha demostrado en diferentes trabajos empíricos. Se han encontrado evidencias de que los padres de hijos con TDAH utilizarían como estrategia una disciplina y un estilo parental más agresivos (119, 120). Otros padres, en cambio, utilizarían procedimientos más permisivos y con menor comunicación con sus hijos (121). Hay estudios que señalarían que un estilo autocrático podría ser, incluso, un factor predictivo del

desarrollo de conductas oposicionistas (122). Aún con todo ello, las investigaciones realizadas hasta la fecha presentan bastantes contradicciones.

Otros factores a tener en cuenta en este aspecto serían el momento en el que se detecta el problema, siendo diferente su detección en la niñez, adolescencia o inicio de la edad adulta, las implicaciones de tratamiento, las relaciones con el colegio o entorno social, etc. Lo que sí que parece observarse en los diferentes estudios es que el riesgo de presentar TDAH aumentaría para personas expuestas a determinados factores ambientales (123).

Claramente, es necesario tener en cuenta el factor ambiental y su impacto en el trastorno, tanto en el niño, adolescente o adulto, así como en la familia, pero consideramos que la investigación en este sentido es escasa.

### **1.1.5 Clínica del trastorno en el adulto**

#### **1.1.5.1. Diagnóstico**

Según los estudios realizados, el diagnóstico de TDAH en el adulto es clínico, fundamentándose en su historia clínica, y no en las pruebas de neuroimagen, exploraciones neuropsicológicas o hallazgos genéticos, ya que no existiría aún especificidad suficiente para la formulación de un diagnóstico preciso (124). Estudios actuales muestran diferencias significativas tanto teóricas como diagnósticas, por lo que nos encontramos con una orientación en dos sentidos: de una parte los criterios Wender-Utah y de otra parte el DSM, o bien los de la CIE-10, aunque en éste no hay criterios específicos para el adulto.

Los trabajos del grupo de Wender, de la Universidad de Utah fueron muy relevantes en la década de los 70 y de importante influencia posterior. Describieron

las características clínicas de los adultos con disfunción cerebral así como la eficacia de los tratamientos farmacológicos para los adultos. Y basados en sus trabajos, se desarrollaron los criterios diagnósticos Utah (125, 126). Según éstos, es necesario el diagnóstico retrospectivo del TDAH antes de los 7 años, que estén presentes dificultades en lo que se refiere a la inatención, hiperactividad motora y que, al menos, existan dos síntomas residuales como inatención, hiperactividad, inestabilidad del humor, irritabilidad, baja tolerancia al estrés, desorganización e impulsividad. Estos criterios tienen un carácter más restrictivo. Los adultos diagnosticados de TDAH siguiendo los criterios de Utah se parecen al subtipo combinado del DSM-IV, pero el diagnóstico es descartado si existen determinadas psicopatologías concomitantes. Se proponen 7 grupos sintomáticos, que caracteriza al TDAH adulto: desatención, hiperactividad, inestabilidad, irritabilidad, escasa tolerancia al estrés, desorganización e impulsividad. Como característica positiva, encontramos la necesidad del diagnóstico retrospectivo en la infancia, el análisis minucioso de la sintomatología actual así como la participación de terceras personas en el análisis retrospectivo del comportamiento, tanto en la edad infantil como adulta. En la parte negativa de la utilización de estos criterios, con una importante discrepancia con respecto al DSM en la conceptualización actual del TDAH, solo se incluyen personas que presentan inatención o hiperactividad-impulsividad a lo largo de su vida, excluyendo el subtipo predominantemente inatento. También se excluye el diagnóstico del TDAH en caso de concomitancia con el trastorno depresivo mayor, psicosis o desórdenes graves de la personalidad.

De otra parte, la Academia Americana de Psiquiatría ha establecido unos criterios en el DSM a lo largo del tiempo llegando al actual DSM-5 (127).

En la presente investigación se han tenido como referencia los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (2), los cuales quedan recogidos a continuación:

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR**

A. (1) o (2)

(1) Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo:

#### **Inatención**

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurren en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
3. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones).
4. A menudo tiene dificultad o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
5. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ej.: libros, lápices, etc....)
6. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
7. A menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

#### **Hiperactividad**

1. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
2. A menudo abandona su asiento en la clase u otras situaciones en que se requiera estar sentado
3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
5. A menudo “está en marcha” o suele actuar “como si tuviera un motor”
6. A menudo habla en exceso

#### **Impulsividad**

1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
2. A menudo tiene dificultades para esperar su turno
3. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (ej. se inmiscuye en las conversaciones de otros)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o inatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad

C. Algunas de las alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en 2 ó más ambientes (ej. en el trabajo o escuela y en la casa)

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)

Especificar según tipo:

F90.0 Trastorno por déficit atencional con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los criterios A (1) y A (2) durante los últimos 6 meses

F90.9 Trastorno por déficit atencional con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A (2), pero no el A (1) durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente presenten los síntomas pero que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse “en remisión parcial”

No obstante, la aplicación al adulto de los criterios diagnósticos DSM sin modificaciones implica algunos problemas, entre los que podemos destacar:

- Algunos síntomas de inquietud o hiperactividad son difícilmente aplicables a los adultos. Por ejemplo, la mayor parte de los adultos no van a presentar demasiadas dificultades para permanecer sentados, o para esperar su turno (Criterios A2 b y h).

- Algunos criterios pueden no ser evidentes en determinados contextos. A lo largo de la vida el individuo con TDAH se las ha arreglado para encontrar su “*lugar en el mundo*” compensando los déficits a través de sus elecciones personales. Por ejemplo, un recurso a los problemas de relación interpersonal a nivel laboral sería el

trabajo como autónomo, salvando así sus dificultades (Criterios A1 d, A2 b y f). Estos mecanismos de compensación pueden obstaculizar la identificación del deterioro en dos áreas de la vida (Criterio C).

- Estudios longitudinales muestran que algunos síntomas van atenuándose, o incluso desaparecen conforme avanza la edad. Los síntomas de hiperactividad e impulsividad van disminuyendo, y persisten los correspondientes a la inatención. A pesar de esta mejoría parcial, los síntomas que permanecen siguen siendo muy deteriorantes (9).

- En los pacientes adultos suele ser complicado averiguar si los síntomas estaban presentes antes de los 7 años de edad, por el sesgo que puede presentar la recogida de la información retrospectiva. Por otro lado, la exigencia de que algunos síntomas aparezcan antes de esta edad podría no ser razonable para los síntomas de inatención, que suelen manifestarse sobre todo en el contexto académico. Pacientes con un cociente intelectual elevado podrían no sufrir problemas destacables en ese ámbito hasta los cursos más avanzados (128).

- Los subtipos descritos no serían útiles porque la mayor parte de los pacientes suelen presentar una mezcla de síntomas (5).

- Existe otra problemática con respecto al sistema diagnóstico, en cuanto que algunos adultos con síntomas de TDAH no experimentan deterioro del funcionamiento, al depender de las demandas del entorno y no solo de las dificultades individuales. El contexto de los adultos es mucho más amplio que el de los niños, lo que conlleva múltiples áreas de disfuncionalidad no definidas para esta población específica. Los criterios diagnósticos del DSM se han desarrollado, en una amplia mayoría, utilizando muestras de población infantil y casi exclusivamente masculina. Esto supone que pueden existir muchos menos datos consistentes que

muestren que estas adaptaciones definan de forma precisa al adulto con TDAH. No parece existir aún una base científica sólida que defina el umbral de síntomas para la consideración del trastorno en el adulto.

Con el DSM-5 ya ha quedado demostrado que los criterios diagnósticos anteriores, basados prácticamente en estudios de poblaciones infantiles y adolescentes, pueden ser inapropiados para población adulta. En esta nueva versión se introducen modificaciones en cuanto al criterio diagnóstico más adaptado a esta etapa. Los nuevos criterios hacen mención y proveen ejemplos sobre la presentación del trastorno en el adolescente y en el adulto. Se examina la infancia media (12 años de edad) así como el transcurso de la adolescencia para la aparición de la sintomatología, sin necesidad de llegar a la niñez temprana (7 años) como en anteriores versiones. Se introducen nuevos matices por los cuales basta cumplir con cinco criterios de los nueve de inatención o de hiperactividad o impulsividad para los mayores de 17 años. Los subtipos se han modificado y se les denomina “*presentaciones clínicas*”, pudiendo éstas variar en el transcurso de la vida de la persona. De esta forma, se describe mejor el efecto del trastorno en el individuo durante las diferentes etapas del ciclo vital. Los profesionales clínicos pueden designar el nivel –leve, moderado o grave-, en consonancia con el número de síntomas presentados y el grado de dificultad que la persona experimenta en su cotidianidad por el impacto de éstos (129).

En el caso de la CIE-10, los criterios son prácticamente idénticos a los establecidos en el DSM, aunque define unas categorías diagnósticas más estrictas. Permiten diagnosticar a sujetos que presentan, preferentemente, el subtipo con déficit de atención, pero no se aceptan las diferentes expresiones sintomáticas de cada etapa evolutiva.

Sería recomendable, en nuestra opinión, que investigaciones futuras definan con mayor exactitud los síntomas propios de cada etapa del ciclo vital así como los umbrales diagnósticos del TDAH en el adulto. La comunidad científica debería efectuar una valoración clínica razonable al aplicar los criterios del DSM en adultos, siendo necesario que sean específicos, adaptados y adecuadamente validados, con el fin de mejorar el diagnóstico del TDAH en adultos. La falta de criterios correctos podría ser otra de las causas del infradiagnóstico del trastorno en esta etapa de la vida.

#### **1.1.5.2. Manifestaciones clínicas**

El TDAH va a presentar una manifestación clínica con características propias y diferenciadas en cada uno de los periodos del ciclo vital. En general, los síntomas son más sutiles y heterogéneos en la etapa adulta (130). La sintomatología que persiste en esta etapa suele manifestarse, principalmente, con síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad suele disminuir o se presenta de forma diferente con la edad. La deficiencia en la atención le conllevaría al adulto con TDAH a la comisión de errores en la ejecución de tareas, dificultad para la organización del tiempo y las actividades, escasa o nula habilidad para priorizar en sus actividades habituales, olvidos frecuentes en detalles de mayor y menor importancia, problemas –en ocasiones graves- para ejecutar tareas que requieren de atención sostenida que no sea motivador, etc. Los síntomas de hiperactividad tienen una expresión clínica diferente a la que se encuentra en los niños, siendo manifestado como un sentimiento subjetivo de inquietud (28, 131). Se presenta, más que como actividad motora, en forma de acciones de tipo intrusivo a nivel verbal, actitudes bruscas acompañadas de desbordes emocionales acciones estrepitosas ante

situaciones menores, intolerancia ante situaciones que requieren paciencia, maniobras bruscas o inesperadas en la conducción de vehículos, etc. El síntoma motor persistiría en forma de movimiento de piernas, rápido y sostenido, cambios de posición en situaciones de espera, siendo expresión de la hiperactividad que actúa como sustrato de ellos.

Entre las características clínicas principales del TDAH en el adulto estarían las siguientes:

1. Hiperactividad motora: incapacidad para relajarse, dificultad para ser constante en actividades sedentarias, inquietud motora como sentimiento subjetivo de tener un motor en permanente actividad, con frecuente intolerancia al hastío.
2. Déficit de atención: incapacidad para concentrarse en una actividad como la lectura o una conversación, olvidos frecuentes, pérdida de objetos cotidianos, distractibilidad, que a menudo se acompaña de la capacidad de hiperfocalización.
3. Labilidad emocional: cambios súbitos de humor que irían desde un estado anímico normal a un estado depresivo o de euforia, llegando incluso a la excitación, lo que genera una sensación continua de inestabilidad afectiva, sentimiento de fracaso y de no alcanzar los objetivos potenciales. Tendencia a la preocupación innecesaria e interminable. Sentimiento de inseguridad.
4. Temperamento explosivo: sucediendo episodios de pérdida de control de corta duración, que interfiere notablemente en las relaciones interpersonales.
5. Hiperactividad emocional: con una reacción excesiva o inapropiada, tal como desánimo, confusión, ansiedad, rabia, inapropiado afrontamiento de los problemas.

6. Desorganización e incapacidad de planificación de tareas, quedando inconclusas ya que la persona suele cambiar de forma constante de una actividad a la otra, y suele postergar de forma crónica el inicio de determinadas tareas.
7. Impulsividad: tanto verbal como conductual, como hablar antes de pensar, interrumpir las conversaciones de otros, impaciencia y otras acciones como compras compulsivas, múltiples separaciones de relaciones de pareja, comportamientos temerarios o imprudentes...
8. Dificultad para seguir normas establecidas, impaciencia y baja tolerancia a la frustración.
9. Otras condiciones consideradas como inherentes al TDAH en el adulto serían menor éxito académico y laboral del esperado para su nivel de inteligencia y educación (132), búsqueda frecuente de estimulación intensa lo que llevaría a conductas adictivas y abuso de sustancias, como alcohol y/o drogas (133, 134). Pueden presentar respuesta atípica a los psicotrópicos, antecedentes de TDAH a nivel familiar, trastorno de personalidad antisocial (132, 135).

### **1.1.5.3. Patología comórbida al TDAH**

Entendiendo por comorbilidad los trastornos psiquiátricos y de aprendizaje que coexisten con el diagnóstico del TDAH, se ha evidenciado que es un trastorno heterogéneo con una considerable y variable nivel de comorbilidad con otras patologías psiquiátricas (136): trastorno de ansiedad (tanto de estado como rasgo), trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno del aprendizaje, trastorno de la Tourette, abuso de sustancias y otras patologías psiquiátricas (40, 137, 138). Diferentes estudios han encontrado tasas elevadas de concurrencia entre el TDAH y muchos otros trastornos.

Más del 85% de los pacientes presentan al menos una patología comórbida al TDAH y aproximadamente el 60% tienen al menos dos comorbilidades (139). La existencia de trastornos comórbidos asociados al TDAH constituye un determinante esencial en el curso y en su pronóstico (140). La comorbilidad en pacientes adultos con TDAH es similar a la infantil, pero la naturaleza de las comorbilidades difiere entre ellos. Por ejemplo, el trastorno de personalidad antisocial viene a sustituir al opositor desafiante o trastorno de conducta. Los trastornos del humor aumentan su prevalencia (141). Según algunos autores, el que un niño con TDAH presente comorbilidad sería un riesgo para mostrar el trastorno como adulto (continuidad homotípica) o para desarrollar otras patologías psiquiátricas (continuidad heterotípica), o presentar secuelas psicosociales secundarias al TDAH (142).

En el adulto con TDAH, se estima una comorbilidad del 25-50% con trastornos de Ansiedad, 20-40% con trastorno estado de ánimo, 32-53% con abuso de sustancias (marihuana, cocaína...), 18% con presencia de tics, 11% con trastorno bipolar, 10-20% con trastornos de personalidad en general, etc. quedando en menos del 11% como TDAH “puro” (39, 143). La prevalencia a lo largo de la vida de la dependencia o abuso de sustancias (alcohol, cannabis, cocaína) oscila entre el 21% al 53% (39) (144). El TDAH se relaciona con un factor de riesgo y puede ser un precursor para el desarrollo posterior del trastorno de personalidad antisocial, aún con la ausencia de sintomatología propia del trastorno opositor desafiante o trastorno de conducta (127, 145). Esta comorbilidad influiría de manera importante en el desajuste funcional así como en un claro empeoramiento de la QoL, por la afectación en distintas áreas del funcionamiento normalizado, tanto en niños, adolescentes y adultos, de acuerdo DSM-IV-TR (2). Un gran número de pacientes suele acudir con el trastorno comórbido como demanda a un psicólogo o psiquiatra,

ya que suele ser el motivo que requiere de tratamiento inmediato (por ejemplo, en caso de trastorno antisocial o abuso de sustancias), por lo que el TDAH podría acabar pasando desapercibido o tratado como secundario (62, 146).

En la tabla 2 se expresan las principales comorbilidades con las frecuencias observadas (en porcentaje) en pacientes adultos con TDAH (136).

**Tabla 2: Frecuencia de comorbilidad en pacientes adultos con TDAH**

Tipo de Trastorno	Frecuencia
Abuso y dependencia del alcohol	32-53%
Trastornos por ansiedad	25-50%
Trastornos del ánimo	20-40%
Conductas antisociales	18-38%
Alteraciones del aprendizaje (ej. Dislexia)	20%
Abuso y dependencia de sustancias (ej. Cocaína)	8-32%
Trastornos de personalidad en general	10-20%

En lo que se refiere al género, un reciente estudio de Biederman y colaboradores sobre 82 mujeres con TDAH y 132 varones, muestra que ambos son fenotípicamente similares en la comorbilidades, excepto en el uso de sustancias y en el trastorno antisocial de la personalidad (71). Existen datos congruentes en población infantil, por el que las niñas presentan menores tasas de trastorno de conducta, constituyendo el factor predictivo más importante para el desarrollo del trastorno antisocial en la edad adulta (147). En los últimos años, se han realizado diferentes investigaciones en comorbilidades con otro tipo de trastornos en poblaciones femeninas de TDAH, con el fin de obtener un perfil fenotípicamente distinto en función del género, pero aún quedan numerosas dudas por resolver. En este sentido, el infra-diagnóstico que existe a nivel general, se acentúa en las niñas, lo que hace complicado el realizar investigaciones sobre la evolución del TDAH (27). Por tanto, los estudios con la participación del sexo femenino, en nuestra opinión, constituye un área en la que la investigación aún es insuficiente (148).

Ha sido demostrada, en diversas investigaciones, la interferencia que supone el TDAH en la actividad funcional tanto del niño, del adolescente como del adulto, pero las complicaciones que suelen aparecer a lo largo de la evolución del trastorno, son también un área de importante interferencia.

#### **1.1.5.4. Evolución vital**

En las revisiones realizadas sobre la evolución del TDAH en la vida adulta, se concluye que más del 50% continuaría presentando síntomas así como alteraciones en la adaptación social, problemas a nivel académico y emocional clínicamente significativos, frente al 10-20% que solo experimentaría problemas leves (149).

En un estudio retrospectivo en 2005, con una muestra de 3197 sujetos de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años de la National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), los resultados indicaron como potenciales predictores los factores sociodemográficos, la gravedad infantil del trastorno, determinadas experiencias traumáticas vitales así como la comorbilidad infantil y adolescente, según criterios DSM-IV (trastornos de ansiedad, humor, control de impulsos y abuso de sustancias, principalmente). Según estudio realizado, la gravedad y el tratamiento serían factores predictores de la persistencia, no encontrándose otros factores de riesgo modificadores de la persistencia del TDAH adulto (150). En una investigación en la que se valoraron historias clínicas de TDAH de niños y adultos de 10 países de la World Health Organization World Mental Health Surveys, se estudió de forma retrospectiva la asociación entre factores de riesgo informados de la infancia y la persistencia en el adulto. Los datos indicaron similares factores de riesgo a los encontrados en la anterior investigación. También se observó que la persistencia correlacionaba con el tipo de sintomatología (más con subtipo combinado que con el

hiperactivo-impulsivo), la gravedad, la alta comorbilidad, trastornos de ansiedad del padre pero no de la madre y con el trastorno de personalidad antisocial del padre y de la madre (151).

Tal como se ha mencionado anteriormente, la sintomatología presentada en el DSM ha sido desarrollada, de forma principal, a través de diferentes investigaciones con muestras de población infantil y no incluyendo adultos. Su aplicación directa a esta población implicaría algunos problemas al existir algunos criterios que sufren modificaciones al haber sido “*compensados*” con otros recursos personales, minorando o matizando la sintomatología. Un adulto con TDAH puede haber aprendido recursos de autocontrol de su impulsividad y de sus emociones, como por ejemplo, el entrenamiento en asertividad lo que va a mejorar sus relaciones interpersonales. Estudios de seguimiento muestran que algunos síntomas se atenúan o pueden llegar a desaparecer, especialmente la sintomatología hiperactiva y la impulsiva disminuiría, frente a la sintomatología de inatención que tendería a permanecer. No obstante, los síntomas que permanecen suelen seguir siendo claramente deteriorantes en la QoL del individuo (9). En la tabla 3, se presenta un resumen de la evolución de la sintomatología infantil en adulta (45).

A finales de los 90, se propone una clasificación del tipo de persistencia o remisión en diferentes patologías psiquiátricas, aplicable al TDAH (152). Se presentan tres tipos de remisión: sindrómica -referida a la pérdida de criterios diagnósticos completos del trastorno-, sintomática -referida a la pérdida del estatus de diagnóstico parcial- y funcional -referida a la recuperación funcional completa-. Se pierde el estatus de diagnóstico parcial del trastorno. En investigación del año 2000, en la que se realiza un seguimiento durante cuatro años, se evidencia que con el avance de la edad las tasas de remisión aumentan para cada uno de los síntomas.

En función de los resultados, los autores estiman que para una remisión sindrómica se deberían presentar menos de 8 de los 14 síntomas; para la remisión sintomática, menos de 5 síntomas y para la remisión funcional o recuperación completa, menos de 5 síntomas y un nivel de 60 ó más en la escala de funcionamiento global. Se evidencia, igualmente, que la desatención es más persistente que la hiperactividad/impulsividad (9).

**Tabla 3: Evolución de la sintomatología infantil a la edad adulta**

En el niño	En el adulto
<p><b>Síntomas de hiperactividad DSM-IV en el niño</b></p> <p>Se revuelve y presenta inquietud Corre o salta en exceso Le es difícil jugar o trabajar quieto Habla en exceso Parece tener un “motor” permanentemente en marcha</p>	<p><b>Síntomas de hiperactividad DSM-IV en el adulto</b></p> <p>Muestra inquietud interna Inquietud mientras está sentado Elige, preferentemente, trabajos con movimiento Habla en exceso Se siente acelerado y agobiado</p>
<p><b>Síntomas de impulsividad DSM-IV en el niño</b></p> <p>Precipita las respuestas Le es muy complicado esperar su turno Suele interrumpir a los otros</p>	<p><b>Síntomas de impulsividad DSM-IV en el adulto</b></p> <p>Conduce demasiado rápido, con una media superior en accidentes de tráfico Cambia de trabajo impulsivamente Es irritable, encolerizándose con facilidad</p>
<p><b>Síntomas de inatención DSM-IV en el niño</b></p> <p>Dificultad para sostener la atención Se distrae y olvida con facilidad Le cuesta continuar lo que ha comenzado a hacer Suele ser desorganizado Suele perder cosas con facilidad Suele no escuchar cuando se le habla</p>	<p><b>Síntomas de inatención DSM-IV en el adulto</b></p> <p>Suele olvidar las cosas y distraerse con facilidad Le cuesta mucho concentrarse Presenta una mala gestión del tiempo Olvida el lugar donde deja sus cosas Le suele ser difícil concluir sus tareas</p>

### 1.1.5.5. Impacto funcional

El TDAH en el adulto va a ser una prolongación o continuación del trastorno en la infancia, por lo que su disfuncionalidad continuará dándose según parámetros

adultos, tales como peor rendimiento laboral, potencial riesgo de padecer trastorno de abuso de sustancias, peor rendimiento en la respuesta tanto a pruebas cognitivas como a estresores psicológicos, diferentes problemas relacionados con el aspecto emocional, como problemas de habilidades sociales debido a su dificultad para la expresión de sus emociones, así como el reconocimiento afectivo (153).

La disfuncionalidad en el adulto con TDAH suele mostrarse en forma de olvidos frecuentes, desorganización, distracciones, irresponsabilidad, problemas de comunicación, sus reacciones emocionales suelen ser exageradas, incapacidad para medir las consecuencias de corto y largo plazo de sus acciones, tendencia a presentar una incapacidad o dificultad importante para la planificación, con los consecuentes problemas para realizar los ajustes necesarios cuando las acciones no estén dando el resultado deseado, baja tolerancia a la frustración, actitudes obstinadas, pobre autoestima, comienzo de más de un proyecto pero con frecuencia con dificultad para su conclusión, aplazamiento de tareas que requieren mayor esfuerzo o que consideran más aburridas (9, 127). Experimentan con frecuencia dificultades sociales con rechazo social y problemas en las relaciones interpersonales. Con respecto a éstas últimas, se han descrito mayores dificultades y más concretamente en las relaciones de pareja. Diversos estudios avalan este impacto en el TDAH adulto (154).

La aceptación social se visualiza como una espiral hacia arriba o hacia abajo. Individuos con destrezas sociales apropiadas son recompensados con más aceptación de parte de las personas con las que interactúan y ello hace que se sientan más animados a desarrollar destrezas sociales. En el caso de la persona con TDAH, la falta de destreza social les ocasionará el rechazo de los demás limitando sus oportunidades de aprendizaje (las interacciones sociales se perfeccionan mediante la

observación y la retroalimentación de las personas) lo que llevará a mayor rechazo, evitación y desaprobación, y así sucesivamente (28). Una dificultad relacionada con las habilidades sociales tiene que ver con las sutilezas de la comunicación. Para interactuar con los demás de forma efectiva, un individuo debe ser atento, responsable y poder controlar las conductas impulsivas (155). Por ello, suelen mostrar relaciones más perturbadoras con pareja, familia, amigos, compañeros, con dificultad para lograr y mantener amistades. Para los adultos con TDAH que suelen mostrar frecuentes olvidos, no prestan atención suficiente, con problemas de control de los impulsos, dificultad para “*leer entre líneas*” o comprender el subtexto, es bastante complicado conseguir una buena comunicación. La pérdida de información en el subtexto es importante y para estos adultos les resulta difícil no saber lo que la persona “*quiere decir o siente en realidad*”. Estas discrepancias de realidades pueden suponer una frecuente problemática de relación con los demás, y con ello una calidad de relación mucho más negativa, sintiendo menos aceptación de los demás y menos valía en la interacción interpersonal.

Las tareas complejas que requieren planificación, organización y regulación ejecutiva de la conducta plantean mayores problemas en personas con TDAH. Estos adultos suelen presentar dificultades en las habilidades generativas en cuestionarios abiertos de respuestas abiertas y un rendimiento peor en tareas de procesos selectivos (cuestionarios de elección múltiple) (156).

En lo que se refiere a los síntomas de impulsividad, a menudo se manifiestan a través de un patrón de conducción temeraria por conducción compulsiva, con un nivel de accidentes de tráfico y multas claramente superior en esta población clínica (157) (158). Se ha relacionado también con otros trastornos impulsivos como el juego patológico (159), trastorno de abuso de sustancias o conductas de tipo

antisocial (160). Estudios longitudinales indican propensión a conductas delictivas, por la alta comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante y con otros trastornos de conducta (161, 162).

En un extenso estudio de adultos con TDAH llevado a cabo en 2008, los investigadores llegaron al resultado de que el TDAH en el adulto provoca un deterioro mucho más acentuado que la mayoría de los adultos que acuden a consulta psiquiátrica ambulatoria con motivo de otros trastornos (163). No obstante, aunque las investigaciones muestran el impacto funcional del TDAH en el adulto, éstas se basan sobre todo en la práctica clínica y extrapolación a partir de investigaciones genéricas en destrezas sociales, pero aún es muy poca la investigación sobre las destrezas sociales en esta población clínica específica.

En lo que respecta al aspecto emocional, las habilidades en personas con TDAH en el reconocimiento, regulación y expresión emocional, apenas se han investigado, ya que hasta la actualidad se ha asumido que las personas con el trastorno no padecían problemas al respecto. Sin embargo, diferentes estudios conductuales (153, 164-173) en niños, adolescentes y adultos con TDAH sugirieron que presentan importantes dificultades para el reconocimiento y la comprensión de la información emocional, centrando el debate de estas dificultades como déficit primario o generadas por las disfunciones cognitivas propias del trastorno. La regulación emocional, no siendo uno de los síntomas diagnósticos del TDAH, en diversas propuestas teóricas ya constituye un aspecto fundamental. Así, aunque el conocimiento y los estudios sobre las alteraciones emocionales en el TDAH sigan siendo limitados, es evidente que el impacto funcional en la población no solo se produce a nivel funcional, sino también en lo relativo a las habilidades que forman la competencia emocional, y se comienza a evidenciar la presencia de anomalías

neurales (son escasos los estudios a este nivel también) que, no solo afecta a los procesos de control cognitivo, sino también afecta a los procesos afectivos (111, 174, 175). Los déficits demostrados a nivel de diferentes sistemas de neurotransmisores, en especial el dopaminérgico (176, 177) se relacionan tanto con alteraciones motoras y cognitivas como con las dificultades en procesos emocionales y motivacionales (178, 179).

Con todo esto, el estilo de vida de un adulto con TDAH suele presentarse con una importante tendencia al caos. Como estrategia ante su disfuncionalidad, el adulto con TDAH intentará desarrollar recursos de compensación de sus déficits, como por ejemplo, desarrollar la capacidad de hiperfocalización en una tarea, excluyendo otras, intentar estar rodeados de personas que le ayuden, recuerden, guíen y le focalicen, con el fin de poder gestionar con más éxito sus limitaciones, etc. (180).

## 1.2. **I**NTELIGENCIA EMOCIONAL

### 1.2.1 Introducción al concepto de inteligencia

Aún hoy en día, existe un amplio debate sobre el concepto de inteligencia con importantes dificultades para su definición e incluso dudando de su validez. Unos de los debates clásicos, en el campo de la Psicología como en el ámbito de las ciencias sociales, es la existencia o no de una dimensión que se pueda denominar inteligencia, o por el contrario, se trataría de un conjunto de habilidades (181). Se ha venido relacionando la inteligencia con diferentes competencias, abarcando dimensiones y habilidades sociales, afectivas, motivacionales, creativas, volitivas y hasta de personalidad. La visión reduccionista de la inteligencia ha supuesto un descontento general en la comunidad científica, teniendo en cuenta que la naturaleza de la persona no es solo pensante, sino que también siente y es social (182).

Dentro de la gran complejidad conceptual del CI y de la gran controversia al respecto, existe un punto amplio de acuerdo común y es que se refiere a un atributo de la mente (183). No es hasta finales del siglo XIX cuando la inteligencia empieza a adquirir estatus científico, tras ser entendida como una capacidad mental susceptible de ser estudiada empíricamente (184). La polémica acerca de qué es, como se concibe, cómo se evalúa, cuáles serían las herramientas de medida más adecuadas, cómo se puede trabajar, etc. ha girado en torno a cuáles son sus componentes fundamentales y cuáles son los factores que pueden explicar las diferencias individuales en el rendimiento. La evolución conceptual ha pasado desde la medición

y obtención del CI, continuando por la existencia de habilidades dinámicas y flexibles, y llegando al reconocimiento de tipos diferentes de inteligencia.

De las distintas escuelas, la psicométrica es la que más productividad y más contribuciones ha realizado, caracterizándose por una conceptualización biológica, y su énfasis en cuantificar y ordenar las habilidades intelectuales de las personas, en la confianza en los test generales de inteligencia, siendo éstos base de sus datos, así como en el uso del análisis factorial (185). Según esta escuela, las personas estarían dotadas de un conjunto de factores o rasgos, diferente en cada individuo, lo que haría diferente el rendimiento intelectual. Jensen, Eysenck y Scarr se erigen como representantes de este enfoque y defensores de un CI no modificable. Desde la escuela cognitiva y el paradigma del procesamiento de la información, con autores como Sternberg entre otros, el CI estaría formado por habilidades de pensamiento y aprendizaje que se utilizarían en la resolución de problemas, siendo posible su mejora y entrenamiento. Se aleja del cognitivismo puro e integra la creatividad, así como aspectos personales y sociales, asumiendo como habilidades necesarias para el “*éxito en la vida real*”. Otro enfoque que destaca es el de Gardner al plantear, en su Teoría de las Inteligencias Múltiples, la naturaleza plural de la inteligencia. Distingue ocho tipos básicos, incluyendo dos de índole personal: la competencia personal y social. Serían las denominadas inteligencias intrapersonal e interpersonal, siendo relativamente independientes entre sí. Los resultados de sus investigaciones sobre el nuevo constructo de IIEE señalaría la independencia de las puntuaciones obtenidas en las pruebas de CI (186).

Desde el momento en que se empieza a tomar conciencia del componente emocional presente en todo momento en la persona, comienza la lucha entre los sentimientos y la razón. De ahí el cambio de tendencia hacia una conceptualización

de la inteligencia más humanista, comenzando a ser concebida no como algo que se tiene o no se tiene, sino como algo que se va haciendo, en la que se incluye no solo la razón sino también la emoción, no solo la lógica formal sino también la lógica inventiva, y no solo como medio sino como fin. En esta dirección apuntan las aportaciones realizadas en la reconceptualización de la inteligencia (187). Las teorías más actuales conducen al desarrollo de una perspectiva de la inteligencia que va más allá de los aspectos puramente racionales, pasando a tener en cuenta los factores emocionales. Numerosos científicos coinciden en que existen capacidades mentales específicas, a pesar de que no se pongan de acuerdo en su ubicación a nivel fisiológico ni de su número exacto. Lo que sí se pone de manifiesto es que entre esas capacidades se encuentra un nexo común, y están de acuerdo en la multidimensionalidad de la inteligencia, y entre ellas la dimensión de la IIEE. Se diferencian varios tipos: la analítica, la práctica y la creativa, integrando los aspectos personales y sociales (188). Se empieza a concebir que una persona no dispondría únicamente de su capacidad racional sino que también existiría un componente emocional, guiando e influyendo en el comportamiento. Razón y emoción se influirían mutuamente. Tal como expresó Wechsler en su momento, aparte de la inteligencia lógico-abstracta, se debe tener en cuenta el aspecto emocional y otros aspectos de la personalidad, con el objetivo de realizar una buena evaluación de la capacidad de adaptación de la persona, y poder determinar el rol de las emociones en la conducta más adaptativa. Las personas con inteligencia exitosa, además de contar con determinadas habilidades emocionales, reflexionarían sobre cómo y cuándo utilizarlas de forma eficaz.

### **1.2.2. Orígenes de la inteligencia emocional**

Uno de los primeros trabajos en los que se aborda el concepto de IIEE sería el realizado por Leuner, publicado en 1966, en el que planteó cómo las mujeres rechazaban nuevos roles sociales a causa de su bajo nivel de IIEE. En otro trabajo posterior, en el año 1986, Payne estudió el problema entre emoción y razón, proponiendo integrar la emoción y la inteligencia de forma que en las escuelas se enseñen respuestas emocionales a los estudiantes (189). En estos primeros artículos ya se manifiesta la necesidad de la educación y desarrollo de la IIEE.

La IIEE es un constructo que ha permitido integrar dos aspectos fundamentales de la persona como son la inteligencia y la emoción. A lo largo de la historia ambas se han visto frecuentemente separadas y también confrontadas.

La concepción tripartita, según la cual, los fenómenos psicológicos se clasificarían en cognición, motivación y emoción se ha mantenido hasta la actualidad. La cognición (que sería lo que conozco) incluiría representaciones de la realidad mediante la percepción, la atención, el aprendizaje, la memoria y el pensamiento; la motivación (que sería lo que quiero) sería la que activa a la conducta, impulsando y dirigiendo el organismo a la acción para la satisfacción de necesidades; y, la emoción (que sería lo que siento) supondría la experiencia subjetiva de la activación, su significado, su valencia y su expresión conductual. Sin embargo, y aunque parece que va quedando claro que los diversos procesos cognitivos, motivacionales y emocionales se relacionan e interaccionan entre sí influyéndose mutuamente, no es hasta los años 60 del siglo pasado cuando se promueve la aparición de modos alternativos de pensar en la afectividad humana y su relación con las competencias humanas. Se comenzó a postular que debían ofrecerse modelos integrados de funcionamiento emocional, cognitivo y motivacional. El

afecto sería una parte sustantiva de los procesos de pensamiento y motivacionales, tanto de los que promueven una eficacia en el comportamiento como de los que la dificultan. Diferentes hallazgos de investigación condujeron a la necesidad de reconsiderar sus relaciones (190, 191), y llevaron a nuevas formas de concebir la adaptación al medio. La investigación empieza, por tanto, a destacar la importancia de los sistemas emocionales en la exploración y resolución de situaciones novedosas, y de los aspectos socio-afectivos de la conducta, como la toma de decisiones, la cognición social, los aspectos motivacionales y los juicios éticos/morales. A todo esto se añaden los hallazgos procedentes del campo de la neurociencia con respecto al valor añadido de las respuestas emocionales en la toma de decisiones (192).

Durante décadas el CI ha sido considerado como el uso de aptitudes necesarias para la supervivencia y el progreso humano, limitándose así las diferentes escalas y test psicométricos a la medición de aspectos tales como la comprensión de expresiones y situaciones, retención de información general, razonamiento matemático, razonamiento analógico, uso del lenguaje, etc., y pasando por alto otras formas de inteligencia. Lo que sí fue ya admitido por Wechsler es que, además del CI, tal como es medido por los test, habría que tener en cuenta aspectos como la afectividad y la personalidad, para poder valorar adecuadamente la capacidad de adaptación de las personas. Pero no es hasta 1920 cuando Edward Thorndike se declaró como precursor del concepto actual de IIEE, postulando el concepto de inteligencia social, definido como *“la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, niños y niñas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”*. No obstante, su teoría tuvo poca atención por parte de la investigación, y aún tendrían que pasar muchos años para que se comenzara a investigar y a desarrollar el constructo (193).

Es a partir del momento en que Gardner y Sternberg proponen sus nuevas teorías de la inteligencia, cuando los psicólogos han podido complementar la clásica concepción de ésta poniéndola en relación con las emociones, la personalidad y los aspectos sociales. El concepto evoluciona a través de la teoría de las Inteligencias Múltiples, destacando dos de ellas entre todas: la interpersonal, que permitiría la diferenciación de los estados de ánimo e intenciones de los demás, y la intrapersonal, que daría acceso a la vida emocional propia, para interpretarla y orientar la propia conducta (194).

La investigación más reciente aboga, por tanto, por una reconceptualización de la inteligencia, introduciendo la parte afectiva del ser humano, enfrente de una concepción monolítica y estable, y de una visión ortodoxa de una inteligencia única definida por el CI, ampliando así la perspectiva sobre lo que es y sobre los componentes de una conducta inteligente. Diferentes autores ya defienden que las habilidades emocionales serían recursos potenciales que facilitarían un mejor afrontamiento de eventos estresantes (195, 196). El CI ha venido siendo reconocido como un predictor de determinados aspectos de éxito a nivel académico, profesional, pero en la literatura al respecto se muestra que solo podría explicar entre el 10 y el 20 por ciento de este rendimiento, quedando entre un 80 y 90 por ciento a la explicación de otros factores. En diversos trabajos se ha demostrado que el CI no se relaciona con un mejor ajuste, mejor salud física o psicológica, mejores relaciones inter o intrapersonales, o un mayor éxito en el trabajo (197). La cognición y la emoción comienzan a no ser consideradas como opuestas (198), pasando las emociones a desempeñar un rol fundamental en el contexto actual sociocultural, y contribuyendo al avance significativo de la investigación en el campo de la IIEE (199). Desde

ámbitos como el clínico, educativo, laboral, etc. se ha comenzado a investigar en la búsqueda de criterios que vayan más allá de lo que pueda predecir el CI (200).

La IIEE y el CI son dos constructos que, aunque se superpongan, podrían influirse en similares funciones de la vida de una persona y pueden ser separados en función de su evaluación, conceptualización y características. Diferentes autores proponen que la IIEE también influiría positivamente en los resultados académicos, laborales, vitales, etc. de las personas, por lo que tendría una contribución al éxito individual en la vida más allá del nivel atribuible solo al CI. Se sostiene que una persona con un nivel óptimo de ambos constructos será más exitosa y mejor ajustada en su vida (201). Según diferentes investigaciones, los individuos, los grupos y las organizaciones con un mayor nivel de IIEE tendrían una mejor capacidad en la utilización de las emociones para una mejor adaptación a las demandas del entorno (202). Otros estudios señalan que una percepción precisa de las emociones propias y de los demás estaría relacionada con un mayor grado de adaptación social, por lo que el tipo de competencia emocional asociada a la IIEE podría tener repercusiones en la capacidad de lograr un mejor equilibrio a nivel de ajuste vital (203), así como con actitudes cívicas (204). Se relaciona positivamente la regulación emocional con la calidad de las relaciones sociales y la sensibilidad a nivel social (205). Correlaciona positivamente con la autoestima y negativamente con la ansiedad social, aún controlando el efecto de variables, como el CI y la personalidad (206). Sería un factor predictor de comportamientos no adaptativos, así como factor asociado a un mejor rendimiento académico (207, 208). Se relacionaría positivamente con mejor ajuste a nivel psicológico (209) y control de estrés (210).

Sin embargo, es frecuente encontrar en las investigaciones diferentes limitaciones como es el uso no consistente de instrumentos de medida, la no

consideración de factores que puedan estar afectando al nivel de desarrollo de la IIEE así como la utilización de diseños inadecuados para medir su supuesto efecto adaptativo (211). Por ello, es difícil asegurar que la asociación de la IIEE en una adaptación más exitosa no se deba al efecto de IIEE-rasgo, IIEE-carácter, IIEE-capacidad o a razones de método.

Desde su introducción en el campo de la psicología, se han generado numerosos debates sobre si la IIEE es un componente o un contrario del CI. Pero esta nueva posición ha influido profundamente y ha posibilitado el cambio de numerosos principios psicológicos, dando paso a nuevas y relevantes teorías sobre IIEE (212). Como modelo de inteligencia reciente y que aún no posee una teorización común y homogénea, ofrece una visión mucho más amplia que lo que hasta el momento significaba “*ser inteligente*”, al postularse un procesamiento de la información emocional más complejo y avanzado (213). La IIEE como manera específica de procesar la información emocional, como una nueva forma de concebir las relaciones entre cognición y emoción, en la que las emociones pueden mejorar el pensamiento.

Desde el comienzo de su difusión, se han realizado numerosas aportaciones en múltiples ámbitos, a nivel clínico, organizacional y educativo (214-217). Pero al igual que para el concepto de CI, para la IIEE tampoco existe una definición homogénea. Entre otros factores, es necesario considerar la influencia del contexto socio-cultural. Cada grupo social puede percibir las expresiones emocionales de forma diferente, por lo que la valoración del nivel de IIEE debe tener en cuenta las capacidades reconocidas por la cultura, ya que lo que en una se puede considerar como positivo en otra podría ser considerada como negativa. Eyo describe las diferentes expresiones de la cultura así como las diferencias en la expresión emocional de la sonrisa, la risa, el llanto, las expresiones de ira y miedo, etc. (218).

Por ello, es complicado obtener un modelo aceptado a nivel general de la expresión de la IIEE y con ello una evaluación y medida generalizada. Las diferentes aproximaciones a la IIEE se detallan a continuación:

1. Estudios sobre aptitudes específicas relacionadas con la IIEE (exactitud de la percepción no verbal, sobre cómo las emociones deciden de forma más óptima o permiten priorizar o favorecer el pensamiento creativo, evaluación, etiquetado y descripción de la experiencia emocional, automanejo y regulación emocional (219-222).

2. Enfoques Integradores, sobre el conocimiento emocional así como el modelo de las cuatro ramas de la IIEE (223, 224). Entienden la IIEE como capacidad global compuesta por varias aptitudes interrelacionadas. Las dos concepciones planteadas se sitúan en los extremos aptitud-conocimiento, desde la potencialidad de la persona para aprender acerca de algo hasta lo que una persona sabe acerca de algo.

3. Enfoques Mixtos, consideran que la IIEE está compuesta de aptitudes y rasgos. Modelo de inteligencia-competencia emocional y social (225), modelo de inteligencia emocional y social, modelo de inteligencia emocional rasgo (226, 227).

Estas diferencias han permitido el desarrollo de un gran número de investigaciones y estudios sobre competencias personales y emocionales (228, 229-234). El creciente interés en la IIEE ha dado lugar, al mismo tiempo, a una elevada confusión, por lo que diversos autores, entre ellos Mayer y Salovey, han llamado a la prudencia respecto al valor del entrenamiento en el desarrollo de un mayor nivel de IIEE, en distintos ámbitos y en el rendimiento esperado, señalando también posibles intereses económicos.

No obstante, y a pesar de que el campo de investigación aún requiere de numerosos estudios futuros, la emergencia de la IIEE ha posibilitado el

planteamiento de la existencia de una nueva forma de inteligencia, que puede contribuir al desarrollo de conductas más adaptativas. Esta inteligencia nueva supone la interrelación de capacidades emocionales con capacidades cognitivas ya que ni éstas ni el campo de la personalidad han conseguido explicar la totalidad del rendimiento exitoso de la persona.

### **1.2.3. Emoción**

Aunque tampoco existe consenso en la investigación sobre la definición de la emoción y su naturaleza, en la última década, la neurociencia ha comenzado a desarrollar un gran interés sobre el funcionamiento interrelacionado del cerebro en el procesamiento de las emociones.

La emoción se ha descrito como la experiencia de una expresión neurobiológica, una experiencia que no puede crearse, aprenderse o enseñarse, y que no es necesariamente etiquetada y elaborada con la consciencia, es resultado de la integración de la actividad concurrente en distintas áreas cerebrales entre las que estarían el encéfalo, la amígdala, la ínsula y el cortex prefrontal (235). Existe un acuerdo general por el que la emoción sería *“un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno”* (236). Según las investigaciones de Antonio Damasio, neurólogo de origen portugués, el reconocimiento de emociones es la consecuencia de circuitos neuronales predeterminados, y éstos podrían ser modificados en función del ambiente o de la experiencia vital. Pone de relieve la vinculación de las emociones y la razón, con la concesión de un nivel de igual importancia entre las dos (237). Asimismo, según sus investigaciones, la corteza cingulada sería el punto en que los

sistemas emocionales y los sistemas cognitivos interconectan, lo que denomina “*la fuente de energía*”. En investigaciones posteriores, se pone de manifiesto que el mecanismo parieto-frontal sería el único que permite la comprensión de la acción ajena desde la persona observadora, y conferiría una primera impresión de los objetivos motores e intenciones de otros individuos (238). Otra aportación neurocientífica de gran relevancia es el descubrimiento de las neuronas espejo. La observación de la expresión emocional en caras ajenas induciría la activación de estas neuronas en la corteza pre-motora. Estas responderían como si se estuviese llevando a cabo físicamente en el organismo la acción observada, pasando a ser la persona que observa el sujeto agente de la acción (239, 240). Este descubrimiento ha venido a corroborar la teoría del Contagio Emocional, desarrollada por Levenson y Ruef, explicando la sincronía fisiológica que se produce en el momento de la observación emocional ajena (241). La emoción, desde otra perspectiva, se concibe como proceso que produce activación fisiológica, actividad cognitiva, expresión motora, tendencias de acción y estados emocionales subjetivos. Todos estos procesos se fundamentarían entre sí y se sincronizarían en un evento emocional, y en su interacción con el estímulo generarían la emoción. En eventos que se repiten, se generarían patrones de evaluación que constituirían emociones frecuentes, básicas como la tristeza o el enfado. Otras teorías señalan una valoración inconsciente sensoriomotor, a nivel de valoración esquemática y conceptual más compleja en función de las metas, planes o necesidades a evaluar. Estos procesos producirían una respuesta, modificando los sistemas motor y autónomo, así como provocando diferentes respuestas fisiológicas que prepararían a la persona para una determinada acción. Todo ello se refleja en la vivencia de la emoción, que es a la vez cognitiva y no cognitiva, pudiéndose reflejar más o menos de forma consciente. Al existir

conciencia de la experiencia emocional, ésta se podría controlar, regular y expresar de una determinada forma.

En lo que sí existe consenso en las diferentes conceptualizaciones de la emoción es en que posee tres componentes principales: neural, expresivo y experiencial. Conllevaría cambios fisiológicos que preparan para la acción y producen señales a nivel de comunicación social. Su intensidad sería variable, no siendo modificable su valencia. Su funcionalidad sería la de simplificar y organizar los impulsos focalizando los procesos cognitivos en una serie de tareas adaptativas que puedan ser manejadas por la persona. Se construirían patrones de sensación-cognición-acción, que llevarían a la organización de los rasgos del sujeto en una personalidad única. El que la conciencia pueda detectar cambios en la actividad neurobiológica en algún nivel, no quiere decir que sea capaz de comprenderla y manejarla, ya que esto último va a depender de su intensidad, del conocimiento adquirido y de su experiencia emocional. En lo que se refiere a su expresión, ésta tendría un significado biológico evolutivo, psicológico y social. Además de los gestos y el lenguaje, la expresión facial es fundamental, constituyendo un modo de comunicación social, con información sobre los estados internos de la persona, alertando a los otros de la presencia o no de riesgos ambientales, de la naturaleza de la interacción, etc. En cuanto a los patrones de expresión, diferentes autores sostienen la existencia de prototipos, que serían universales y con los que ya contamos al nacer, aunque pueden ser modificados por la cultura o experiencia personal (242). Por último, en cuanto a su utilidad, permitiría al sujeto la ejecución de reacciones conductuales apropiadas, teniendo un papel relevante en la adaptación social y el ajuste personal. El componente de información de la emoción es básico para la evaluación de objetos y acontecimientos, para la auto-regulación, para preparar la

acción y su dirección, comunicar la reacción al estímulo y la intención conductual, monitorizar el estado interno así como la interacción organismo-ambiente. En la Tabla 4, se expresa el valor funcional de las emociones más frecuentes.

Lenguaje Subjetivo	Lenguaje Funcional
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

**Tabla 4: Funcionalidad de las emociones**

Adaptado (243)

Con el fin de entender el modelo teórico propuesto y sobre el que se basa esta investigación, es de relevancia exponer la definición de emoción que hacen Mayer y Salovey. Para estos autores, es algo más que una pura reacción visceral y va más allá de los estados senso-perceptuales. Sería una respuesta organizada a través de los límites de los subsistemas psicológicos, e incluiría el sistema cognitivo, el motivacional y el fisiológico (244). La emoción sería información en sí misma, que puede y tiene que ser procesada por la mente. Para el modelo que presentan, la emoción no sería entendida como puramente afectiva sino que sería considerada como representación mental. La emoción tendría significado y éste sería útil y esencial para darle sentido a la experiencia que la persona está viviendo, de la misma forma que serían utilizadas otras representaciones codificadas en las estructuras mentales. Para el procesamiento de esta información emocional estarían implicados

varios procesos mentales: evaluación y expresión, regulación y utilización. El poder hablar y aprender a nombrar la emoción favorecería su descripción. La inteligencia verbal y el vocabulario emocional posibilitarían la anticipación de emociones, así como su expresión. Esto va a favorecer la función ejecutiva, en relación con la comprensión, manejo y auto-regulación emocional, lo que puede suponer una mejor adaptación y funcionamiento social. La emoción sería, por tanto, imprescindible para el desarrollo de la personalidad y la vida social, jugando un papel significativo en la conducta adaptativa o también conocida como “*inteligente*” (245). Estaría interrelacionada con la cognición así como con la consciencia, la inteligencia y la personalidad. Emergería en el desarrollo temprano, estando influenciada por la personalidad -según algunos autores forma parte de sus componentes estables (246)- y por el CI, por el aprendizaje así como por el contexto sociocultural. En su consideración como experiencia consciente, aunque por su naturaleza compleja pueda llevar a distintos niveles de análisis, se va a poder realizar su medición y valoración, siendo necesario recurrir al lenguaje y de ahí, la necesidad de controlar los efectos de la inteligencia verbal. Por sus componentes afectivos, que también afectan a la cognición, será necesario explorar la IIEE teniendo en cuenta el control de los efectos de la personalidad, por su estrecha relación con las emociones.

#### **1.2.4. Modelos teóricos de inteligencia emocional**

La exigencia del método científico de que los constructos sean cuantificados, medidos o evaluados implica que el valor de estas construcciones abstractas radique tanto en la base teórica que los sustenta como en los instrumentos que permiten su medición.

En lo que se refiere a la base teórica, dos han sido los principales acercamientos a la IIEE: los que conceptualizan la IIEE como habilidad, llamados los Modelos de Habilidades. Conciben la IIEE como un conjunto de habilidades cognitivas referentes a las emociones y con poca relación con el factor personalidad. Además prescinden de conceptos como la motivación y la felicidad, y consideran a la IIEE como un tipo de inteligencia que puede ser desarrollada. Según este modelo, la constante interacción de constructos cognitivos y emocionales permite la conceptualización de la IIEE como la capacidad del individuo de percibir, evaluar y expresar las emociones (247). De otra parte, los que incluyen tanto las habilidades mentales como los rasgos estables de comportamiento y personalidad, competencias sociales e indicadores de ajuste, los denominados Modelos Mixtos o Modelos de Rasgos (217, 248-250).

Para los defensores del Modelo de Habilidades, los rasgos de personalidad deben quedar separados para poder determinar el grado de influencia de la IIEE en el comportamiento y competencia general de las personas (251). Surge como capacidad para “*monitorizar los sentimientos y emociones de uno mismo y las de otros, discriminar entre ellas y usar esta información en la guía del propio pensamiento y las propias acciones*”, haciendo posible “*un procesamiento exacto y eficiente de la información emocional, incluida aquella que es relevante para reconocer, construir y regular la emoción en uno mismo y en otros*” (244). Esta propuesta señala la valiosa utilidad de estas capacidades para una persona y su mejor adaptación vital, indicando que las diferencias entre las personas estarían en razones biológicas y por sus experiencias de aprendizaje vital.

Mayer y Cobb identificarían cuatro componentes de la IIEE que incluyen la percepción, comprensión, facilitación y manejo de las emociones:

1. La percepción consistiría en el reconocimiento y la interpretación del significado de diferentes estados emocionales, así como sus reacciones frente a otras experiencias sensoriales.

2. La facilitación se referiría a la capacidad y/o habilidad para el uso de la emoción para facilitar el pensamiento necesario para comunicar sentimientos.

3. La comprensión de emociones implicaría el entendimiento de cómo se mezclan emociones básicas para formar emociones complejas y su significado a través de las relaciones.

4. El manejo emocional haría referencia a la capacidad para el control y regulación emocional en uno mismo y en los demás (252).

La información emocional se procesaría a través de tres procesos mentales: la evaluación y expresión de las emociones en uno mismo y en otros, la regulación de las emociones en uno mismo y en los otros, y la utilización de las emociones de forma adaptativa, como se representa en el Gráfico 1.

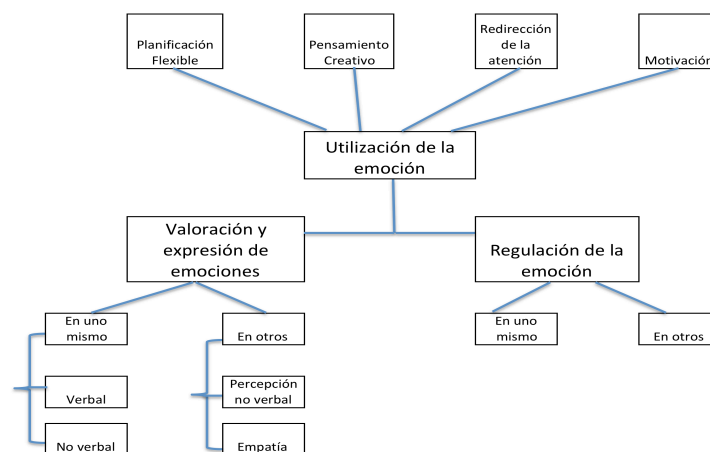


Gráfico 1: Procesos implicados en la conceptualización de la HEE

Adaptación (244)

Esto podría conllevar que la IIEE no va a ser solo un rasgo o conjunto de habilidades sino que podría ser una forma de inteligencia, en la que estaría implicada la capacidad para el control emocional propio y ajeno, discriminación entre las emociones y utilización de la información emocional para guiar tanto el pensamiento como las acciones (253). Las emociones se vincularían a todos los ámbitos vitales de la persona, acompañando a ésta de forma continuada en el pensamiento, la conducta, la comunicación verbal y no verbal.

El concepto de IIEE fue acuñado por Peter Salovey y John Mayer en 1990. Según ambos autores: *“la IIEE incluye la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual”* (254, 255).

Así, desde la introducción del concepto de IIEE en la literatura científica, una primera etapa estuvo centrada en el desarrollo teórico y conceptual del constructo, apareciendo diferentes modelos del mismo, destacando el Modelo de Habilidades, defendido por Mayer y Salovey, que divide la IIEE en cuatro ramas básicas. Este es el modelo menos conocido pero con mayor apoyo empírico, centrándose en el procesamiento emocional de la información y el estudio de las habilidades relacionadas; de otra parte, los Modelos de Personalidad o Mixtos, defendidos por Bar-On y Goleman (198), dependiendo de la consideración de si la IIEE incorpora o no capacidades cognitivas y dimensiones de personalidad (256). No se ciñen únicamente a los conceptos de inteligencia y emoción, sino que incluirían gran número de variables. Otros autores, desde una visión más integradora, entenderían que los modelos mixtos y de habilidad podrían medir constructos distintos, por lo que no serían contrarios sino complementarios (251).

#### **1.2.4.1. Modelo de habilidades**

Desde este modelo, la IIEE se entiende como una inteligencia genuina, que opera con información emocional, centrada en la capacidad para percibir, comprender y manejar la información que proporcionan las emociones, basándose en el uso adaptativo de éstas y en su aplicación al pensamiento. Es una visión funcionalista de las emociones, que se acerca a las definiciones clásicas de la inteligencia que enfatizan la habilidad adaptativa de la persona al ambiente, en continuo cambio (257). Aunque en su primera definición, pusieron especial énfasis en la percepción y expresión de emociones, más tarde realizaron una reformulación concediendo también relevancia a la comprensión emocional y reflexión sobre ellas. Matizan que la IIEE tiene que ver con la habilidad para razonar sobre las emociones y la capacidad potencial de éstas para mejorar y guiar el pensamiento. Y al contrario de lo propuesto en los modelos mixtos, la IIEE sería independiente de los rasgos estables de personalidad o cualquier otra característica personal como el auto-concepto, el optimismo, las competencias sociales, etc. (258). Para estos autores, para que la IIEE se pueda considerar una forma de inteligencia, sería requisito esencial que fuera una capacidad mental, por lo que se debe demostrar con claridad la existencia de diferencias individuales en la realización de determinadas tareas, para las que se requiere el procesamiento singular de la información emocional para ser resueltas. Según el modelo, las medidas de IIEE correlacionarían débilmente con las medidas de CI, en especial con las aptitudes verbales. Esto indicaría que el constructo sería una forma de inteligencia de naturaleza genuina (256).

Según este modelo, cuando la información emocional entra en el proceso de senso-percepción, se pone en marcha el proceso de evaluación y expresión emocional. Se evalúan las emociones y se determina su expresión empleando tanto el lenguaje

verbal como el no verbal. La regulación emocional incluiría la monitorización del estado de ánimo, su evaluación y, en ocasiones, su modificación. Y, por último, se pondría en marcha la utilización de las emociones propias para la resolución de problemas.

El Modelo de Habilidades es uno de los que ha obtenido una mayor aceptación por parte de la comunidad científica y actualmente es el que goza de más defensa y aval empírico (198, 259). Un elemento fundamental es que considera las habilidades emocionales como elementos de la inteligencia que pueden desarrollarse, promoviendo un crecimiento emocional e intelectual. Diversos estudios han demostrado que el conocimiento de las emociones y las habilidades de la IIEE se pueden enseñar (260). La emoción sería entendida como una respuesta organizada y adaptativa, que podría conducir a la transformación personal y a una interacción social más enriquecedora.

Según su propuesta, las personas con altos niveles de IIEE percibirían mejor la información emocional, por lo que serían más sensibles a los estímulos emocionales, su procesamiento neuronal sería más eficaz, conferirían un significado más exacto al estímulo emocional percibido, reconocerían como un todo con significado y les llevaría a prestar una atención ajustada al mismo así como a acciones acordes al significado conferido a la información percibida. Finalmente, compararían de forma más eficiente la información emocional con la información almacenada en la memoria, y de acuerdo a ello, pasarían a la acción, que sería más adaptativa. De esta manera, la mejor captación de lo que siente una persona daría lugar a una mejor expresión emocional y a un mejor manejo de la experiencia dirigida a sus metas. Asimismo ocurriría con la percepción de las emociones ajenas, personas con mayor nivel de IIEE serían más sensibles a la información emocional

de los otros y podrían lograr mejores relaciones interpersonales. En lo relativo a la regulación emocional, personas con mayor nivel de IIEE podrían lograr un estado de ánimo más adaptativo, al ser conscientes de su propio estado emocional y poder reflexionar sobre él, pudiendo construir teorías sobre sus experiencias emocionales. De la misma forma se llevaría a cabo hacia otras personas. Un elevado cociente de IIEE facilitaría ajustes adecuados en las conductas. Y con respecto a la utilización de las emociones, facilitaría la generación de planes flexibles, empleo creativo de la información, así como el uso de las emociones para su implicación en la realización de tareas.

Se trata de un modelo jerárquico, desde las habilidades más simples a las más complejas, y siendo necesarias las primeras para poder llegar a las segundas. Es decir, para una adecuada regulación de emociones sería imprescindible un adecuado nivel de las anteriores. El proceso de regulación emocional implicaría un preciso manejo de los estados emocionales, la identificación y diferenciación de los estados que deben ser regulados, el empleo de estrategias adecuadas y la reducción de estados emocionales negativos, manteniéndose los estados positivos, así como una correcta evaluación de la efectividad de estas estrategias (261).

En la Tabla 5, se expresan detalladamente las habilidades implicadas en cada una de las cuatro ramas básicas en las que este modelo divide la IIEE: percepción, apreciación y expresión emocional: facilitación emocional del pensamiento: comprensión, análisis y utilización del conocimiento emocional: y, manejo y regulación reflexiva de las emociones para el desarrollo intelectual y emocional.

---

### **Modelo de las Cuatro Ramas de Habilidades Emocionales**

---

#### **Percepción, evaluación y expresión de emociones:**

- . Habilidad para identificar emociones en nuestros estados físicos y psicológicos
- . Habilidad para identificar emociones en otras personas u objetos
- . Habilidad para expresar emociones con seguridad y expresar las necesidades relacionadas a esos sentimientos
- . Habilidad para discriminar la expresión de emociones honestas y deshonestas, exactas e inexactas

#### **Facilitación emocional del pensamiento:**

- . Habilidad para redirigir y priorizar nuestro pensamiento basado en los sentimientos asociados a objetos, eventos u otras personas
- . Habilidad para generar y revivir emociones con el fin de facilitar juicios o recuerdos
- . Habilidad para la visión de la perspectiva emocional contraria, y poder considerar múltiples puntos de vista
- . Habilidad para usar los estados emocionales para facilitar la solución de problemas y creatividad

#### **Comprensión y análisis de la información emocional; utilización del conocimiento emocional:**

- . Habilidad para comprender cómo se relacionan las diferentes emociones
- . Habilidad para percibir las causas y las consecuencias de los sentimientos
- . Habilidad para interpretar los sentimientos complejos tales como las emociones contradictorias y las combinaciones de sentimientos múltiples
- . Habilidad para comprender y predecir las transiciones y evoluciones entre emociones

#### **Regulación de emociones:**

- . Habilidad para estar abierto a los sentimientos, tanto aquellos que son placenteros como a los desagradables
- . Habilidad para escuchar y reflexionar sobre nuestras emociones
- . Habilidad para captar, prolongar o distanciarse de un estado emocional determinado, dependiendo de si su significado es útil o informativo
- . Habilidad para manejar las emociones propias y la de los demás, atemperando la negativas e intensificando las positivas, evitando la sobredimensión emocional

---

**Tabla 5: Modelo de las cuatro ramas**

#### **1.2.4.2. Modelos mixtos: Modelo de inteligencia socio-emocional**

Desde los modelos de personalidad o también llamados mixtos, se combinan habilidades mentales con características de personalidad. En esta categoría se encuentra el modelo de Bar-On, de 1997, el cual define la IIEE, de manera amplia, como un conjunto de capacidades socio-emocionales, aspectos motivacionales, personales e interpersonales que van a influir en la capacidad total del individuo para hacer frente a las demandas y presiones del medio ambiente (262, 263). Se sostiene sobre cinco grandes componentes clave, que engloban a su vez cada uno de los tres

factores, creando un total de 15 escalas, medibles a través de la prueba de autoinforme denominada “*Emotional Quotient Inventory*” (EQ-i), herramienta psicométrica creada por él mismo. Los constructos son:

1. Percepción de uno mismo: auto-concepto, auto-conciencia emocional y auto-realización.
2. Expresión de uno mismo: asertividad, expresión emocional e independencia.
3. Componente personal: empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social.
4. Toma de decisiones: resolución de problemas, contraste de la realidad y control del impulso.
5. Manejo del estrés: flexibilidad, tolerancia al estrés y optimismo.

Al igual que el Modelo de Habilidades, cuenta con defensores y detractores (264). En el año 2010 se han cumplido dos décadas desde la aparición del concepto de IIEE, y desde entonces se han producido numerosos y controvertidos estudios al respecto de la validez discriminante, predictiva, incremental y de constructo (216, 265). El modelo mixto ha sido muy criticado. Este modelo añade aspectos próximos a la personalidad como el auto-concepto y disposiciones afectivas como la empatía. Considera la IIEE desde una perspectiva de rasgo. Los instrumentos que utiliza serían muy similares a los utilizados para evaluación de personalidad (266). Las críticas están basadas en cómo se relacionaría la IIEE y los constructos que pertenecen al ámbito de la psicología de la personalidad. Se critica la forma de medición a través de los cuestionarios de auto-informe. Esto supone el uso de auto-descripción por parte de la persona, por lo que si su auto-concepto es negativo, la medición de sus

habilidades emocionales estaría sesgada. De otra parte los factores de IIEE incorporarían un elevado nivel de deseabilidad social. Así, en opinión de diferentes autores, parece poco probable que la IIEE pueda ser medida de forma correcta mediante la utilización de este tipo de instrumentos (267).

#### **1.2.4.3. Modelos mixtos: Modelo de inteligencia de Goleman**

Es en 1995, cuando Daniel Goleman populariza el término comparando la IIEE con una buena capacidad de adaptación social, y definiéndola como la capacidad para el reconocimiento de sentimientos propios y ajenos y la habilidad para manejarlos (225). Este autor, psicólogo y periodista americano con una gran visión comercial, propone la necesidad de una nueva visión de la inteligencia humana, menos reduccionista y más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales, resaltando la importancia del uso y gestión del mundo emocional y social para el buen entendimiento del curso de la vida de las personas. Afirma que existen habilidades que serían iguales o más importantes que la inteligencia académica para alcanzar un mayor bienestar laboral, personal, académico y social. Planteó una interpretación particular de la estructura propuesta por Mayer y Salovey, llegando a afirmar que la aportación de la IIEE es superior a la del CI en el éxito personal. Sus ideas tienen un gran repercusión entre la opinión pública, y parte de esta aceptación se debería al cansancio de la sobrevaloración del CI, a lo largo del siglo XX, a la antipatía generalizada ante personas con alto nivel intelectual pero que adolecen de habilidades sociales y emocionales, y por el mal uso en el ámbito educativo de evaluaciones que pronostican un rendimiento exitoso de la persona en el aspecto laboral, pero olvidando o no dando importancia a su bienestar psicológico (268). Se

despierta un gran interés por la IIEE en la población general, la comunidad científica, la comunidad educativa y el mundo empresarial (269).

El modelo de Goleman propone cinco pilares básicos de la IIEE, distribuidos entre Inteligencia Intrapersonal e Inteligencia Interpersonal. A nivel de Inteligencia Intrapersonal: auto-conciencia, auto-regulación y auto-motivación. A nivel de Inteligencia Interpersonal: empatía y habilidades Sociales. El autor también desarrolla una prueba para la evaluación de los componentes de su modelo, el EQ-Test. También ha recibido críticas por no tener un fundamento empírico y por no tener en cuenta el CI (270). En 1998, y en vista de esta crítica, reformularía su modelo reduciendo las áreas de cinco a cuatro, y las características de veinticinco a veinte. Defiende que su nueva conceptualización tiene el objetivo de predecir la efectividad y rendimiento personal en el ámbito profesional y empresarial (271).

#### **1.2.4.4. Conclusiones sobre los modelos teóricos**

Los modelos sobre IIEE, aunque diferentes, tienen como noción de base la insuficiencia del intelecto para operar de forma óptima sin la participación de la IIEE. Por ello, es el equilibrio y adecuado balance entre el CI y el cociente de IIEE así como las capacidades personales, emocionales y sociales de la persona, lo que haría que la persona dispusiera de los recursos necesarios para una mejor adaptación vital y como consecuencia una mayor valoración de su QoL. A pesar de las diferencias (entre los modelos y las propuestas realizadas, entre los componentes de la IIEE y entre las herramientas de evaluación del concepto), todos estarán de acuerdo en que un buen nivel de IIEE haría más fácil y feliz la vida de la persona (229, 271-274). Lo que faltaría es el contraste empírico de todas las afirmaciones y propuestas realizadas. No existe aún un suficiente aval a través de investigaciones

con datos contrastados que, sistemática y rigurosamente demuestran, el grado explicativo de la IIEE y el papel real de ésta en las distintas áreas de la vida del ser humano (275). A falta de ser un constructo psicológico bien definido y con una correcta validación empírica, la IIEE podría ser un buen “*igualador*”, ya que una buena gestión de las emociones contribuiría a un mejor funcionamiento adaptativo (264). En la Tabla 6, se recogen de forma resumida las principales teorías de la IIEE y las competencias que las definen (276).

Bar-On	Salovey y Mayer	Goleman
- Habilidades intrapersonales	- Percepción de emociones	Competencias personales en el trato con uno mismo:
- Habilidades interpersonales	- Utilización de emociones para facilitación del pensamiento	- Auto-conciencia
- Adaptabilidad		- Auto-control
		- Auto-motivación
- Manejo del estrés	- Comprensión emocional	Competencias sociales en el trato con los demás
- Estado de ánimo	- Gestión emocional	- Empatía
		- Habilidades sociales

**Tabla 6: Principales Teorías de las IIEE y sus competencias**

Como se ha venido exponiendo, los resultados hallados en las investigaciones realizadas señalan que la IIEE puede tener un potencial elevado de aplicación en diversos ámbitos. En los últimos años, ha existido una auténtica “*revolución*” con un desarrollo exponencial de investigaciones empíricas, la gran mayoría aún en el mundo anglosajón. Se han realizado numerosas aportaciones neurocientíficas, con más de 25.000 artículos sobre el estudio del cerebro emocional en lo que se vino a llamar “*la década del cerebro*”, organismos especializados como el Instituto de Investigación sobre Emociones y Salud de la Universidad de Wisconsin, la divulgación popular de Goleman, la aplicación de la IIEE a las organizaciones empresariales, a la práctica educativa, numerosas publicaciones de monográficos sobre IIEE en revistas tales como *Psicothema*, *Ansiedad y Estrés*, *Emotion*, etc. Todo

ello ha contribuido notablemente a que los puntos de vista sobre la inteligencia humana se modifiquen y dejen de estar centrados en el CI.

No obstante, a todos los niveles aún existe poca investigación, y en el ámbito de la psicología clínica y la psicoterapia es todavía menor, de ahí el creciente interés en el estudio de la relación entre la IIEE, los procesos patológicos y el funcionamiento adaptativo. A pesar de que se siguen incrementando de forma considerable el número de investigaciones, conferencias, encuentros, congresos internacionales, revistas especializadas, etc. sobre la IIEE, en nuestra opinión, la investigación debe continuar profundizando en este constructo.

#### **1.2.4.5. Evaluación de la inteligencia emocional**

La evaluación de los componentes de la IIEE ha venido siendo realizada mediante dos tipos de instrumentos: los auto-informes y las medidas de ejecución. Los auto-informes son cuestionarios que deben ser rellenados por el sujeto, reflejando su percepción sobre sus habilidades emocionales. Sin embargo, la utilización de expresiones descriptivas de uno mismo como medida de habilidades emocionales puede estar fuertemente sesgada. Esto ocurre porque va a depender del auto-concepto de la persona que realiza el cuestionario. Si el informante es sincero y preciso, las medidas pueden ser tomadas como correctas. En caso contrario, el sesgo puede dar lugar a un resultado incorrecto. El alto grado de deseabilidad social que presentan los factores de IIEE podría también distorsionar el resultado. Uno de los instrumentos de auto-informe más utilizados en investigación ha sido el TMMS (Trait Meta-Mood Scale), desarrollado por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (277). Existe también una versión reducida y adaptada a población española, el TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale-24). El modelo en el que se fundamentó el

TMMS está a medio camino entre el modelo mixto y el modelo de habilidades. Aunque se ciñe a un constructo compuesto de competencias emocionales y no incluye rasgos de personalidad, sigue siendo una escala “*rasgo*”. Según los autores, mediría la IIEE percibida al centrarse en los procesos reflexivos que acompañan los estados de ánimo (meta-conocimiento) (277). Actualmente, es un instrumento muy utilizado en el ámbito académico.

De otra parte estarían las medidas de ejecución, que miden el rendimiento de las personas en tareas y resolución de problemas emocionales y no en estimaciones personales. Dentro de esta tipología de medidas, Mayer, Salovey y Caruso desarrollaron el MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test), versión reducida y mejorada del MEIS (“*Multifactorial Emotional Intelligence Scale*”) (278). Según sus autores, el MSCEIT presenta la ventaja de que los resultados obtenidos se basan en la capacidad actual de ejecución o conocimiento emocional del sujeto en una determinada tarea, y no en la creencia sobre tal capacidad. Este es el cuestionario que hemos elegido, cuya descripción se desarrollará de forma más ampliada en el capítulo correspondiente.

Estudios realizados, tanto con auto-informes como con medidas de ejecución, presentan resultados similares en niveles de desempeño vital, situando a personas con altos niveles de IIEE como sujetos que muestran mayor empatía, mayor satisfacción vital, mejor calidad en sus relaciones personales, percepción de los estresores como menos amenazantes, respuesta al estrés con menos ideación suicida menor presencia de estados depresivos y de desesperanza así como menos quejas somáticas (210, 251, 279, 280).

### **1.2.5. Inteligencia emocional como variable predictora**

La proliferación de trabajos en IIEE ha hecho que cada vez haya más evidencias del rol de esta inteligencia en diferentes ámbitos de la persona (académico, laboral, personal, etc.). No obstante, también se produce una variación de la utilidad de la IIEE en función del contexto, identificándose como contribución singular aquel en el que ejerce un papel relevante para un buen y estable desempeño. Para los defensores del constructo, existe la imperiosa necesidad de demostrar su validez predictiva sobre aspectos del funcionamiento emocional, analizando el grado de varianza explicativo, una vez controlado el efecto de otras dimensiones.

En el año 2004, se llevó a cabo un meta-análisis (281), en el que se trabajó con 69 muestras independientes (obtenidas de tesis doctorales, informes técnicos y revistas revisadas por pares), con un total de 12.666 sujetos, y en el que se incluyó la IIEE como variable predictora, independientemente de su conceptualización así como de los instrumentos de medida utilizados. Los resultados mostraron que la IIEE podía ser considerada como un buen predictor de buenos rendimientos a nivel vital, con correlaciones moderadas con el CI, aunque en los estudios que utilizaron la escala MSCEIT como instrumento, las correlaciones fueron más altas, y la validez incremental de la IIEE sobre el CI fue mínima. También se obtuvieron correlaciones más altas de lo esperado entre la IIEE y la variable personalidad. Con todos los hallazgos obtenidos, la principal recomendación fue la valoración del potencial valor predictivo de la IIEE en los diferentes ámbitos vitales de la persona en futuras investigaciones. De la misma forma, sugirieron la necesidad de refinar la conceptualización de la IIEE así como la construcción de medidas válidas.

Los resultados encontrados en las investigaciones sobre el rendimiento en diferentes ámbitos vitales se exponen en mayor detalle a continuación.

En el ámbito del bienestar y ajuste psicológico de la persona, existen numerosas investigaciones que han tomado como base el modelo de habilidades. Esto proporciona un marco teórico para el conocimiento de los procesos emocionales básicos que promueven a la comprensión del rol mediador de determinadas variables emocionales y su influencia sobre el ajuste psicológico. A nivel genérico, los estudios han mostrado en sus resultados que personas con un mayor nivel de IIEE presentan una mejor salud mental, satisfacción vital y bienestar que los que menos puntúan en estas habilidades. Estudios realizados en Estados Unidos informaron que jóvenes adultos (normalmente estudiantes universitarios) que presentaban un nivel más elevado de IIEE informaban de menos sintomatología física, menos ansiedad social, menos nivel de depresión, autoestima más sana, mayor satisfacción a nivel interpersonal, utilización de estrategias de afrontamiento más adaptativas para la gestión de problemas de la cotidianidad, menos pensamientos rumiativos, sensación de menor estrés, menor aumento de sus niveles de cortisol y de presión sanguínea (210). Otras investigaciones también han mostrado resultados de una mejor recuperación emocional de estados inducidos de ánimo negativos (277), presentándose evidencias de menor ideación suicida, menor nivel de depresión y de desesperanza (279). Una mayor puntuación en IIEE también estaría asociada a personas con mayor empatía, satisfacción ante la vida y mejor calidad de relaciones interpersonales (251). En población española, se obtienen resultados similares. Jóvenes con mejores habilidades emocionales suelen presentar un estado normalizado a nivel afectivo, diferenciándose de otros con estado depresivo y que poseen menos habilidades emocionales. Concretamente, los primeros presentarían mayor claridad hacia la identificación de sus propios sentimientos y mejor gestión de sus emociones. Puntuaciones altas en IIEE se asociarían a puntuaciones elevadas en

autoestima, felicidad, salud mental, satisfacción vital. En cambio, los jóvenes que puntuaron menos en IIEE mostraron un mayor nivel de ansiedad y en frecuencia de pensamientos repetitivos y rumiativos (282, 283).

En el ámbito de la calidad de las relaciones inter e intra personales, desde el modelo de habilidades, la IIEE jugaría un rol fundamental en el establecimiento, mantenimiento y calidad de las mismas. Las habilidades sociales tienden a ser recíprocas, por lo que si una persona cuenta con buenas habilidades sociales tiene el potencial de recibir una buena consideración social de los demás, y este apoyo social va a influir en la regulación de los impactos de los estresores a los que esa persona está sometida en su vida diaria. Diferentes estudios han confirmado esto, encontrando correlación entre una elevada puntuación de IIEE y una mejor calidad de relación interpersonal (284). También se encontró una mayor puntuación en empatía (249). En investigación de 2003, en la que se controlaron las variables de personalidad y el CI, las personas que puntuaron alto en IIEE mostraban más satisfacción en sus relaciones interpersonales, siendo éstas más positivas. En este mismo estudio, preguntados los amigos de los sujetos evaluados, refirieron que las relaciones de amistad se caracterizaban por menor número de interacciones negativas y una sensación de mayor apoyo emocional (285). En población española, también se confirmaron estos resultados con correlación positiva entre aspectos de la IIEE, la empatía y las relaciones negativas con los niveles de inhibición emocional. La habilidad para la autorregulación emocional propia y ajena predijo mejores niveles de intimidad, afecto y antagonismo hacia los demás (286).

En lo relativo a la influencia de la IIEE en el éxito académico, la investigación ha mostrado algunos resultados contradictorios. En España, varios grupos de investigación, con enfoque en el ámbito académico, han confirmado con

sus investigaciones la asociación entre la IIEE y un buen rendimiento en este ámbito. Los cuatro grupos son: el equipo dirigido por el Dr. Pablo Fernández Berrocal de la Universidad de Málaga, en lo relativo a las interacciones entre la esfera emocional y cognitiva del ser humano (287-289); el equipo de D. Darío Páez de la Universidad del País Vasco, sobre IIEE, ajuste emocional y expresión emocional (290, 291); las investigaciones del grupo del Dr. Juan José Miguel Tobal de la Universidad Complutense de Madrid, sobre habilidades de regulación emocional, depresión y ansiedad (292, 293); y, finalmente, el equipo del Dr. Rafael Bisquerra de la Universidad de Barcelona, sobre IIEE en el ámbito educativo (294, 295). En población anglosajona, se ha acreditado también la relación entre IIEE y el éxito a nivel académico, en el sentido de que podría ser un factor predictivo de la nota media de alumnos (296). No obstante, también se han encontrado otros estudios en los que los resultados mostrados no han avalado esta correlación, encontrándose escasa relación entre la IIEE y el desempeño académico (297, 298). La divergencia puede deberse a problemas metodológicos relacionados con la muestra y/o en cómo se hubiera operativizado la variable de rendimiento académico. En estudio realizado en 2004, comparando entre niveles, estudiantes con altas puntuaciones académicas y estudiantes con bajas puntuaciones, este rendimiento apareció fuertemente vinculado a varias dimensiones de la IIEE, en sub-escalas de habilidades intrapersonales, adaptabilidad y manejo del estrés. Para los autores, la IIEE fue un predictor del éxito académico al fin del semestre. El 82% de estudiantes con alto rendimiento y el 91% con bajo nivel académico se identificaron y agruparon en función de sus puntuaciones de IIEE (299).

Algunos investigadores españoles hablan de función mediadora de la IIEE y no como influencia directa (197). En otros estudios en muestra española, se señala

correlación significativa entre IIEE y el éxito académico, con independencia de la influencia de la personalidad y el CI o el efecto combinado de ambos (300, 301). Otro estudio español indica que no aparecen relaciones entre el CI y las variables de IIEE, pero sí relaciones significativas entre la IIEE y el rendimiento, aún controlando el efecto del CI (302). En un estudio europeo en el año 2002, se obtuvieron correlaciones bajas e incluso negativas entre factores de la IIEE y el CI, mientras que con la variable personalidad sí que se encontraron relaciones significativas. No obstante, mostraron que la IIEE explicaba una mayor contribución en el rendimiento académico que el que mostraba el CI o la variable personalidad (303). Resultados semejantes se encontraron en estudios americanos (304, 305). Otros estudios muestran relación significativa entre IIEE y el rendimiento académico pero, una vez controlado el efecto del CI, desaparece (306). Otros autores no encuentran relación entre ambos, aunque sí con satisfacción vital (307). A pesar de que pueda resultar contradictorio, existe un consenso general de que la IIEE se suma a las habilidades cognitivas como potencial predictor para el equilibrio de la persona y su mejor rendimiento a nivel académico, no como influencia directa y lineal, sino como factor mediador. Incluso se indica que en grupos vulnerables, como personas con problemas de aprendizaje o bajo nivel de CI, el factor de IIEE podría actuar como moderador de los efectos de su déficit en habilidades cognitivas (207).

En cuanto a la relación de la IIEE con la aparición de conductas disruptivas, en éstas subyace un déficit emocional por lo que un nivel bajo de IIEE podría resultar esperable. El presentar un mayor nivel de impulsividad y peores habilidades interpersonales y sociales podría favorecer el desarrollo de este tipo de conductas. Según algunos estudios, personas con un nivel más bajo de IIEE mostrarían mayores niveles de conductas agresivas y comportamientos delincuentes (280). La

investigación ha confirmado una relación positiva y significativa entre personas emocionalmente inteligentes, evaluación social de los demás más positiva y menor repertorio conductual de agresividad, con un desarrollo mayor de conductas pro-sociales, niveles más bajos de impulsividad y menor tendencia a la supresión de pensamientos negativos (308). Personas que usan, comprenden y manejan mejor las emociones presentarían menor número de partes por faltas disciplinarias y agresiones, y serían menos hostiles (301).

En la relación de la IIEE y el consumo de sustancias adictivas, con respecto al consumo de tabaco y de alcohol, se reporta que una baja puntuación en IIEE sería un factor de riesgo para la adicción. Adolescentes emocionalmente inteligentes detectarían mejor la presión de los demás y afrontarían de forma más adecuada las discrepancias con el grupo. De la misma forma, el factor IIEE sería un factor protector que disminuiría el riesgo de desarrollar conductas adictivas, al existir una mayor precepción de las consecuencias negativas asociadas al consumo adictivo (309, 310).

#### **1.2.6. Inteligencia emocional y TDAH**

El interés por la relación entre el TDAH y la IIEE es escaso y muy reciente, habiéndose encontrado más literatura en pacientes con presencia de otro tipo de patología psiquiátrica como es el caso de trastornos afectivos, ansiedad, consumo de sustancias, trastornos psicóticos, trastorno límite de la personalidad. En estudio reciente realizado, en el que se utilizó la Trait Meta-Mood Scale (TMMS), los resultados han indicado que los sujetos con este tipo de trastornos muestran niveles superiores de atención a sus emociones, pero presentan puntuaciones más bajas en habilidades de manejo de sus estados emocionales negativos comparados con los

controles sanos. Se ha encontrado también diferencias significativas en función de la gravedad de la patología presentada (311). En otro estudio, en el que también se utilizó la TMMS, se sugiere que personas que prestan atención a sus emociones previenen la tendencia automática a atender la información emocional negativa sobre la positiva. Una mayor capacidad de control llevaría a revertir esta tendencia y focalizar más en las emociones positivas (312).

La auto-regulación emocional se entiende como la capacidad de inhibir conductas no apropiadas relacionadas con emociones intensas (positivas y negativas), capacidad para reducir el estado de alerta fisiológica en relación con emociones conflictivas, capacidad de redirección de la atención para alejarse de eventos provocadores de emociones conflictivas, capacidad para organizar las emociones y dirigir la acción a objetivos y bienestar a largo plazo (313). Esta capacidad emocional deficiente siempre ha formado parte de la conceptualización del TDAH. Ya en 1798, Crichton señalaba la frustración emocional en los trastornos de persistencia emocional. En 1902, Still incorpora la impulsividad emocional y la pobre regulación emocional. En los años 60, investigadores clínicos hacen mención repetidamente a la sintomatología de falta de auto-regulación emocional. En los 70, Mark Stewart incluye la baja tolerancia a la frustración, facilidad para el enfado, nerviosismo emocional. Cantwell señala la desregulación emocional como característica central del síndrome del niño hiperactivo. Paul Wender, a finales de los 70, también muestra la pobre auto-regulación emocional como clave en su trabajo sobre la disfunción cerebral mínima en adultos. Sin embargo, el concepto emocional se ha ignorado repetidamente, en opinión del Dr. Barkley, quizá porque se daba mayor importancia a la realización de estudios por observación de los trastornos mentales, por ser más fácil la medición de síntomas de inatención, impulsividad o

hiperactividad que la medición de la desregulación emocional. Se considera más difícil su medida así como el desarrollo de instrumentos válidos. Por ello, ha venido siendo constantemente ignorada hasta incluso en el DSM-IV, quedando como concepto completamente relegado a un segundo lugar. Sin embargo, como se ha mostrado en toda la literatura revisada, la capacidad de percibir, conocer y controlar las emociones propias se mostraría como habilidad fundamental para la persona para el logro de una vida satisfactoria. No ser capaces de percibir, gestionar, regular emociones imposibilitaría o tornaría, según los estudios realizados, muy complicada la toma de decisiones.

Aunque una gran parte de la investigación en IIEE ha sido llevada a cabo con muestras de estudiantes universitarios, que podrían ser considerados más cercanos a la adultez que a la adolescencia, cada vez han ido aflorando más trabajos empíricos en población infantil o adolescente, aunque ha sido en muestras que no presentan trastornos (280, 309, 314, 315). El conocimiento de la influencia de las habilidades emocionales en etapas tempranas del desarrollo sería de vital importancia, teniendo en cuenta que podría permitir el análisis de la forma en que estas habilidades evolucionan e influyen a lo largo del ciclo vital, y de otra parte ayudaría a corroborar la implicación de la IIEE en el ajuste psicológico y social. El entrenamiento de estas habilidades podría suponer una línea de prevención e intervención en el tratamiento de problemas emocionales y/o sociales (316).

El infante con muy pocos meses de vida desarrolla la capacidad de reconocer, discriminar y categorizar expresiones faciales básicas. Gradualmente se va desarrollando esta capacidad hasta alcanzar la madurez adulta (317). El cerebro humano podría generar nuevas conexiones neuronales y mejorar la densidad sináptica a lo largo de la vida (318), de ahí la necesidad de proporcionar un entorno

rico en estímulos para la persona en desarrollo, con interacciones positivas y significativa con otros. La investigación sugiere que el aumento de la conectividad entre la amígdala, núcleo importante en la regulación de la conducta emocional, y la corteza, que controla patrones cognitivos, podría restaurar gran parte de la armonía y el equilibrio entre la razón y la emoción (319). Imágenes cerebrales han permitido observar cómo la experiencia vital afecta al flujo y función de la información inter-cerebral, demostrando que aquella tiene una importante influencia en el desarrollo del cerebro. El vínculo de apego temprano también jugaría un papel fundamental, estableciendo las bases para las relaciones del niño con los demás, la seguridad en la exploración del mundo, la tolerancia al estrés y a la frustración, y la capacidad de equilibrar las emociones, dando sentido al mundo interno y externo (320). Por ello, es fundamental que la investigación continúe desarrollándose en este sentido.

En la poca investigación al respecto en población con TDAH, se sugiere que se presentan importantes dificultades para el reconocimiento y comprensión de la información afectiva. Los primeros datos al respecto se empiezan a recoger a partir de los años 90. En un estudio en el que se compara el rendimiento de niños con TDAH y niños control, con relación a las habilidades para la identificación de diferentes estímulos emocionales, los resultados, sin tener en cuenta el efecto edad, no devuelven resultados significativos. Sin embargo, controlando esta variable se obtiene que los niños TDAH más pequeños (entre 6 y 8 años) serían menos precisos en el reconocimiento emocional en caras que los niños control de la misma edad. La razón, según ellos, es el desarrollo tardío de las capacidades atencionales y no un posible déficit primario en el reconocimiento emocional (164). En otro estudio, a nivel descriptivo, en el que se evalúa la habilidad de 50 niños y adolescentes con TDAH para reconocer emociones básicas: miedo, tristeza, alegría, asco, sorpresa y

enfado, los resultados indican que los sujetos con TDAH reconocerían correctamente un 74% de las expresiones faciales, mientras que el grupo control llegaría al 89%. Las emociones peor reconocidas por los sujetos con TDAH son el miedo y el enfado, y la mejor identificada es la alegría. De nuevo, el planteamiento de los investigadores se dirige a determinar si es únicamente la sintomatología de la inatención la que se relaciona o no con estas dificultades (165). Otras investigaciones confirman la deficiencia en el reconocimiento emocional en población con TDAH (166-168), aunque la atribución causal se sigue enfocando en la inatención o impulsividad, o en la deficiencia cognitiva. En estudio realizado en población adulta, se ha encontrado que los sujetos TDAH tienen un rendimiento similar al grupo control en las tareas sin contenido emocional, mientras difieren significativamente en cuanto a tareas afectivas. Se emplearon tareas que requerían las mismas habilidades cognitivas que para la realización de tareas de reconocimiento emocional, y esto permitió descartar que los problemas de reconocimiento emocional mostrados por los sujetos no se relacionaban con el procesamiento visuoperceptivo o aspectos atencionales, ni que estuvieran causadas por la impulsividad ya que el grupo TDAH utilizó más tiempo que el grupo control en la identificación de emociones (153). Estudios posteriores, en los que también se utilizan pruebas de control sin contenido emocional, se observa que los sujetos con TDAH presentan dificultades en el procesamiento de la información afectiva no debiéndose únicamente a las limitaciones cognitivas generales, sino a la discapacidad primaria en el reconocimiento y en la comprensión de las expresiones faciales emocionales (169). También se comprueba cómo las dificultades presentadas por sujetos con altas puntuaciones en la escala abreviada Conners para profesores (171) no se deben a la impulsividad ya que tardan más tiempo en contestar que los sujetos controles, relacionándose la dificultad en el

reconocimiento de los estímulos afectivos en mayor medida con los problemas de comportamiento y escaso desarrollo de las habilidades sociales (170).

En cuanto a las habilidades referidas a la regulación y expresión emocional, a pesar de no ser síntoma diagnóstico, diferentes propuestas teóricas expresan las dificultades de las personas con TDAH. El grupo de investigación de Wender y Reimherr (321-324) observa que adultos con TDAH presentan, además de la tríada sintomática característica, distintos problemas afectivos: labilidad emocional, excesiva reactividad emocional, carácter irritable. Desarrollan la escala WRAADDS (Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale) para intentar medir esta dimensión, denominada “*desregulación emocional*” (325). Ésta estaría presente en adultos con TDAH en ausencia de otros trastornos afectivos, respondiendo al tratamiento farmacológico de la misma forma que la hiperactividad, la impulsividad y la inatención.

Brown, que también realiza una descripción del TDAH como un trastorno de gran complejidad, indica que el deterioro se presentaría en diferentes dimensiones como activación, concentración, memoria, esfuerzo, acción pero incluiría la dimensión emocional, al igual que otros autores. Las personas con TDAH presentarían baja tolerancia a la frustración así como dificultad crónica en la regulación emocional, lo que les llevaría a presentar reacciones emocionales desproporcionadas, y estos problemas no necesariamente estarían ligados a la presencia de otros trastornos comórbidos. Por ello, este autor también evalúa en sus escalas el funcionamiento de habilidades relacionadas con el control de las emociones (326).

En las investigaciones más recientes ya se proponen teorías multicausales del TDAH, incluyendo no solo disfuncionalidad en el proceso ejecutivo, sino también un

papel relevante de los distintos procesos motivacionales y emocionales. Todas tienen una fuerte base neurobiológica, y se establecen modelos en los que se relaciona esta base con la disfuncionalidad: el circuito frontoestriado y el frontocerebelar estarían involucrados en el proceso de control cognitivo, y el circuito frontolímbico en los procesos de regulación afectiva (174). Otros modelos indican que la sintomatología desatencional estaría relacionada con anomalías en el control cognitivo (disfunción en la CPT dorsolateral, la corteza cingulada anterior dorsal y las regiones anteriores del estriado) y los síntomas de hiperactividad/impulsividad se vincularían a anomalías en los procesos motivacionales y emocionales (disfunción de la CPT medial y orbital y de las regiones ventrales del estriado). Por tanto, diferentes investigaciones ya muestran el TDAH como resultado de anomalías en los circuitos neurales subyacentes que afectan, no solo a los procesos de control cognitivo, sino a los procesos afectivos, y que estos problemas estarían, no solo en presencia de patologías comórbidas, sino también en su ausencia.

Según la investigación, personas con TDAH presentarían más dificultades de autorregulación conductual y emocional que los que no presentan el trastorno. A menudo, tendrían un nivel más bajo de autoestima y de autoconciencia emocional, con mayor tendencia a la agresividad y no a la asertividad. Niveles más bajos de empatía hacia los demás, dificultades para identificar al grupo social y ser capaz de cooperar dentro de él no logrando establecer relaciones interpersonales satisfactorias. Serían frecuentes importantes dificultades en el nivel del pensamiento social, al no ser capaz, por ejemplo, de ajustar su conducta en la interacción con sus iguales, experimentando dificultades para establecer nuevas amistades, así como el mantenimiento de las relaciones existentes y teniendo serios problemas en la resolución de conflictos. El umbral de tolerancia a la frustración se reduciría.

Presentarían dificultad en la evaluación de sentimientos de forma objetiva, lo que les causaría graves problemas de adaptación a los diferentes eventos vitales y a nuevas situaciones, así como en la resolución efectiva de situaciones o conflictos de carácter inter e intrapersonal. Existiría una tendencia en ellos a no sentirse contentos consigo mismos, con los demás o con la vida en general, y podrían tener una visión extrema de la vida, ya sea de forma positiva o negativa. Los diferentes estudios señalan todas estas problemáticas y también que el nivel de gravedad de esta disfuncionalidad puede ser muy variada (281). Se ha puesto de manifiesto que informan de un elevado nivel de sufrimiento debido a estas dificultades. Desde una corta edad, personas con TDAH estarían expuestas a repetidos fracasos, malos entendidos, rechazo, y otros contratiempos emocionales que erosionarían lentamente su autoestima y su autoconfianza (327). Suelen desarrollar una emocionalidad negativa con el paso del tiempo, con el consiguiente impacto en su reactividad al estrés y su labilidad emocional (328). Sentimientos de inseguridad y estrés, con una pobre capacidad para equilibrar sus emociones y dar sentido al mundo que le rodea. Todo esto suele provocar la aparición de ansiedad, depresión, mal humor, irritabilidad, impotencia, culpabilidad, etc. afectando a su bienestar psicológico (329). El uso de la comunicación, función esencial del lenguaje social, suele presentar disfuncionalidad en personas con TDAH. No siempre tienen la capacidad de comprensión de su comportamiento desde el punto de vista de otra persona. Aunque la mayoría de las personas suelen ser capaces de aprender de forma natural la empatía, en sujetos con TDAH podría no ocurrir. A menudo harían interpretaciones erróneas del lenguaje corporal y expresión facial y, al contar un pobre autocontrol motor ya sea a nivel de comportamiento o verbal, podrían llegar a exasperar al otro o a no darse cuenta de

estar molestando (330, 331). Por tanto, personas con TDAH mostrarían importantes dificultades en el contexto social.

La influencia de la IIEE en el nivel psicosocial se ha demostrado en diferentes investigaciones, incluido en población española. Entre los trabajos realizados, encontramos un estudio cuyo objetivo fue determinar la influencia que la percepción emocional (la rama más básica del modelo de IIEE de Mayer y Salovey) tenía sobre el funcionamiento psicosocial (284). Obtuvieron una relación significativa con todas las variables de ajuste psicosocial analizadas. Los adolescentes que mostraron una mayor habilidad a la hora de percibir emociones en los demás informaron de un mayor nivel de confianza en sí mismos, menor frecuencia de sentimientos de incapacidad y estrés social y mejores relaciones con sus padres e iguales. No encontraron correlación significativa entre el nivel de percepción emocional y ninguna de las variables de personalidad evaluadas. En este mismo estudio, la percepción emocional apareció como un predictor positivo del nivel de confianza, relaciones interpersonales y relación con los padres, y un predictor negativo del nivel de estrés social y de la aparición de sentimientos de incapacidad en los adolescentes (316). En otra investigación, también en población adolescente española, se examinó la viabilidad del constructo no como factor explicativo del rendimiento de estudiantes de 3º y 4º de la ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria), sino como efecto mediador. Los resultados indicaron que altos niveles de IIEE influirían en un mejor bienestar psicológico y emocional en los adolescentes, presentando menor sintomatología ansiosa y depresiva y menor tendencia a pensamientos intrusivos (332), y ello podría conllevar un mejor rendimiento académico. Por los resultados en ambos estudios, en línea con lo encontrado en otras investigaciones del contexto anglosajón, se pone de relieve, el efecto protector de la IIEE sobre la salud mental de

los estudiantes y cómo puede correlacionar con el rendimiento final. Aunque estos estudios no se han realizado en población con TDAH, son una muestra de que la IIEE puede ser un factor asociado o influyente a nivel psicológico.

Así, la investigación sugiere que personas con factores de vulnerabilidad, como es el TDAH, podrían ser más susceptibles para presentar una eficiencia emocional más baja, con un repertorio de disposiciones conductuales y percepciones relacionadas con la forma en que reconocen, procesan y utilizan la información cargada de emociones (207). Las puntuaciones bajas en IIEE podrían correlacionar positivamente con percepciones incorrectas y negativas de estímulos, pudiendo derivar en la acción de una conducta impulsiva o que no se corresponde con el estímulo, así como con la posible activación de estrategias de evitación basadas en pensamientos rumiativos, poco orientados a la objetividad (333-335), y menos orientados a la emoción (336). En base a esto, si personas con niveles bajos en IIEE presentan mayores dificultades en el manejo de estrategias compensatorias, podría influir de forma negativa en la resolución de conflictos (333), y supondría una mayor aparición de conductas inadecuadas (337). Por, estas conductas que como hemos comentado, suelen ser un repertorio habitual en personas con TDAH, es fundamental el desarrollo de investigaciones en esta población por el ya mencionado potencial de la variable IIEE en el bienestar y mejor desempeño vital.

Por todo ello, el desarrollo de la IIEE podría ser un factor importante para el sujeto con TDAH, con el objetivo de que aprendan a expresar sus sentimientos con precisión y desarrollen una mayor capacidad en la utilización de un buen lenguaje social, que puedan aprender a interactuar con los demás de manera efectiva, para poder empatizar y desarrollar respuestas apropiadas en sus interacciones. Teniendo en cuenta las dificultades con que suelen contar para aprenderlo de forma natural, se

tornan, en nuestra opinión, necesarios la enseñanza y entrenamiento en el lenguaje emocional y social adecuado. La sintomatología TDAH (incapacidad para concentrarse, disfunción cognitiva, impulsividad y falta de atención, etc.) puede resultar más pronunciada si las necesidades emocionales no están bien atendidas. Pero de las diferentes investigaciones se muestra que si la persona con TDAH es capaz de aprender a ser más sociable y emocionalmente más competente, podría ayudar a mejorar la sintomatología de su trastorno y llegar a sentir mayor bienestar, presentar un mejor ajuste vital y tener una mejor valoración de su QoL, pudiendo llegar a actuar la IIEE como factor moderador (207).

### **1.2.7. Diferencias de género en inteligencia emocional**

La investigación ha mostrado evidencias suficientes como para considerar importante hacer un análisis de esta variable en los estudios en IIEE, como es nuestro caso, y así poder considerar sus implicaciones.

En un reciente meta-análisis, se concluye que las puntuaciones son superiores en las mujeres en todas las dimensiones de la IIEE (338). Otros estudios muestran que una vez controlados los efectos de variables psicológicas como autoestima o ansiedad, las mujeres suelen presentar puntuaciones mayores en IIEE que los hombres, siendo aquellas más capaces de establecer y mantener relaciones interpersonales, con mayor cantidad de apoyo social, mayor satisfacción en las relaciones establecidas, más habilidades para la identificación de emociones y con comportamientos más adaptativos en su gestión emocional (314). En todos los estudios en los que se han investigado estas diferencias desde el modelo de habilidades, utilizando como instrumento de medida el MSCEIT, se ha podido

observar que las mujeres han obtenido puntuaciones más altas que los hombres, constatándose diferencias estadísticamente significativas (267, 339-341) .

Según las diversas investigaciones, se pueden observar diferencias estructurales y funcionales entre hombres y mujeres, por lo que la gestión emocional no sería la misma. En diversos estudios neuroanatómicos, se muestran diferencias en cómo hombres y mujeres procesan emociones, incluyendo la percepción, experiencia y expresión emocional (125). A nivel estructural, se han encontrado evidencias de que las áreas del cerebro dedicadas al procesamiento emocional serían más grandes en mujeres que en hombres, y también que la actividad cerebral sería diferente entre ambos (342). A nivel funcional, se afirma también que las mujeres suelen ser emocionalmente más expresivas, con mayor capacidad para la comprensión emocional, más habilidades para reconocer mejor las emociones ajenas, serían más perceptivas y empáticas (343). En cuanto al contexto de socialización y educación, se sugiere que las mujeres estarían más en contacto con los sentimientos, suelen ser educadas hacia la expresión emocional en mayor medida que los hombres, que serían más orientados hacia una menor verbalización y expresión de sus emociones, por lo que aquellas podrían desarrollar más y mejor sus competencias emocionales (344). Por tanto, las mujeres contarían con un mayor conocimiento de la experiencia emocional, descripciones más complejas y diferenciadas, mayor variedad de vocabulario emocional por lo que dispondrían de mayor eficacia en el conocimiento de las emociones así como en el acceso y uso del conocimiento emocional (340).

Aunque en el contexto actual, esto pueda estar cambiando por otras pautas educacionales y sociales, en nuestra opinión, aún queda camino por recorrer por lo que todavía es necesaria que la investigación profundice en las diferencias de género.

## 1.3. CALIDAD DE VIDA

### 1.3.1. Introducción al concepto de calidad de vida

El concepto de QoL, aunque se ha utilizado frecuentemente en las evaluaciones de salud así como en las medidas de bienestar personal, es un concepto para el que no existe una definición única ni tampoco una clara diferenciación con respecto a conceptos similares. En lo que sí parece existir consenso entre los expertos es que es complejo y multidimensional. Una definición del año 1987 la describe como *“la adecuación de las circunstancias materiales y de los sentimientos de las personas respecto a dichas circunstancias”* (345). Otras más recientes incluyen aspectos socioeconómicos y culturales que son inherentes al sujeto y determinan la valoración de la QoL de éste (346). Pero la mayoría de los autores abogan por la necesidad de una mayor precisión, con el objetivo de determinar los parámetros que la definen y conocer el peso de influencia de cada uno de ellos (347).

El uso del concepto de QoL se remonta a la postguerra de la Segunda Guerra Mundial en Estados Unidos, y se extendió a partir de la década de los 60. Investigadores sociales recolectaron información y datos objetivos sobre aspectos socioeconómicos, tipo de vivienda, nivel educacional, etc. Sin embargo, estas investigaciones iniciales solo pudieron explicar el 15% de la varianza en QoL individual (348). En un principio, no se incluyeron datos subjetivos tales como la felicidad y la satisfacción vital, aunque un tiempo después algunos psicólogos demostraron que éstos sí que podían explicar hasta un 50% de la varianza (349). Tal como muestran revisiones del concepto de QoL sobre modelos existentes, se

evidencia cómo en la definición del concepto se presentan diversos problemas que se relacionan con la inclusión de dimensiones, mediciones y factores que pueden influir en su conceptualización (350).

Entre las diferentes definiciones existentes, hemos encontramos: *“Definición de la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, siendo la calidad de vida individual el resultado de QOL: NEx (H+S). NE sería la dotación natural del sujeto, H la contribución del hogar y familia al sujeto, S la contribución de la sociedad. No obstante, en esta aproximación el sujeto no evalúa por sí mismo, y el resultado nunca podrá ser cero”* (351); *“Satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural”* (352); *“Medición de la diferencia, en un momento dado, entre la esperanza y las expectativas del sujeto con su experiencia individual presente”* (353); *“Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción en áreas que son importantes para él o ella”* (354); *“Ecuación que balancea la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar”* (355); *“Evaluación multidimensional, haciendo referencia a criterios intrapersonales, socio-normativos, y sistema personal y ambiental del sujeto”* (356); *“Evaluación multidimensional del contexto individual de la vida del sujeto, en el contexto cultural y de valores al que pertenece”* (349); *“Diferencia entre las expectativas individuales y la realidad. Cuanto menos intervalo exista mayor QoL”* (357). En el conjunto de definiciones, se resalta la concepción global, amplia y multidimensional del concepto de QoL.

Diversos autores se refieren a los procesos de QoL objetiva y subjetiva, siendo ésta última considerada como bienestar subjetivo o psicológico. Esta denominación se debe a que la valoración de la QoL proviene de la interpretación que el ser humano realiza de su estilo de vida y sus condiciones vitales, estando

ambos condicionados por el contexto sociocultural de la sociedad en la que está inmerso (358-362). Entre las medidas de la QoL subjetiva se encontraría la sensación de bienestar general (363), o en la satisfacción en la vida, la felicidad, el balance de los afectos y la evaluación de las emociones (358, 364).

Una buena valoración de la QoL parece ir más allá de las condiciones de salud a nivel físico de la persona en sí misma y por sí sola, incluyendo conceptos como componentes materiales y físicos, bienestar a nivel social, emocional, espiritual (365), así como también la percepción propia de la persona la medida en que siente satisfacción con su vida (366). La QoL se relacionaría con el conjunto de características que tienen que ver con la salud total, a nivel físico y psicológico (367).

La OMS (Organización Mundial de la Salud), plantea una definición en la que, además de tener en cuenta diferentes dimensiones de la vida, contempla el contexto sociocultural de la persona. Para esta organización, el concepto se define como *“Calidad de vida se debe considerar en el contexto del desarrollo local y de las necesidades humanas. Es una evaluación subjetiva de la situación de una persona o grupo de personas y está afectado por un rango de factores, que son aquellos que determinan la salud y la felicidad (incluyendo la comodidad en el ambiente físico y una ocupación satisfactoria), la educación, el cumplimiento social e intelectual, la libertad de acción, justicia y libertad en opresión. Este concepto es la medida compuesta por el bienestar físico, mental y social percibido por cada individuo o grupo de individuos.”* (368). Es un concepto que, según este organismo, se refiere a la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el sistema de valores y contexto cultural en el que está inmerso, y en relación con sus expectativas, inquietudes, normas, objetivos y metas. Los determinantes en el

proceso de valoración de la QoL podrían ser factores, por tanto, externos e internos. Factores que afectarían a la QoL de una persona serían la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y la interrelación de la persona con el entorno (348, 363, 369-374).

Muchos y diferentes aspectos como la satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, auto-reporte en salud, estado físico y mental, felicidad, estado funcional y valores vitales son utilizados en la designación de la QoL, aunque parece que no se logra llegar a un consenso, produciendo mucha confusión. Según diferentes autores, esta dispersión y diversidad en el concepto podría deberse a su naturaleza diversa y a su concepción multidisciplinar (370). Se evidencia, así, la necesidad de un mayor desarrollo de la investigación en la conceptualización de la QoL.

### **1.3.2. Calidad de vida en el adulto con TDAH**

Diferentes estudios han demostrado que presentar TDAH conlleva un impacto negativo significativo en una gran variedad de dimensiones de funcionamiento diario. El TDAH supondría una afectación diferente en cada periodo de su ciclo vital: en la etapa preescolar se presentaría alteración de conducta; en la etapa escolar, problemas de relación, caída de la autoestima así como continuación de los problemas de conducta; en la etapa de la adolescencia y juventud, comenzarían a surgir problemas de agresividad, consumo de sustancias, dificultad para el inicio de la vida laboral, etc.; y, ya en la edad adulta, problemas de autoestima, abuso de sustancias, mayor incidencia de accidentes, problemas e inestabilidad a nivel laboral, problemas diversos en las relaciones interpersonales, etc. Todo ello tiene como consecuencia una peor valoración de su QoL. Sin embargo, su evaluación como criterio de valoración en los diferentes ensayos clínicos es relativamente nueva. Se

han realizado un número limitado de estudios que investiguen los efectos específicos del TDAH en la QoL, ya sean niños, adolescentes o adultos. En opinión del Dr. Barkley, la sintomatología y el deterioro o disfuncionalidad son dimensiones diferentes, y como tal deberían ser considerados durante el proceso diagnóstico; sin embargo, estos términos se suelen confundir con facilidad. Los síntomas del TDAH serían la expresión de comportamiento asociado al trastorno, y el deterioro o disfuncionalidad sería la consecuencia para el individuo como resultado de estas conductas. Incluso en las últimas versiones del DSM (DSM-IV-TR y DSM-5), algunos síntomas podrían superponerse con deterioro o disfuncionalidad. Por ejemplo, la evitación o retraso en la realización de tareas que suponen un esfuerzo mental sostenido (síntoma) podría ser considerado como una consecuencia o como la disfuncionalidad que supone el síntoma de la inatención (375). Por tanto, cada vez parece estar más claro que no solo la sintomatología TDAH sino que también la disfuncionalidad debe ser considerada tanto en el momento diagnóstico como en el establecimiento de una intervención terapéutica, así como en la evaluación de su progreso. Es por ello que surge la necesidad del desarrollo de un modelo empírico válido para el concepto de QoL en la persona con TDAH.

La literatura científica más reciente refleja un creciente reconocimiento del rol de la QoL y de la disfuncionalidad como factores importantes del tratamiento del paciente con TDAH. Sin embargo, la gran mayoría de los estudios, que han examinado la eficacia de diferentes medicamentos, han utilizado escalas que incluyen síntomas del DSM como medidas de resultado. Son medidas sensibles a los efectos farmacológicos, con correlaciones positivas en relación con puntuaciones a nivel clínico de deterioro funcional. No obstante, presentan una serie de limitaciones. Los pacientes no suelen realizar sus demandas en base a la sintomatología, sino en

base a la disfuncionalidad que les produce en su funcionamiento diario y, por ende, en su QoL. La consideración de un contexto más amplio en la evaluación podría suponer para estos pacientes el beneficio de un tratamiento más eficaz que pueda incidir también en estos aspectos. Adicionalmente, el retraso en el tratamiento adecuado podría suponer el consiguiente deterioro en las áreas de relaciones a nivel interpersonal, familiar y social así como académico/laboral del paciente. Un estudio realizado en Norte América en los 90', con una muestra de casi 576 niños con TDAH, en el que se comparaba la efectividad de diferentes tratamientos (farmacológico, psicoterapéutico o combinación de ambos), demostró que el tratamiento combinado suponía una mejor resultado post-tratamiento que los demás por sí solos, pero no suponía un incremento clínicamente tan significativo como lo esperado (376, 377). Sin embargo, en un análisis alternativo que incluyó otro rango de variables y medidas más allá de la sintomatología principal del TDAH, el tratamiento combinado fue claramente superior a los otros tratamientos, incluido el farmacológico (377).

En los últimos años, una serie de estudios han puesto de relieve que pacientes con TDAH experimentarían un nivel de QoL comparable a otras enfermedades crónicas. En un estudio realizado, con una muestra de niños con diagnóstico reciente de TDAH, los padres calificaron la QoL de sus hijos como peor que el promedio de los controles sanos o los niños con diagnóstico de asma (378). En otra investigación, también con una muestra de niños, en la que se usó un autoinforme, se informó que su QoL era disruptiva en un grado comparable al experimentado por niños con cáncer o parálisis cerebral (379). En el caso de la existencia de patologías comórbidas al TDAH, el empeoramiento en la QoL de niños y adolescentes sería mayor que los que presentan otros trastornos (380). En cuanto a los adultos, parece

haber un claro consenso de que presentan una valoración de su QoL más baja que los sujetos controles (381), por lo que se han desarrollado también instrumentos para medirla en esta población (382). En un estudio, se obtuvieron unos resultados que indicaron que la población adulta con TDAH mostraba una mayor presencia de patología psiquiátrica y, por tanto, una peor condición de salud mental, siendo éste uno de los componentes principales de la QoL. Los trastornos comórbidos serían uno de los determinantes de una mejor o peor valoración. Según los estudios realizados, adultos con TDAH mostrarían una sensación de peor bienestar psicológico, aunque no quedó explicado lo que lleva a estos adultos a sentirse de esta manera (383). En otro estudio, los autores hallaron que los síntomas del TDAH así como los problemas asociados se relacionaron significativamente a un peor nivel de satisfacción vital. Se encontraron como predictores de peor QoL en la muestra, aunque diferentes entre hombres y mujeres. Según la investigación, el pobre funcionamiento social en los hombres es factor predictivo de una menor QoL, y en las mujeres sería un pobre control emocional (384). En investigación similar, se confirmó que existe una diferencia conceptual en lo que es un factor predictivo de QoL en hombres o en mujeres. En sus resultados, se mostró cómo el principal factor de predicción para los hombres sería el nivel de productividad (medido por los ingresos mensuales) mientras que para las mujeres sería el nivel de los síntomas de déficit de atención. Esto pone de relieve que existen diferencias de género en cuanto a la significación de una buena QoL entre hombres y mujeres (385).

En estudio longitudinal realizado en el sureste de Wisconsin (Milwaukee) (34), en el que se comparó una muestra de sujetos con y sin TDAH, se mostró un peor rendimiento vital en el grupo de afectados por el trastorno. Los datos indicaron un desempeño educativo significativamente más bajo, no llegando a completar sus

estudios de secundaria un 32% del grupo con TDAH. El nivel de despidos laborales también había sido mayor. A nivel social se mostraron más problemas para el mantenimiento de la red de amigos. La paternidad a una edad más temprana era superior en el grupo con TDAH que en el grupo sin TDAH, un 38% frente al 4%. Se comprobó que un 16% de los sujetos con TDAH frente a un 4% de los sujetos sin TDAH habían sido tratados por enfermedades de transmisión sexual. En sus resultados, concluyeron que la gravedad del trastorno de conducta fue factor predictivo de los peores rendimientos, como el no acabar los estudios así como el inicio precoz de las relaciones sexuales y la paternidad. El TDAH y el trastorno de conducta desafiante fueron observados como factores predictivos de un peor rendimiento laboral y mayor riesgo de ser despedidos. Estos datos son similares a los encontrados en la investigación, identificando diferentes ámbitos como áreas muy problemáticas (47).

En un meta-análisis realizado en 2013, se ha encontrado que en las publicaciones comprendidas entre los años 2008 y 2012, un número elevado de investigaciones muestran que los pacientes con TDAH presentan una valoración de su QoL más baja que los pacientes sin trastorno, incluso más que en pacientes que presentan otros trastornos mentales. Los autores resaltan la necesidad de investigaciones sobre el efecto del TDAH en la QoL en función de la edad y del género, dada la escasez de estudios en estas líneas (386). En otro estudio reciente, en 2014, en el que se comparó la QoL de una muestra de 74 sujetos adultos (46 con TDAH y 28 controles), se ha obtenido que la QoL es significativamente peor en el grupo TDAH que en el grupo control, siendo la gravedad de los síntomas la que correlaciona negativamente con QoL (387). La presencia de otras patologías psiquiátricas junto al TDAH sería, según diferentes estudios, uno de los factores de

predicción más importantes de los niveles de disfuncionalidad, representando un componente adicional negativo para una buena QoL. Pacientes con menor gravedad en la sintomatología y menor presencia de comorbilidad, o que han recibido tratamiento reportarían menor disfuncionalidad y una mejor valoración de su QoL (388).



## 2. **J**USTIFICACION

El TDAH ha sido motivo de una profusa investigación y divulgación. Ha generado numerosos estudios y una importante producción bibliográfica en muy diversos aspectos. La actual y más que demostrada evidencia de que el trastorno no es un problema exclusivo de la infancia y adolescencia sino que suele persistir en el adulto en un porcentaje elevado apoya el creciente número de investigaciones, así como la necesidad de las mismas. Ha quedado aceptado y demostrado que se trata de un trastorno de curso crónico y con una expresividad muy variada, en función de factores individuales intrínsecos, factores ambientales y del momento del ciclo vital. Dadas las evidencias clínicas de que con la maduración de la persona los déficits y disfuncionalidades no desaparecen en todos los casos sino que se presenta una tendencia a persistir, el interés en la investigación del TDAH en población adulta ha aumentado considerablemente. Según un informe del US National Comorbidity Survey Replication, la prevalencia del TDAH en adultos sería del 4,4%, aún utilizando criterios conservadores (72). Se producirían determinadas modificaciones en la expresión clínica por lo que la disfuncionalidad persistiría, manifestándose en un peor ajuste a nivel interpersonal, familiar, laboral, etc. Diferentes estudios econométricos han demostrado los elevados costes sanitarios (tratamientos ambulatorios y/o de hospitalización, prescripción de medicación y costes laborales por bajas) que se están presentando, debido a diagnósticos incorrectos (389). Por diferentes motivos, aún existe un gran porcentaje de pacientes adultos con TDAH que no son detectados (10) y que permanecen ajenos a los potenciales beneficios de

un tratamiento específico que podría paliar la disfuncionalidad causada por el trastorno (390). Teniendo en cuenta el nivel de disfuncionalidad vital y la frecuente tendencia al desarrollo de trastornos comórbidos está considerado como uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes entre la población infantil, adolescente y adulta. La investigación sobre la etiología del TDAH pone de manifiesto que su origen en la infancia y adolescencia, así como su persistencia en la edad adulta implica factores de naturaleza biológica y psicosocial, pero, a día de hoy, aún se desconoce el origen exacto. No obstante, las evidencias de que se trata de un trastorno multifactorial y heterogéneo señalan la necesidad de una mejor comprensión del trastorno que tome en cuenta las influencias biológicas y que sea entendido desde un enfoque interactivo y psicosocial. El concepto original de daño cerebral ha evolucionado a través de todos los estudios neurobiológicos, fisiopatológicos, de neuroimagen y genética. Y, tomando como base el modelo bioecológico evolutivo, los factores psicosociales ya no se consideran como la principal causa del trastorno. La investigación sobre la disfuncionalidad familiar señala que estos factores tendrían un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología así como en la aparición de otros problemas asociados al TDAH. Influirían en la forma en que la actividad, la impulsividad y la desatención son comprendidas y manejadas por las personas significativas del sistema social del niño, desempeñando un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica (391).

El interés de la investigación se ha centrado especialmente en los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno; sin embargo, las personas con TDAH suelen presentar una tendencia a tener dificultades en la motivación y regulación emocional. Manifestarían problemas para motivarse a sí mismos, perseverar en las tareas, diferir

las gratificaciones, auto-regular sus estados emocionales y con ello sus conductas, desarrollar una mayor capacidad empática, etc. Esto implicaría un déficit en el funcionamiento de las habilidades relacionadas con la competencia emocional, como es el reconocimiento, regulación, expresión y gestión emocional. En el DSM-IV-TR, estas dificultades, incluidas las que se relacionan con el afecto, se consideran como “*características asociadas o secundarias*”, y estarían generadas por los síntomas diagnósticos del trastorno. Los estudios que tratan sobre el funcionamiento de las habilidades de competencia emocional son aún muy escasos en población con TDAH, especialmente en sujetos adultos (392). Las investigaciones, principalmente centradas en los aspectos cognitivos del trastorno, han defendido que el reconocimiento emocional no va a estar afectado en esta población al no estar involucrado, según algunos autores, ningún proceso ejecutivo (393). Entre otros, éstos serían los motivos principales por los que las alteraciones emocionales en el TDAH se han investigado en un número muy reducido de investigaciones. No obstante, la inatención o la impulsividad, podrían dificultar el reconocimiento de los estímulos emocionales, como por ejemplo el reconocimiento facial. Diferentes procesos de control ejecutivo estarían presentes en la modulación de los estados afectivos, siendo estos procesos en especial los que estarían relacionados con el control emocional y de los impulsos, y los que serían los responsables de los altos niveles de irritabilidad, frustración o agresividad en la población con TDAH (393, 394). Tal como señala el Dr. Barkley, existirían diferentes razones para considerar las emociones como parte del trastorno: evolución histórica, evidencias neuroanatómicas, modelos neuropsicológicos, evidencias en la psicología del TDAH, comorbilidad con otros trastornos, mejor comprensión del trastorno, etc. (395). Esta divergencia de opiniones en la comunidad científica supone una dificultad

importante en el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas, al no existir consenso sobre cómo trabajar en esta población el ámbito referido a las emociones.

De otra parte, en las investigaciones realizadas en las últimas décadas sobre los factores que influyen en que una persona sea más exitosa, ha comenzado a ser cuestionada la visión clásica de que el CI sea una garantía. Este tipo de inteligencia, por sí misma, no parece garantizar un mejor ajuste en lo referente al aspecto emocional, social y relacional. En la actualidad, las personas vivimos en un contexto socio-cultural de elevado nivel de demanda y desafío, que requiere el análisis continuo y resolución de conflictos, una adecuada regulación emocional propia, una buena comprensión de las emociones ajenas, etc. Según algunas investigaciones, al margen de las capacidades cognitivas, las emociones podrían influir de manera decisiva en una buena adaptación vital. Una gran mayoría de autores ya reconocen la influencia de los aspectos emocionales en el bienestar personal así como en una mejor valoración de la QoL, dejando así de relegar la emoción y los afectos a un segundo plano respecto a la cognición y la conducta (396). Las evidencias acumuladas hasta el momento indicarían que las habilidades emocionales tendrían un papel importante y fundamental en el auto-control emocional y en la capacidad adaptativa del individuo para afrontar situaciones estresantes. Un mayor auto-conocimiento de las emociones así como la correcta identificación de las ajenas, la auto-regulación de los estados afectivos, la gestión emocional positiva, serían beneficiosas para la mejora del bienestar psicológico y, por ende, para una mejor valoración de la QoL, al capacitar a la persona para su crecimiento personal, para el desarrollo de buenas relaciones sociales, y para la gestión de situaciones cotidianas altamente estresantes (397).

Por tanto, se comienza a considerar que, adicionalmente a la protección que puede suponer la inteligencia de tipo cognitivo para la persona, la IIEE también podría contribuir al éxito personal. Diversas investigaciones ya han demostrado que sujetos con altas puntuaciones en IIEE refieren una mayor satisfacción vital, mayor cantidad y calidad de sus relaciones sociales, clima familiar más positivo, un mejor rendimiento a nivel académico o laboral, menos conductas no adaptativas y menos riesgo de desarrollo de trastornos adictivos (398). Es un ámbito de investigación muy reciente en el que ya se muestran resultados sobre cómo la IIEE podría ser un factor predictor o estar asociado a una mejor adaptación vital de la persona (399), pero siguen existiendo problemas sin resolver, como cuál sería la relación de la IIEE con la adaptación exitosa o en qué modo influye en ésta. Es una dimensión que va quedando claro que debe tenerse en cuenta dentro del amplio abanico de variables que afectan o modulan el éxito personal, pero aún requiere de mayor investigación al respecto. Para la Psicología, siendo uno de los objetivos fundamentales la comprensión del comportamiento del ser humano, la dimensión emocional supone un elemento central a considerar.

En nuestra opinión, la investigación en IIEE se hace necesaria con el fin de poder incorporarla en el diseño de intervenciones terapéuticas. Para algunos autores, está demostrado que la IIEE es diferente de otras dimensiones como la personalidad, siendo dinámica y mejorable. El entrenamiento y desarrollo de mejores habilidades emocionales podría contribuir de forma positiva al bienestar personal y social de la persona. Sin embargo, a pesar de los beneficios que puedan estar siendo demostrados por la investigación, no podemos asumir que una intervención general vaya a obtener los mismos resultados en cualquier perfil poblacional. De ahí la importancia de la realización de estudios en muestras que presenten determinadas características, como

es el caso de nuestra tesis en sujetos con TDAH, y que puedan confirmar lo encontrado en los estudios realizados hasta ahora en IIEE en personas sin trastornos, así como aportar el conocimiento necesario para que la intervención a diseñar cuente con los parámetros adecuados para la población en cuestión.

Por último, a pesar de las diferentes conceptualizaciones sobre la QoL por la aún falta de consenso, de forma genérica se hace referencia a la valoración subjetiva que cada persona hace de su propia satisfacción vital. En el caso de adultos con TDAH, la investigación ha demostrado que suelen presentar mayores dificultades para la gestión de su cotidianidad, haciéndoles difícil el funcionamiento diario. A esto se une una mayor predisposición al desarrollo de diferentes patologías psiquiátricas (400). La consecuencia de todo esto suele darse en forma de frecuentes cambios de trabajo, ocupación laboral de nivel inferior, menor status socioeconómico (401), aumento en el número de separaciones de pareja o divorcios, así como el desarrollo de patología mental, en ocasiones grave, e inadaptación a nivel social (402). Como resultado, los adultos con TDAH pueden presentar niveles más bajos de satisfacción con la vida, es decir, una valoración inferior de su QoL frente a otros que no presentan el trastorno (403). La comprensión y evaluación del impacto negativo del TDAH en la QoL de estas personas posibilitaría el desarrollo de tratamientos que promuevan la mejora de ésta. Y, teniendo en cuenta que la IIEE se ha relacionado con una mejor valoración de la QoL de la persona, es relevante la investigación en la relación de ambas variables.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica y el demostrado impacto negativo que supone el TDAH a lo largo de la vida, y asumiendo las limitaciones de nuestra investigación, el presente trabajo tiene como objetivo general la exploración del nivel de la IIEE en una población adulta con TDAH, una mejor comprensión de

los factores que están presentes en el nivel de IIEE en el momento del estudio, y el análisis de la posible relación de la IIEE en la valoración de su QoL, con el fin de aportar un mayor conocimiento, que pueda redundar en mejorar las intervenciones terapéuticas a aplicar a esta población.



# **T** RABAJO EMPÍRICO



### 3. **O**BJETIVOS E **H**IPOTESIS

Según la revisión de la literatura, se sugiere que existen diversas maneras de ser inteligente y que además el CI sería condición necesaria pero no suficiente para conseguir el éxito en las esferas laboral, familiar, emocional y social de la vida, así como para lograr un nivel aceptable de QoL. En base a esto, se evidencia la necesidad de ir más allá de la inteligencia analítica para identificar a personas inteligentes con pronóstico de resultados favorables en la vida. De otra parte, ha quedado evidenciado en numerosos estudios que la IIEE podría ser una variable asociada a un mejor desempeño en diferentes ámbitos de la vida de la persona, tales como un mejor rendimiento académico, laboral y personal.

Esta tesis doctoral parte de esta posición para llevar a cabo la investigación y plantear tanto los objetivos como las hipótesis, tomando como referencia el modelo de IIEE de Habilidades de Mayer y Salovey. Este modelo es el que cuenta con más apoyo empírico y con una base teórica más fundamentada, siendo concebido, según numerosos investigadores, como el único modelo original que puede contribuir con aportaciones interesantes al campo de la Psicología (404), y tratando de separarlo de otras concepciones más populares como las de Goleman.

### **3.1. Objetivos de investigación**

Los objetivos principales que se plantean en la presente investigación son:

1. Determinar el cociente de IIEE, tanto en la escala global como en cada una de las cuatro ramas del Modelo de Habilidades, en una muestra de población adulta con TDAH frente a un grupo de controles sanos.
2. Explorar las relaciones entre la IIEE y la valoración de la QoL en la muestra objeto de estudio.

Como objetivos secundarios, se han planteado:

1. Explorar los factores presentes en una menor puntuación de IIEE, tanto en la escala global como en cada una de las cuatro ramas del Modelo de Habilidades.
2. Analizar la existencia de diferencias en IIEE en la muestra en función del sexo.
3. Determinar el impacto de la gravedad sintomatológica presentada en la etapa infanto-juvenil y en la edad adulta, en la puntuación de IIEE actual de los grupos TDAH.
4. Explorar la relación entre la IIEE y el CI.

### **3.2. Hipótesis de investigación**

Basándonos en los objetivos anteriormente descritos, se plantean las siguientes hipótesis de investigación, que se evaluarán en cada uno de los grupos experimentales:

**H1:** Los sujetos con TDAH presentarán menor puntuación en la escala global de IIEE, así como en cada una de las cuatro ramas del modelo, medido con el MSCEIT, comparado con los sujetos del grupo control.

**H2:** Existirán diferencias en la puntuación de IIEE entre los hombres y las mujeres de todos los grupos, en la escala global así como en cada una de las cuatro ramas del modelo, medido con el MSCEIT.

**H3:** Existirá correlación positiva y estadísticamente significativa entre la IIEE y la QoL en los sujetos de la muestra.

**H4:** La gravedad de los síntomas presentes en la etapa infanto-juvenil, medida con la WURS tendrá un impacto negativo en la puntuación de la escala global de IIEE, comparado con el grupo de los controles sanos.

**H5:** La gravedad de los síntomas presentes en la edad adulta, medida con la CAARS tendrá un impacto negativo en la puntuación de la escala global de IIEE, comparado con el grupo de los controles sanos.

**H6:** La IIEE presentará una baja relación con el CI.



## 4. MATERIAL Y METODO

### 4.1. Diseño del estudio

Atendiendo a la literatura revisada y en función de los objetivos planteados en nuestra investigación, se planteó un diseño de investigación explicativo y descriptivo, y se buscó encontrar relaciones significativas entre las variables objeto de estudio. Se trató de un diseño cuasi-experimental o pseudo-experimental, transversal, descriptivo y correlacional. De una parte, este diseño pretendió medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes, y de otra, determinar el grado de relación existente entre dos o más variables en una misma muestra de sujetos (405). No hubo manipulación de variables, la información se recolectó en un momento único pasando a los sujetos diferentes test, cuestionarios o encuestas, compuestas por una serie de ítems que cumplieran determinados requisitos psicométricos, en cuanto a fiabilidad y validez.

### 4.2. Análisis estadístico

Partiendo de los objetivos principales de determinar la puntuación de IIEE en una muestra de adultos con TDAH, así como explorar la relación entre la IIEE y la valoración de la QoL que hace cada sujeto, se trabajó tomando como base teórica el modelo de Habilidades de las cuatro ramas de Mayer, Salovey y Caruso.

Para dar respuesta a estos objetivos principales así como a los secundarios, y a las correspondientes hipótesis, desde el punto de vista estadístico, se realizaron los análisis descriptivos e inferenciales pertinentes.

Las variables empleadas en nuestra investigación, en su mayor parte, fueron cuantitativas, por lo que se describieron como medias aritméticas (*Media*) y desviaciones estándar (*DS*), o como medianas (*Md*). Por su parte, las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias. Para estudiar la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas, al utilizar grupos con tamaños idénticos o muy próximos a la igualdad, aún presentando el estadístico ANOVA una importante robustez, se utilizó el test de Shapiro-Wilk. Los parámetros de la distribución no tienen por qué ser conocidos y está adecuado para muestras pequeñas ( $n < 50$ ). El análisis de varianza de una cola (ANOVA), siempre bajo condiciones de normalidad, fue utilizado para testar las hipótesis. En caso de variables continuas, que pudieran sesgar los resultados, se utilizó la covarianza (ANCOVA). Por tanto, el análisis estadístico de las diferencias de las variables cuantitativas se realizó mediante ANOVA o ANCOVA, siempre que se diera normalidad de las variables. En caso de no normalidad, se utilizó el test de Kruskal-Wallis (comparación de más de dos grupos) y la U de Mann-Whitney (comparación de dos grupos). Finalmente, para el estudio de las diferencias de las variables cualitativas se utilizó el test Chi-cuadrado de homogeneidad de proporciones y/o el test exacto de Fisher, estadístico que permite analizar si dos variables dicotómicas están asociadas cuando la muestra a estudiar es pequeña y no se cumplen las condiciones necesarias para la aplicación del primero.

Con el fin de estimar el tamaño de la muestra, se procedió a realizar un estudio exploratorio. Para ello, se tuvo en cuenta que se querían analizar cuatro

grupos, con un nivel de significación  $p$ -valor=0,05, con una potencia de al menos un 90% y mostrando una diferencia de medias en cada pareja de grupos de, máximo, una desviación típica. Realizados los análisis correspondientes, se obtuvo un tamaño muestral de 25 sujetos, como mínimo, para cada uno de los grupos. Esto permitiría poder utilizar el test de Bonferroni, como análisis post-hoc cuando aparecieran diferencias significativas, en prevención del efecto de propagación del error.

Uno de los objetivos principales de nuestro estudio era investigar la relación entre las variables de investigación, para lo que se realizó un análisis correlacional, utilizando el Coeficiente de Correlación de Pearson o Spearman, en función de las características de las variables.

Para realizar todos los análisis indicados se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 20) para Windows.

#### **4.3. Ámbito del estudio**

Teniendo en cuenta el factor de heredabilidad genética, consideramos que los progenitores de niños y adolescentes podrían presentar TDAH, por lo que entendiendo que las asociaciones y fundaciones de la Comunidad de Madrid, dedicadas a la ayuda y soporte a personas con el trastorno, serían un contexto idóneo para tener acceso a adultos con TDAH, comenzamos la búsqueda de sujetos en estas instituciones, tanto para los grupos experimentales como para el grupo control. Se realizó una búsqueda utilizando internet, siendo inicialmente contactadas telefónicamente para informarles del proyecto. Una vez localizadas las asociaciones que mostraron interés en participar, se procedió a una reunión presencial informativa con la Junta Directiva de cada una de ellas, ofreciéndoles amplio detalle sobre la investigación. Las asociaciones que aceptaron participar fueron AFANTDAH

(Asociación Familiar de Afectados con niños con TDAH de Fuenlabrada) y A.N.S.H.D.A. (Asociación de niños con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad). Aceptada la colaboración, les fue entregada una nota informativa para ser divulgada entre los asociados, de forma que éstos pudieran decidir el participar de forma totalmente voluntaria y sin ningún coste para ellos (Anexo 3). Otra parte de la muestra se localizó en dos centros clínicos privados –Centros clínicos del Dr. Quintero (Psikids Pozuelo y Psikids el Viso) y Vértices Psicólogos, sito en las Rozas de Madrid-, en los que pacientes, con sintomatología compatible con TDAH o habiendo sido ya diagnosticados del trastorno así como otros sin diagnóstico, accedieron a participar en la investigación. Se procedió a informar sobre el proyecto debidamente a estos pacientes, ofreciéndoles también la posibilidad de entrar a formar parte en él de forma totalmente voluntaria. Aunque las asociaciones y centros clínicos estaban centralizadas en Madrid, a ellas acudía población a nivel nacional, por lo que finalmente se contó con sujetos de diferentes procedencias de España.

#### **4.4. Participantes**

La muestra objeto de la investigación estuvo compuesta por población adulta, con o sin antecedentes de diagnóstico de TDAH (grupos TDAH), y con o sin presencia de otra patología psiquiátrica. Para comparar esta población, se constituyó un grupo de sujetos sin diagnóstico de TDAH y sin otra patología psiquiátrica (grupo control). Los sujetos fueron reclutados y evaluados entre Octubre de 2013 y Diciembre de 2014. De un total de 119 sujetos para los cuatro grupos (28 para el grupo control y 91 para los grupos TDAH), la muestra final total fue de 116 sujetos, correspondiendo 91 a los grupos TDAH y 25 al grupo control. Se excluyeron tres sujetos del grupo control durante el análisis de datos por cumplir criterios

diagnósticos del Eje I. Se consideraron cuatro grupos poblacionales, expresándose a continuación su denominación y descripción:

1. **Grupo control:** compuesto por sujetos sanos, sin presencia de TDAH y sin presencia de otra patología psiquiátrica. Este grupo contó con un total de 25 sujetos.
2. **Grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico:** compuesto por sujetos con TDAH, que no presentaban antecedentes de haber sido diagnosticados de este trastorno en la etapa infanto-juvenil. Este grupo no presentó ninguna otra patología psiquiátrica. Contó con un total de 31 sujetos.
3. **Grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico:** compuesto por sujetos con TDAH, que no presentaron antecedentes de haber sido diagnosticados del trastorno en la etapa infanto-juvenil. Este grupo presentó patología psiquiátrica en el Eje I, comórbida al TDAH. Contó con un total de 31 sujetos.
4. **Grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico:** compuesto por sujetos con TDAH, que presentaban antecedentes de haber sido diagnosticados de TDAH en la etapa infanto-juvenil. Estos sujetos presentaron patología psiquiátrica en el Eje I, comórbida al TDAH. Este grupo contó con 29 sujetos.

La presencia de diagnóstico de TDAH en los sujetos se confirmó en la evaluación, mediante la entrevista diagnóstica del TDAH en adultos (DIVA). Con respecto a la presencia de otras patologías psiquiátricas, se evaluó mediante la entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I).

Los sujetos que conformaron los grupos cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión. En las Tablas 7 y 8, se presenta la distribución de la muestra según su localización, en los diferentes centros, y a nivel geográfico.

Localización por Centro	Grupos TDAH		Grupo Control	
AFANTDAH	12	13,19%	6	24%
ANSHDA	12	13,19%	6	24%
Psikids Pozuelo	7	7,69%	3 (4)*	12%
Psikids El Viso	40	43,96%	6 (8)*	24%
Vértices Psicólogos	20	21,98%	4	16%
Totales por grupos	91		25	
<b>Muestra Total</b>	<b>116 sujetos</b>			

Tabla 7: Localización de la muestra de sujetos

(\*) De los 4 y 8 pacientes reclutados inicialmente en los centros Psikids, tres no fueron incluidos por cumplir criterios diagnósticos para trastornos del Eje I. La exclusión se realizó durante el proceso de análisis de los datos.

Localización geográfica	Grupos TDAH		Grupo Control	
Madrid	47	51,65%	14	56,00%
Guadalajara	13	14,29%	3	12,00%
Toledo	10	10,99%	1	4,00%
Ávila	6	6,59%	1	4,00%
Valencia	5	5,49%	0	0,00%
Barcelona	5	5,49%	3	12,00%
Salamanca	3	3,30%	2	8,00%
Córdoba	2	2,20%	1	4,00%
Totales por grupos	91		25	
<b>Muestra Total</b>	<b>116 sujetos</b>			

Tabla 8: Localización geográfica de la muestra

#### **4.5. Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión y exclusión, establecidos para los cuatro grupos, y con los que se seleccionaron a los sujetos para la muestra se indican a continuación:

##### Criterios de inclusión:

1. Adultos, hombres y mujeres, con una edad comprendida entre los 18 y los 65 años.
2. Sujeto nativo en el idioma español o con un dominio absoluto.
3. Ninguno de los sujetos participantes en el proyecto de investigación podía presentar vinculación profesional con el mismo.
4. Todos los sujetos debían presentar una visión normal o corregida.
5. Que dieran su consentimiento para participar en el estudio.

##### Criterios de exclusión:

1. Presentar un CI, medido con el WAIS-IV, inferior a 70.
2. Presencia actual de presencia de consumo de sustancias, a excepción del tabaco o cafeína.

#### **4.6. Procedimiento**

En un primer contacto telefónico (para los voluntarios de las asociaciones) y contacto presencial (para los voluntarios de las clínicas privadas), el psicólogo realizó un screening para confirmar la idoneidad, en base a los criterios de inclusión o exclusión, a través de unas breves preguntas al respecto. En caso de confirmarse esta idoneidad inicial, se procedía a concretar la fecha y hora de la primera sesión con el fin de comenzar las evaluaciones.

La evaluación de cada sujeto se planteó en dos sesiones presenciales, con una duración de 2 horas, aproximadamente, cada una.

En la primera sesión de evaluación, el psicólogo evaluador entregó el documento “*Consentimiento Informado*” (Anexo 1), en el que se declaraban informados y consentían con la firma del mismo. Este documento quedó en los archivos de la investigación. Todos los sujetos aceptaron firmar el consentimiento informado, no recibiendo ninguna negativa a la firma de este documento. Por tanto, no hubo necesidad de excluir ningún sujeto por este criterio. Asimismo, recibieron información sobre todos los detalles, por escrito en el documento “*Información al Paciente*” (Anexo 2), en el que se explicó la naturaleza y objetivos de la investigación. A continuación, se procedió a realizar la historia clínica, recogiendo los datos a través de una entrevista estructurada (Conjunto Básico de Datos\_CMBD. Anexo 5), consistente en un elenco de preguntas relativas a ésta, centrada fundamentalmente en la recogida de información sobre sintomatología actual y los datos sociodemográficos, actuales y retrospectivos. Se exploraron los antecedentes psiquiátricos personales y de familiares, respecto al TDAH así como otros problemas clínicos. Finalmente, se procedió con el inicio de las pruebas psicométricas y entrega de los auto-informes, con el fin de que el sujeto los cumplimentara para ser entregados en la siguiente entrevista. En la segunda sesión, se finalizó el proceso de las pruebas psicométricas y se recogieron los protocolos ya cumplimentados.

Los cuestionarios y escalas incluidos en la evaluación realizada a los sujetos de cada uno de los grupos TDAH y grupo control fueron los siguientes:

- a. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
- b. Cuestionarios para la evaluación de variables clínicas.
  - b.1 Escalas Clínicas

- Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)
- Cuestionario Factorial de Personalidad - 16 PF5
- State Trait Anxiety Inventory STAI (A-R)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)

#### b.2 Escalas de evaluación del TDAH

- Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS\_V1.1)
- Escala Wender-Utah (WURS)
- Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos (Diagnostic Interview for ADHD in adults, DIVA). En la realización de esta entrevista, se contó con un familiar informante (padre, madre, hermano/a o pareja), que ayudó a la confirmación de la información aportada por el sujeto.
- CAARS, Escala de evaluación de Conners para adultos con TDAH (Conners Adult ADHD Rating Scale)

#### b. 3 Escalas de evaluación neuropsicológica

- Escala de inteligencia Weschler para adultos (WAIS-IV)
- Test de Palabras y Colores de STROOP
- SubTest del mapa del zoo (BADS)

#### b. 4 Escalas de valoración de la Inteligencia Emocional

- MSCEIT V-2.0 (Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso)

#### b. 5 Escalas de valoración de calidad de vida

- AAQoL (Escala de Calidad de Vida para Adultos con TDAH)

La participación en este estudio no interfirió en ningún caso en el tratamiento que pudiera estar realizando el sujeto, ya que no hubo intervención de ningún tipo, estando todos los procedimientos utilizados dentro de la práctica clínica habitual.

#### **4.7. Aspectos éticos y legales**

Este proyecto contó con la aprobación y el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, de acuerdo a la legislación vigente (Anexo 4), con fecha de aprobación 7 de octubre de 2013. Con respecto al control del tratamiento recibido por los sujetos que se incluyeron en la muestra, el Comité de Ética señaló la no recogida de información sobre la variable “*Tratamiento*”, a menos que la investigación fuera considerada como ensayo clínico y, por tanto, contara con la aprobación de la Agencia Nacional del Medicamento. Teniendo en cuenta que estaba fuera del objetivo de nuestro estudio, se procedió en la forma solicitada y, por tanto, no se hizo ningún registro sobre tratamientos recibidos previamente o prescritos en la actualidad.

En relación a la clasificación del proyecto por la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) y acorde con la SAS/3470/2009, se realizó la correspondiente consulta con el CEIC, con el resultado de la autorización del proyecto. El proyecto fue planteado con un diseño transversal, es decir, no intervencionista y no registrando datos específicos relativos al tratamiento, por lo que según concluyó el comité no aplicaba su clasificación por la AEMPS. La ley mencionada incorpora en su ámbito de aplicación de las directrices aplicables “*a todos los estudios pos-autorización de tipo observacional que se realicen con medicamentos de uso humano*”. El punto fundamental es que, en este proyecto, no se han recogido datos específicos de tratamiento, únicamente si los sujetos de uno de los grupos de pacientes habían sido diagnosticados o no en la infancia. Según la

agencia, *“la AEMPS realizará una clasificación previa de todos los estudios clínicos o epidemiológicos no aleatorizados, que se realicen con seres humanos o con registros médicos y que tengan uno o varios medicamentos como exposición”*. Este punto no aplicaba a nuestra investigación. En todo caso, nuestro proyecto podría incluirse en los estudios de tipo observacional que no sean pos-autorización. Tal como queda recogido en la norma, *“se trata de aquellos estudios en los que el factor de exposición fundamental investigado no son medicamentos. En caso de que se recoja información sobre medicamentos, el protocolo tendrá que ser presentado a la AEMPS para su clasificación”*. No se han recogido datos sobre medicamentos. Finalmente, *“en cualquier caso, los estudios No-EPA no requieren autorización por parte de la AEMPS ni de los órganos competentes de las CC.AA. donde se vayan a realizar, pero sí es necesario presentarlo a un CEIC acreditado y obtener su dictamen favorable”*.

Todos los sujetos participaron de forma absolutamente voluntaria, prestando su consentimiento de forma escrita y habiendo sido informados de los objetivos de la investigación, las diversas pruebas que debían realizar, así como las sesiones que se consideraban necesarias para la correcta evaluación, tanto en duración como en el lugar de la realización. Esta información se entregó por escrito (Anexo 2). Todos los sujetos que se incluyeron en los grupos firmaron el consentimiento informado, que les fue entregado por escrito (Anexo 1). No existió negativa a la firma por parte de ninguno de los sujetos. En todo momento pudieron formular todas las preguntas que considerasen oportunas, garantizando la posibilidad de abandonar la investigación sin ningún tipo de explicación por su parte, y la no existencia de compromiso ni durante ni posteriormente al estudio. Se les informó que su participación era de carácter absolutamente confidencial y que los resultados serían completamente

anónimos, utilizándose únicamente con fines de investigación y cumpliendo en todo momento con la Ley de Protección de Datos vigente (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

## **4.8. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

### **4.8.1. Variables estudiadas**

Además de la descripción de las variables sociodemográficas, se determinó estudiar el nivel de IIEE de todos los sujetos, comparando los grupos TDAH con el grupo de los controles sanos, así como las características asociadas a un menor nivel de IIEE y a una peor valoración de QoL. Para ello, contamos con dos variables independientes esenciales en este estudio: la variable Grupo y la variable Género. Como variables dependientes incluimos: variables sociodemográficas (rendimientos escolares, laborales y personales), variables clínicas (WURS, CAARS), variables de CI, QoL e IIEE. En lo que respecta a los factores de personalidad, según la investigación y tal como se ha expuesto en la revisión de la literatura, se han encontrado relaciones moderadas entre la IIEE y la variable personalidad (406) y clásicamente han sido asociadas como factor predictor de bienestar (361). Por ello, dada la similitud funcional entre la variable personalidad y la IIEE, en cuanto a su poder de predicción de dimensiones relativas al bienestar, diferentes autores recomiendan su control (407). En nuestra investigación, a pesar de quedar fuera de los objetivos planteados, se decidió comprobar la relación entre ambas variables, mediante un análisis de correlación no paramétrico (coeficiente de correlación de Spearman). La variable Personalidad fue medida a través del Cuestionario 16-PF 5, bajo el Modelo Factorial de personalidad de Cattell.

#### **4.8.2. Instrumentos de medida**

Los instrumentos incluidos en la evaluación han sido relacionados en el apartado 4.6. “*Procedimiento*”. A continuación se hace una descripción detallada de aquellos que fueron utilizados para el análisis de las hipótesis planteadas.

##### **4.8.2.1. Variables sociodemográficas**

La información relativa a las variables sociodemográficas se obtuvo a través de los datos recogidos en la entrevista autoaplicada estructurada CMBD -conjunto mínimo básico de datos- (Anexo 5).

##### **4.8.2.2. Variables sintomatológicas**

La sintomatología fue valorada en las sesiones de evaluación y para ello se aplicaron los siguientes instrumentos:

#### **ENTREVISTA DIAGNOSTICA TDAH EN ADULTOS**

La Entrevista Diagnóstica del TDAH en adultos (*Diagnostic Interview for ADHD in adults*, DIVA) es una publicación de la Fundación DIVA, La Haya, y se basa en los criterios DSM-IV, siendo la primera entrevista estructurada para el TDAH en adultos. Ha sido desarrollada por J.J.S. Kooij y M.H. Francken y es la sucesora de la anterior Entrevista Semiestructurada sobre el TDAH en adultos (408). La DIVA pregunta de forma exclusiva sobre los síntomas nucleares necesarios, según el DSM-IV, para realizar el diagnóstico de TDAH, no preguntando sobre síntomas, síndromes o trastornos psiquiátricos concurrentes. Esta entrevista investiga los criterios del DSM en la infancia y la edad adulta, así como el deterioro en cinco áreas de funcionamiento en ambos periodos de la vida. Dado que los pacientes adultos con TDAH no siempre se reconocen en la formulación diagnóstica oficial

todos los criterios del DSM-IV, se acompañan de varios ejemplos que se pueden probar, con el objetivo de facilitar la comprensión de los criterios de la vida diaria, tanto en la infancia y la edad adulta. De la misma forma, se ejemplifica la posible disfuncionalidad en cinco áreas vitales: educación, trabajo, relaciones sociales, actividades sociales/tiempo de ocio, pareja/relaciones familiares y la autoestima. Adicionalmente, dada la alta comorbilidad existente en el TDAH, se hace necesario complementar la evaluación con otras escalas o preguntas relativas a posibles síntomas, síndromes o trastornos comórbidos, haciendo así entendible todo el conjunto de síntomas que presenta el individuo con TDAH. Y, con ello, poder realizar el correspondiente diagnóstico diferencial en la edad adulta que excluya otros trastornos psiquiátricos como principal causa de la sintomatología TDAH en el adulto.

### **ESCALA WENDER-UTAH (WURS)**

El diagnóstico del TDAH en adultos es complejo y requiere, de forma imperativa, la evaluación retrospectiva de los síntomas en la niñez. Diferentes investigaciones han mostrado que la Escala Wender-Utah (WURS) posee una alta precisión diagnóstica (409, 410). Se trata de un cuestionario ampliamente utilizado para la evaluación retrospectiva de pacientes adultos. Es autoaplicable y consta de 61 ítems. Para poder llevar a cabo su aplicación en población española, se realizó una traducción y adaptación de la WURS, desde su idioma original siguiendo recomendaciones específicas para ello, reuniones de los autores del trabajo, con neurólogos y psiquiatras infantiles. Todo ello con el fin de obtener un máximo nivel de comprensión y representatividad de los ítems (411). Los 42 primeros recogen información sobre estados de ánimo, conductas, problemas de relación con la

familia, con figuras de autoridad y con compañeros. Los 7 siguientes se refieren a problemas médicos y los 12 últimos versan sobre problemas escolares y académicos. Del cuestionario, 25 ítems han sido seleccionados por su capacidad para la discriminación de estos pacientes adultos, que presentan antecedentes de TDAH en la infancia con respecto a poblaciones control y pacientes con trastorno afectivo. El coeficiente alfa Cronbach para esta sub-escala es del 0,94 para los 25 ítems. El punto de corte de 32 maximiza la sensibilidad y la especificidad, siendo respectivamente de 91.5 y 90.8%. Teniendo en cuenta que la WURS puede presentar tendencia a generar falsos positivos se recomienda la utilización del punto de corte de 37 (412).

#### **ESCALA DE EVALUACION CONNERS PARA ADULTOS CON TDAH**

La escala de evaluación de Conners para adultos con TDAH (Conners Adult ADHD Rating Scale, CAARS) (413), es un instrumento de autoaplicación, en el que el sujeto tiene que elegir la respuesta que considere más adecuada por cada uno de los ítems. En esta escala se han extrapolado los 18 criterios del DSM-IV-TR a los 30 ítems en una escala de frecuencia y gravedad. La elección se hace entre “*nada*”, “*solo un poco*”, “*bastante*” o “*mucho*”. Existe una versión para ser completada por un informador externo, cuyo objetivo es corroborar los datos ofrecidos por el sujeto en su autoevaluación. Ambas versiones, tanto la del sujeto como la del informante, están disponibles en versión screening, versión corta y versión larga. Los análisis factoriales revelan que los factores diferencian líneas de desatención, hiperactividad, reacciones afectivas/emocionales y concentración.

### **4.8.2.3. Variables de inteligencia emocional**

#### **TEST INTELIGENCIA EMOCIONAL MSCEIT v. 2.0**

El Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso, (*Emotional Intelligence Test MSCEIT v. 2.0*), es un test diseñado para evaluar la IIEE entendida como una capacidad. No se trata de una medida de autoinforme sino de una prueba de ejecución de habilidades de la IIEE, tal como se describe en el modelo teórico. Según sus autores, las respuestas representarían aptitudes reales para resolver problemas emocionales. Se trata de una escala que mediría cómo rinden las personas en tareas y cómo resuelven problemas emocionales, no limitándose a estimaciones personales sobre sus capacidades emocionales, como sería el caso de un autoinforme. Esta escala fue desarrollada por sus autores partiendo de conocimientos científicos emergentes acerca de la comprensión de las emociones y sus funciones. Considerando que la base teórica sostiene que las emociones son sistemas de información, evolucionados biológicamente, así como modificados y refinados por la cultura (414), ofrece dos formas para la adecuación de la respuesta: puntuación sugerida por expertos –es la considerada como correcta por un grupo de especialistas en el campo de las emociones, su percepción y regulación- y la obtenida por consenso –referida a la proporción de personas de la muestra normativa-, 5.000 personas aproximadamente de diferentes culturas, que comparten la respuesta ofrecida por el sujeto. La respuesta del sujeto coincidente con la de los expertos sería la correcta.

El test está compuesto por 141 ítems, con cinco opciones de respuesta cada uno, utilizando la escala Likert de 5 puntos. Los ítems miden, a partir de ocho tipos de tareas de ejecución, los diferentes niveles de habilidad de la IIEE. En primer

lugar, devuelve una puntuación global, que se puede dividir en dos áreas: experiencial (rama 1 y 2) y estratégica (rama 3 y 4). Estas áreas se conectan con el modelo de los autores en las cuatro ramas, siendo la primera medida que proporciona puntuaciones válidas y fiables en cada una de ellas: 1) Percepción emocional, 2) Facilitación emocional, 3) Comprensión emocional y 4) Manejo emocional. Los rangos de las puntuaciones son: menor de 70 “*Necesita mejorar*”, indica que existe cierta dificultad; entre 70 y 89 “*Puede mejorar*”, indica que es un área que no constituye un punto fuerte; entre 90 y 110 “*Competente*”, la persona posee una habilidad suficiente para un buen desenvolvimiento; entre 111 y 130 “*Muy competente*”, constituye un punto fuerte en la persona; mayor de 130 “*Experto*”, es un área muy desarrollada, constituyendo un elevado potencial. La duración de cumplimentación oscila entre los 30/45 minutos. Se adjuntan algunos extractos del test en el Anexo 6.

El test presenta adecuadas propiedades psicométricas, habiendo sido tipificada con una muestra amplia (2.000 personas aproximadamente en población española). Ha mostrado fiabilidad de  $\mu=0.93$  para la puntuación total por consenso, y de  $\mu=0.91$  para las puntuaciones de experto. En los resultados por áreas, las puntuaciones son superiores a  $\mu=0.85$  para ambas así como para las puntuaciones consenso y expertos. En lo que respecta a la fiabilidad por ramas, es superior a  $\mu=0.75$  para todas ellas. La fiabilidad test-retest, en un periodo de tres semanas, es de  $\mu=0.86$ . También se ha informado de la validez discriminante del MSCEIT en relación a las habilidades cognitivas y las variables de personalidad (415). En lo relativo a su validez predictiva, existen numerosas investigaciones en la actualidad al respecto, en lo relativo a su influencia en el rendimiento académico, profesional,

funcionamiento social y el bienestar psicológico (416). A continuación, se describen con detalle las cuatro ramas del modelo:

**Percepción de Emociones. Rama 1.** Le corresponden las cuestiones incluidas en las secciones A y E, en las que se formulan preguntas de identificación y diferenciación de emociones expresadas en una serie de fotografías de caras de personas (sección A) y en diseños abstractos y paisajes (sección E). En la tarea de caras y utilizando una escala de 5 puntos (1 “*nada en absoluto*” y 5 “*de manera extrema*”), el sujeto indica en qué medida ésta expresa enfado, tristeza, felicidad, miedo, asco, sorpresa y entusiasmo. En los diseños abstractos y paisajes, a través de una escala visual representada por cinco caras dibujadas, se expresa un nivel más elevado de la emoción.

**Utilización de las emociones para facilitar el pensamiento. Rama 2.** Le corresponden las cuestiones de las secciones F y B, sobre sensaciones y facilitación. Para la parte de sensaciones, el planteamiento es que la persona responda qué sensación táctil, gustativa y de color le evoca una emoción determinada. Por ejemplo: “*Imagine que se siente intenso, grande, delicado y verde brillante. ¿En qué grado ese sentimiento se parece a cada uno de los siguientes términos?*” 1. *Entusiasmado* 2. *Celoso* 3. *Asustado*”. El sujeto deberá responder, utilizando una escala Likert de 5 puntos, cuánto de semejante es su experiencia. En lo que respecta a la identificación de sentimientos y emociones, la evaluación se realiza en las tareas de la sección B. Se pide al sujeto que valore en qué medida puede influir el estado de ánimo en una tarea. Por ejemplo: “*¿Qué estado de ánimo sería útil sentir cuando preparamos una receta de cocina complicada y difícil?* 1. *Tensión* 2. *Pena* 3. *Estado de ánimo neutral*”. El sujeto debe indicar cuánto sería de útil cada uno de los sentimientos.

### **Comprensión de las emociones y utilización del conocimiento emocional.**

**Rama 3.** Esta rama es medida a través de la sección G (combinaciones) y C (cambios). En la sección G, las tareas miden la habilidad para el análisis de emociones, y se trata de descomponer emociones combinadas o unir varias emociones simples para formar una más compleja. Por ejemplo: “*Combinar los sentimientos de asco y enojo da como resultado: a. Culpa b. Rabia c. Vergüenza d. Odio e. Desprecio*”. O, “*Admiración, amor y ansiedad son parte de: a. Los celos b. La tristeza c. La maldad d. El orgullo e. La preocupación*”. En la sección C, las tareas están dirigidas a la evaluación de la habilidad para identificar transiciones entre las emociones, a lo largo del tiempo o como se suceden unas a otras. Por ejemplo: “*Francisco se sentía contento cuando pensaba en su vida y cuanto más reflexionaba sobre las cosas buenas que había hecho y la alegría que había provocado en los demás, más \_\_\_\_\_ sentía. a. Sorprendido b. Deprimido c. Aceptado d. Feliz e. Asombrado*”. Se pide indique cuál es, fue o será la experiencia emocional de la persona preguntada.

**Manejo de las emociones en uno mismo y en otros. Rama 4.** Esta rama es medida en las secciones D (manejo intrapersonal de emociones) y en la H (manejo de relaciones con otras personas a través de las emociones). En las tareas de la sección D, la evaluación va dirigida a la habilidad para el manejo de emociones en situaciones con el objetivo de una meta intrapersonal. Se expone a la persona a una situación emocional en la que se deben regular las emociones con el fin de conseguir un objetivo determinado. Por ejemplo, “*A Eduardo no le va bien. No hay muchas cosas en su vida que le diviertan o le hagan disfrutar. Durante el próximo año, ¿en qué grado serían eficaces cada una de las siguientes acciones para hacer que Eduardo se sintiese mejor? Acción 1. Eduardo llamó a unos amigos con los que no*

hablaba desde hacía tiempo e hizo planes para visitarlos. a. Muy eficaz b. Algo ineficaz c. Ni eficaz, ni ineficaz d. Algo eficaz e. Muy eficaz”. Es decir, se presenta una situación con varios cursos de acción, a lo que el sujeto debe responder cuánto de eficaz le parecería. En la sección H, la habilidad evaluada es la de identificar estrategias útiles para generar emociones concretas en otras personas. Son, en total tres historias cortas en las que el sujeto tiene que indicar la eficacia de cada una de las respuestas ofrecidas. El objetivo es el mantenimiento de una buena relación intra e interpersonal.

En la Tabla 9 se presenta una descripción gráfica del test, de las áreas así como de las ramas, y sus correspondientes tareas.

CIE - Cociente de IIEE (Escala global)			
Área Experiencial		Área Estratégica	
<b>Percepción emocional</b> (CIE_PE)	<b>Facilitación emocional</b> (CIE_FE)	<b>Comprensión emocional</b> (CIE_CE)	<b>Manejo emocional</b> (CIE_ME)
Caras Diseños	Sensaciones Facilitación	Combinaciones Cambios	Manejo Em. Relaciones E.
Dispersión y puntuación de sesgo positivo-negativo			

Tabla 9: Descripción gráfica MSCEIT

La adaptación española, de Extremera y Berrocal, se realizó con la suma de las muestras recogidas y obtenidas de seis estudios diferentes, con un total de 2060 sujetos (733 varones y 1327 mujeres). La media de edad fue de 25,86 años ( $DS=12,8$ ), en un rango que osciló entre los 17 y los 76 años. Obtuvo una fiabilidad total de 0,95 y por áreas de 0,93 para el área experiencial y 0,90 para el área estratégica. El sistema de puntuación que se utilizó en la versión de la adaptación española fue el de consenso, siendo el que presentaba mayor validez criterial y

estando altamente correlacionado con la puntuación de expertos. Cuenta con elevadas correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con el sistema español y el original ( $r= 0,99$ ).

Sin embargo, también debemos señalar la existencia de una importante controversia en lo referente a las debilidades presentadas por el MSCEIT. Diferentes autores sostienen que no son medidas todas las habilidades incluidas en las cuatro ramas que se plantean en el modelo (417). Señalan las siguientes limitaciones en cada una de las ramas:

En Percepción Emocional, las pruebas comprenden estímulos visuales de la emoción presentados de forma estática y en dos dimensiones, ya que se utilizan caras (mediante imágenes de un rostro) y dibujos (mediante fotografías de cuadros abstractos y paisajes). No se incluiría, según la crítica, la evaluación de aspectos como la percepción de emociones en el lenguaje, los sonidos, expresiones emocionales veraces o simuladas, no habría dinámica de la expresión emocional, ni tampoco se tendría en cuenta el sesgo cultural de las emociones, etc. (418, 419).

En Facilitación Emocional, aunque se evalúan las emociones con sensación de luz, temperatura y color evocadas por la persona, y se evalúa la interacción entre el estado de ánimo y cómo apoya al pensamiento y razonamiento, no habría una evaluación sobre la priorización entre los pensamientos y dirección de la atención hacia lo que requiere en ese momento. Y tampoco habría evaluación de la evocación de la emoción más favorecedora en la resolución de un experiencia concreta. Diferentes estados emocionales influirían en las estrategias de razonamiento y afectarían a la ejecución de la tarea, por lo que cada emoción sería más útil en un contexto que en otro (420).

En Comprensión Emocional, en la que se evalúa la capacidad de análisis de una emoción compleja, dividiéndola o uniéndola, así como los cambios, analizando la capacidad lógica emocional, no habría una evaluación de la habilidad de etiquetado de la emoción, y la de interpretación y asociación de la emoción en función del contexto en el que emergen.

Finalmente, en Manejo Emocional, en la que se mide la capacidad de incorporación de la emoción propia así como de las ajenas en la toma de decisión, no quedaría completamente evaluada la capacidad de observación reflexiva, en uno mismo y en los otros, el reconocimiento de su claridad, característica, influencia, y tampoco quedaría bien evaluada la capacidad de reparación de la experiencia emocional, y la capacidad de fortaleza emocional de la persona para dimensionar adecuadamente su expresión emocional.

Adicionalmente a esto, se presenta otra crítica referida a que el MSCEIT no estaría midiendo habilidades, capacidades, sino que mediría el conocimiento explícito, siendo considerada más como una medida de conocimiento que como una medida de inteligencia (421).

Estas limitaciones, evidentemente, deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. No obstante y a pesar de ello, el MSCEIT muestra validez de contenido y estructura, validez discriminante en relación con la inteligencia cognitiva y con el constructo de personalidad. En determinadas poblaciones estudiadas ha quedado demostrada su validez predictiva de éxito en diferentes ámbitos personales.

#### 4.8.2.4. Variables de personalidad

##### CUESTIONARIO FACTORIAL DE PERSONALIDAD - 16 PF5

Creada por Raymond B. Cattell, A. Karen, S. Cattell y Heather E.P. Cattell y publicada en su primera versión en 1993, siendo el autor de la adaptación española Nicolás Seisdedos Cubero, y editor TEA Ediciones. Última revisión del test en su adaptación española en 2011. Es uno de los cuestionarios de evaluación de la personalidad más utilizado en el campo de la Psicología, en sus diferentes ramas. La versión actual es el resultado de un estudio en el que se sustituyen los antiguos factores de segundo orden por cinco dimensiones globales, guardando importante paralelismo con los “*cinco grandes*” factores de personalidad. El público objetivo de aplicación sería adolescentes mayores de 16 años y adultos. Consta de 185 ítems, con tres alternativas de respuesta (dos extremos y una alternativa intermedia señalada con un interrogante “?”) y mide, con algunas variaciones y mejoras, 16 rasgos de primer orden o escalas primarias de personalidad: Afabilidad (A), Razonamiento (B), Estabilidad (C), Dominancia (E), Animación (F), Atención a las normas (G), Atrevimiento (H), Sensibilidad (I), Vigilancia (L), Abstracción (M), Privacidad (N), Aprensión (O), Apertura al cambio (Q1), Autosuficiencia (Q2), Perfeccionismo (Q3) y Tensión (Q4). Estas escalas ofrecen información detallada al respecto de la personalidad del sujeto, utilizando para su descripción unos adjetivos, con polaridades o decatipos altos (+) o bajos (-). Mide 5 dimensiones globales de personalidad (antes factores de segundo orden) que resumen la interrelación entre los rasgos primarios: Extraversión (Ext.), Ansiedad (Ans), Dureza (Dur), Independencia (Ind) y Auto-control (422). Las dimensiones globales son similares a los factores del modelo de los “*Big five*” –que no es un modelo único, sino un conjunto de modelos

de diferentes autores, que coinciden en que la personalidad puede ser explicada por 5 factores o rasgos principales (apertura, responsabilidad, extraversión o extroversión, afabilidad o amabilidad, inestabilidad emocional)-. Incorpora tres medidas para evaluar estilos de respuesta y controlar posibles sesgos de las respuestas: “Deseabilidad Social”, “Infrecuencia” y “Aquiescencia”, que sirven de filtro para aquellas situaciones en las que la deseabilidad social o cierta tendencia de respuesta pueda estar sesgando el resultado del test. Desde sus primeras versiones, la base de construcción del cuestionario es fundamentalmente empírico, en especial análisis factorial, lo que dota a sus resultados de gran robustez.

En la quinta edición (423), se ha mejorado sensiblemente su validez y fiabilidad con respecto a versiones anteriores, ofreciendo baremos con más de 115.000 casos.

#### **4.8.2.5. Variables de inteligencia cognitiva**

##### **ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER (WAIS-IV)**

Es la cuarta edición de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos, última revisión y actualización (424). Se trata del instrumento más frecuentemente empleado en la medición de las aptitudes intelectuales en Europa y Estados Unidos. Manteniendo el enfoque inicial de Wechsler en cuanto a la consideración de la inteligencia como una *“capacidad de la persona para actuar con una finalidad, para pensar racionalmente y desenvolverse con eficacia dentro de su ambiente”*, se han ido incorporando los avances de la investigación sobre el funcionamiento cognitivo. Se publicó en el año 2008 en su versión americana y en el 2012 en su versión

española. Está compuesta de 12 pruebas (Cubos, Semejanzas, Dígitos, Matrices, Vocabulario, Aritmética, Búsqueda de símbolos, Información, Clave de números, Letras y números, Comprensión y Figuras incompletas) e incorpora tres nuevas, con respecto a la versión anterior: puzzles visuales, balanzas y cancelación. La escala puede administrarse entre los 16 y los 89 años y 11 meses de edad, aunque para las opcionales balanzas, letras y números y cancelación solo existen baremos en el intervalo de edad de 16-69 años. Las pruebas se agrupan en cuatro índices: Comprensión verbal (CV), Razonamiento perceptivo (RP), Memoria de trabajo (MT) y Velocidad de procesamiento (VP). A partir de las pruebas principales (en total 10) se puede obtener un Cociente de inteligencia total (CI), siendo una medida del funcionamiento intelectual general. La consistencia interna de la adaptación española del WAIS-IV se ha estudiado mediante el método de dos mitades y el coeficiente alfa de Cronbach, excepto en búsqueda de símbolos, claves de números y cancelación, que se ha usado la correlación test-retest. Los coeficientes de fiabilidad varían ligeramente según el grupo de edad y oscilan entre 0,72 y 0,93 para las pruebas y entre 0,87 y 0,97 para los índices y el CI. En general, la fiabilidad promedio varía entre buena y excelente (425).

En relación con el TDAH, el subtest dígitos, requiere el mantenimiento de la atención y la recuperación de la memoria inmediata de secuencias de elementos. En el caso de tener que recordarlos en orden inverso, requiere la realización de un procesamiento sobre la información retenida que implica atención, memoria y procesamiento de la información, por lo que en sujetos con TDAH estas puntuaciones suelen ser menores en este subtest que en otros, como es esperable, por el tipo de función ejecutiva implicado (426). En el de letras y números, el sujeto tiene una tarea que implica atención, memoria y procesamiento de la información, por lo

que es uno de los componentes de la puntuación de memoria de trabajo, y en los sujetos con TDAH lo habitual es que se vea afectado. El subtest de aritmética, requiere atención a la pregunta y mantenimiento de la memoria de trabajo así como procesamiento, por lo que es igualmente sensible a las alteraciones en estas funciones. Finalmente el subtest de claves y el de búsqueda de símbolos permiten observar la impulsividad del sujeto, al requerir coordinación visual, espacial y secuenciación de respuesta. En los sujetos TDAH, estas puntuaciones suelen ser inferiores a las obtenidas en los índices verbales.

#### **4.8.2.6. Variables de calidad de vida**

##### **ESCALA ADULTA DE CALIDAD DE VIDA TDAH**

La Escala Adulta de calidad de vida en el Adulto con TDAH (AAQoL) (427) es una escala de medida de la QoL para población adulta con TDAH, que ha sido recientemente desarrollada y debidamente validada, para evaluar el impacto del TDAH en lo relativo a su QoL (382). El modelo en el que los autores se basaron para el desarrollo de la escala comprende cuatro dimensiones que explican el impacto del trastorno en la disfuncionalidad y QoL. Las dimensiones son: Productividad Vital, Salud Psicológica, Perspectiva vital y Relaciones sociales.

Según sus autores, el TDAH impacta sobre la productividad de la persona en su cotidianidad así como en la calidad de su desempeño en diferentes ámbitos vitales. La salud psicológica es una dimensión esencial, que influye, entre otros, en la toma de decisiones así como sobre la acción. La perspectiva vital emerge como resultado de las opiniones expresadas por los sujetos con TDAH sobre su inclusión como medida de QoL. Finalmente, las relaciones sociales afectan a la habilidad para crear,

gestionar y mantener una red social, tanto a nivel profesional como personal. Las consecuencias que fueron asociadas al trastorno, a corto plazo, fueron inestabilidad laboral, desorganización en las actividades diarias, sensación de agotamiento y de sentirse abrumados así como de no gestionar de forma eficiente la energía. A largo plazo, el modelo habla de consecuencias como no llevar a término las tareas, dificultades a nivel económico, pobre autoestima, dificultad para sentirse normalizado y sentirse incapaces para el mantenimiento de las relaciones sociales.

Usando tanto la revisión de la investigación existente, los estudios de población con TDAH así como sus propios estudios, los autores de la escala generaron los ítems de la AAQoL. En un estudio de validación de la escala, cuatro factores distintos fueron identificados a través del análisis factorial exploratorio, quedando demostrado que presentaban una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,936, validez de constructo y discriminante. Asimismo, una reciente validación realizada indicó una validez comparable entre sujetos americanos y europeos (428). En una investigación de intervención realizada en adultos con TDAH, se utilizó la escala, comprobando que la AAQoL era sensible a los cambios en la sintomatología TDAH, demostrando buena fiabilidad test-retest y siendo considerada un buen instrumento para medir resultados en intervenciones con adultos con TDAH (429).

La escala AAQoL posee 29 ítems, diseñados para evaluar la QoL en el adulto TDAH durante las últimas dos semanas. Cada elemento tiene una clasificación de los pacientes en una escala Likert de cinco puntos que van desde "*No, en absoluto/nunca*" (1) a "*Extremadamente/Muy a menudo*" (5). Se obtiene una puntuación total (basada en los 29 ítems) y en cada una de las cuatro dimensiones: productividad vital (11 ítems), salud psicológica (6 ítems), relaciones sociales (5

ítems) y perspectiva vital (7 ítems). La dimensión de productividad vital (en nuestra investigación, variable QoL\_P) se refiere a la habilidad para organizar y planear así como acometer las tareas de la vida cotidiana, incluido el contexto laboral. Problemáticas relacionadas en este dominio son la desorganización, procrastinación, problemas de comienzo de la acción y perseverancia en la tarea. En la dimensión de salud psicológica (en nuestra investigación, variable QoL\_SP) se incluye todo lo relacionado con el aspecto emocional: sentimientos de estar abrumado y de pérdida de control, sensación de ansiedad y frustración, de depresión y pobre autoestima. Todo ello estaría relacionado con la falta de habilidad para la gestión del día a día. En la dimensión de perspectiva vital (en nuestra investigación, variable QoL\_PV), se incluyen acepciones positivas, mediante las cuales el sujeto puede expresar su conformidad, como por ejemplo: *“Puedo gestionar mi vida de forma satisfactoria”*. Es decir, este concepto se relaciona con la medida se encuentra satisfecho con su gestión vital. Finalmente la dimensión de las relaciones sociales (en nuestra investigación, variable QoL\_RS), incluye cuestiones asociadas a la habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales, tanto en el contexto laboral como en el personal.

Se incluye la escala AAQoL en el Anexo 7.

Este instrumento ha demostrado ser de ayuda en la práctica clínica para la identificación de dianas de tratamiento, y en investigación es una escala validada para la evaluación del impacto de nuevas intervenciones. Las puntuaciones más altas indican una mejor percepción del sujeto de su QoL.

En las Tablas 10 y 11, se expresan medias de referencia en cada una de las dimensiones, en investigaciones realizadas en QoL en muestras de sujetos con TDAH.

**Resultados Estudio QoL en Adultos con TDAH. Adaptado (382)**

	Controles N= 345	TDAH no diagnosticado N= 812	TDAH diagnosticado N=352
Productividad Vital	84,4*	63,6	61,7
Salud Psicológica	74,1*	54,8	56,7
Perspectiva de vida	71,1*	61,3	62,2
Relaciones Sociales	76,9*	62,7	62,8
Total	78,0*	61,0	61,0

**Tabla 10: Medias Escalas AAQoL Estudio Adultos con TDAH**

\* Las diferencias fueron significativas con el grupo control a nivel de  $p < 0,05$

**Resultados Estudio QoL en Adultos con TDAH. Adaptado (430)**

	Controles N= 199	TDAH no diagnosticado N= 752	TDAH diagnosticado N=198
Productividad Vital	84,4*	62,2	62,2
Salud Psicológica	74,1*	52,4	56,7
Perspectiva de vida	71,9*	60,2	63,9
Relaciones Sociales	74,1*	56,9	58,3
Total	78,0*	58,9	60,7

**Tabla 11: Medias Escalas AAQoL Estudio Adultos con TDAH**

\* Las diferencias fueron significativas con el grupo control a nivel de  $p < 0,05$



## 5. RESULTADOS

### 5.1. Análisis descriptivo de la muestra

En los siguientes apartados, se presentan los análisis estadísticos realizados a nivel descriptivo de las variables sociodemográficas así como de las variables sintomatológicas de la población objeto de estudio: grupo control, grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico.

En la Tabla 12, se muestra la distribución según en el género en la población total.

	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	51	44%
Mujeres	65	56%
Total	116	100%

Tabla 12: Distribución de la muestra total por género

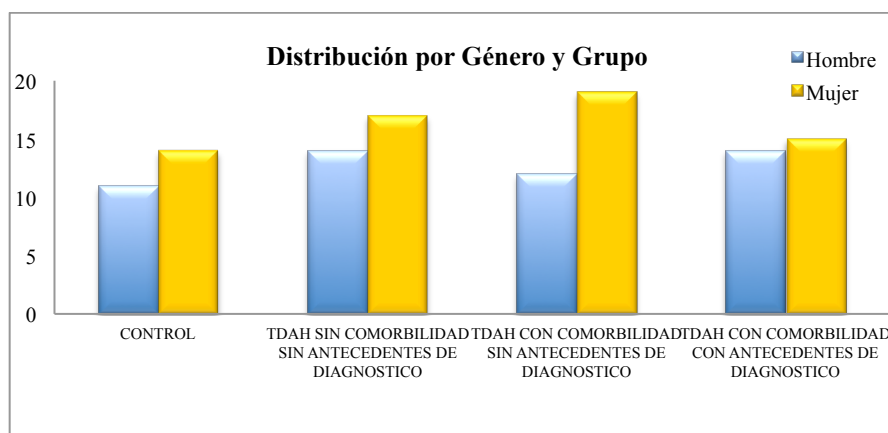


Gráfico 2: Distribución por género y grupo

La distribución del género de la muestra, según se muestra en el Gráfico 2, y tal como han indicado los resultados, es homogénea entre grupos, no existiendo diferencias significativas en la proporción hombres/mujeres. El valor de asociación estadística no fue significativa ( $p$ -valor 0,900), entre el sexo y la pertenencia a ningún grupo, por lo que se puede concluir que las muestras son homogéneas en esta variable. Las mujeres son mayoritarias en todos los grupos, especialmente en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Encontramos un 44% de hombres y un 56% de mujeres en el grupo control; un 45,2% de hombres y un 54,8% de mujeres en el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico; un 38,7% de hombres y un 61,3% de mujeres en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico; y, un 48,3% de hombres y un 51,7% de mujeres en el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico.

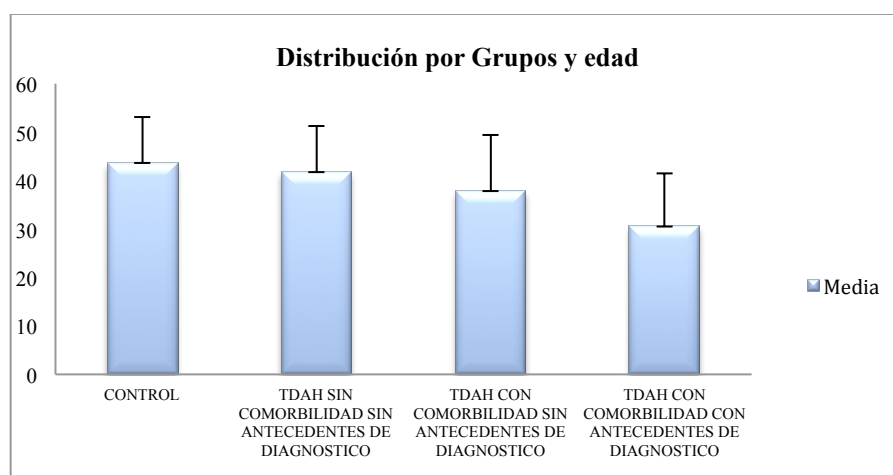


Gráfico 3: Distribución de la muestra por edad y grupos

En el caso de la edad no encontramos homogeneidad en la muestra. Obtenemos una  $Media=38,29$  y  $DS=11,47$ , y como se puede apreciar en el Gráfico 3, va disminuyendo desde el grupo control con la media más alta ( $Media=43,64$  y  $DS=9,53$ ) al grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, con la

media más baja ( $Media=30,52$  y  $DS=11,01$ ). El análisis de comparaciones múltiples (prueba post hoc) indica diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos así como entre los grupos TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico  $p$ -valor 0,000, y entre los grupos TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico  $p$ -valor 0,048. La edad, por tanto, será una de las variables a ser incluida como covariable en determinados análisis.

En cuanto al Estado Civil de la muestra, el 74,20% ( $n=86$ ) tiene pareja en el momento de la evaluación, el 16,32% ( $n=19$ ) permanece soltero sin historia de pareja estable. El resto, un 9,48% ( $n=11$ ) no informa de su situación. Entre los grupos, en la distribución del Estado Civil, se encontró diferencia estadísticamente significativa con  $p$ -valor 0,009. Debemos tener en cuenta que la tendencia puede estar sesgada por el hecho de que la variable “*Edad*” no es homogénea entre los grupos.

A continuación se presenta un análisis detallado de la variables sociodemográficas, en los diferentes ámbitos vitales.

En las variables referidas al rendimiento a nivel académico, en el análisis de la muestra completa, en la variable “*Nivel Educativo*”, obtenemos la siguiente distribución en la muestra: un 11,2% ( $n=13$ ) realiza estudios de postgrado, un 21,6% ( $n=24$ ) de Titulados Superiores, un 25,9% ( $n=30$ ) que han realizado entre 1 y 3 años de estudios universitarios, y un 40,6% ( $n=47$ ) que cuenta con al menos 12 años de escolaridad, aunque no llega a concluir la enseñanza obligatoria. En lo relativo al nivel de fracaso escolar, nos encontramos un 66,4% de sujetos que no informan de fracaso, frente al 32,8% ( $n=8$ ) que sí. En la variable “*Conducta disruptiva con*

*violencia*” se informa de un 6,1% (n=7) de los casos, y “*Conducta disruptiva sin violencia*” un 17,2% (n=20).

En el análisis por grupos de las variables referidas al desempeño en el ámbito académico, el grupo control y el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico son los que presentan los niveles educativos más altos, llegando ambos al 93% de sujetos que han cursado estudios superiores a 12 años de escolaridad. Además, se ha encontrado que el grupo control presenta un número muy superior de titulados superiores en comparación con los grupos TDAH, con diferencias estadísticamente significativas,  $p$ -valor  $<0,05$ .

En lo que respecta a “*Conducta disruptiva con o sin violencia*”, el grupo control no presenta ningún caso. Frente a éste, los grupos TDAH presentan porcentajes más elevados, tal como se puede ver en los Gráficos 4 y 5. En la variable “*Conducta disruptiva sin violencia*”, el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico es el que presenta el porcentaje más elevado con un 34,5%. Los otros dos grupos presentan el mismo porcentaje. En la variable “*Conducta disruptiva con violencia*”, solo encontramos casos en los grupos TDAH, en el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico con un 21,4%, y en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico con un 3,2%. El análisis realizado con el estadístico chi-cuadrado informa de diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes con  $p$ -valor 0,010 en la variable “*Conducta disruptiva sin violencia*” y  $p$ -valor 0,001 en la variable “*Conducta disruptiva con violencia*”.

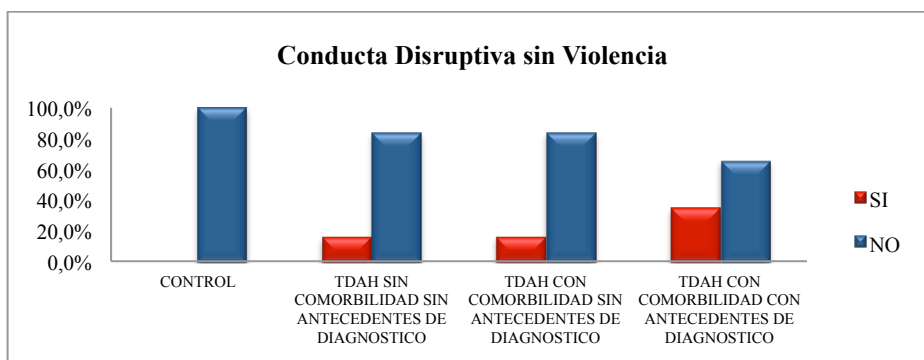


Gráfico 4: Frecuencias en los grupos “Conducta Disruptiva sin Violencia”

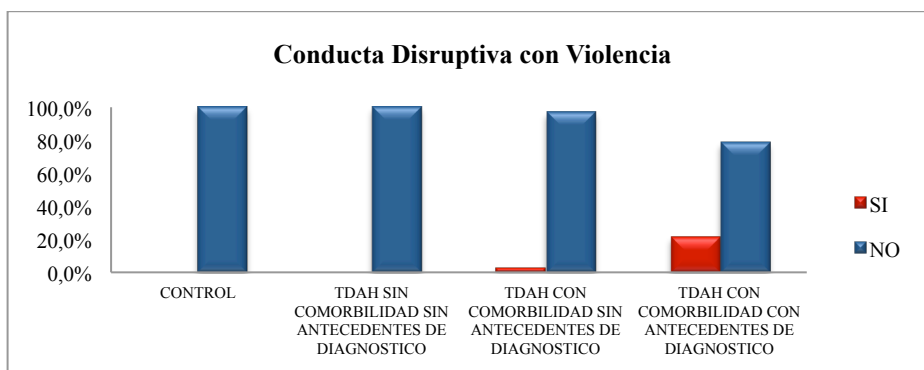


Gráfico 5: Frecuencias en los grupos “Conducta Disruptiva con Violencia”

En la variable “*Absentismo/Fugas*”, en el total de la variable el 82% informa que no hubo absentismo ni fugas escolares. En lo que se refiere al análisis en detalle en los grupos, tal como podemos ver en el Gráfico 6, el grupo control presenta un 0% de casos de absentismo/fugas, mientras que los grupos experimentales sí que presentan una frecuencia muy superior al grupo control. El grupo que presentó menor número de casos fue el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico con un 3,2% (n=1), a continuación el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico con un 25,4% (n=6) y por último el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico con un 25,8% (n=8) Se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con  $p$ -valor 0,006.

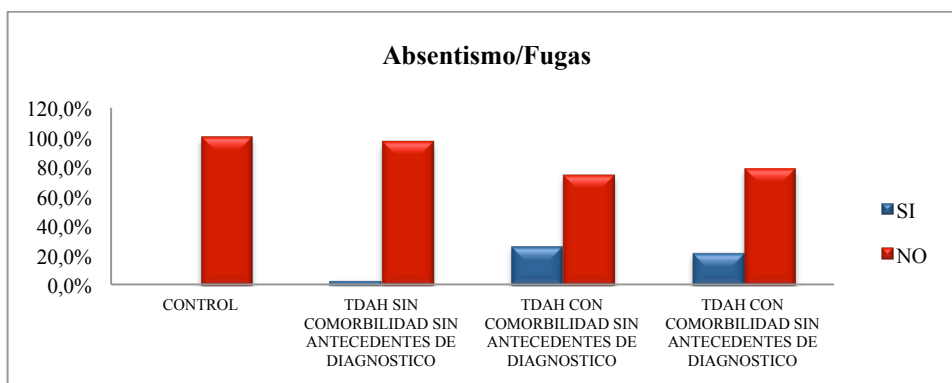


Gráfico 6: Frecuencias en los grupos experimentales Absentismo/Fugas

En cuanto a “*Fracaso escolar*” (no haber conseguido el título de E.S.O.), los grupos TDAH presentan de nuevo frecuencias muy superiores al grupo control, presentando éste, en el total de la variable, un 8% (n=2) frente al 35-43% (n=36) que presentan los grupos TDAH. Las frecuencias obtenidas intragrupos en la variable se muestran en el Gráfico 7, y como se puede apreciar los resultados son similares entre ellos, siendo el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que muestra el porcentaje de fracaso más bajo, con un 35,5% (n=11). A continuación, se sitúa el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, con un 41,9% (n=13) y finalmente, el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico con un 42,9% (n=12). Se muestra diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con *p*-valor 0,023.

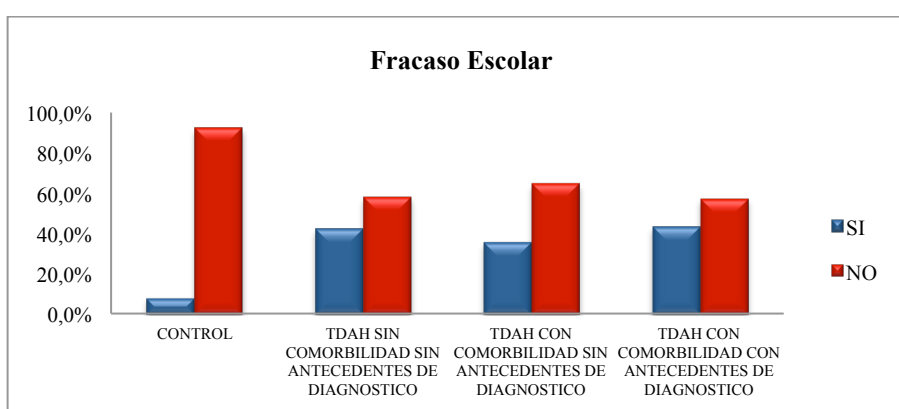


Gráfico 7: Frecuencias en los grupos experimentales Fracaso Escolar

Al no cumplir claramente el criterio de normalidad, la variable “*Rendimiento Académico Nota ESO*”, fue analizada utilizando los test de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos en los grupos se expresan en el Gráfico 8.

Como se puede observar, el grupo control es el que presenta una puntuación superior a todos los grupos TDAH, con una *Mediana*=7. Los grupos TDAH obtuvieron puntuaciones iguales, con un valor de *Mediana*=6. El test de Kruskal-Wallis indicó un efecto significativo de grupo de diagnóstico, *p*-valor 0,000. Los análisis por pares a posteriori indicaron que los valores del grupo control eran significativamente superiores a los tres grupos TDAH, con *p*-valor 0,000 (en todos los casos), no existiendo diferencias entre los grupos TDAH.

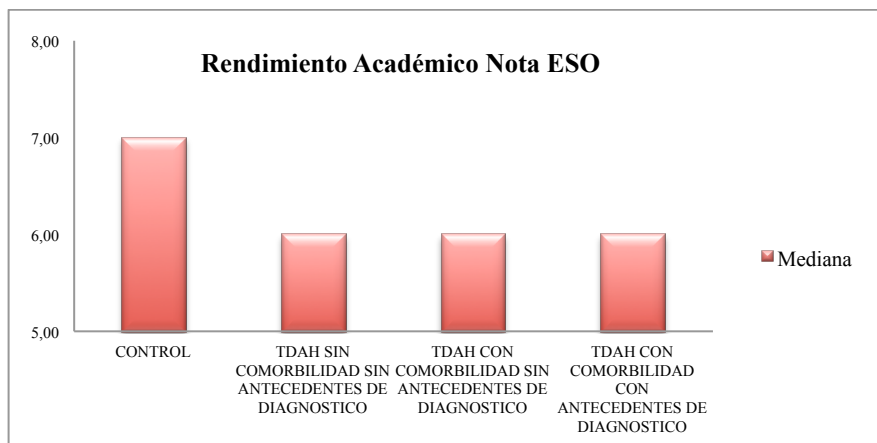


Gráfico 8: Medianas Rendimiento Nota ESO

La variable “*Nº de cursos repetidos en total*” se analizó con pruebas no paramétricas. Los resultados muestran que todos los grupos TDAH repiten curso frente al grupo control que no repite. En este caso, obtenemos un efecto global significativo, con *p*-valor 0,018. Las comparaciones por pares mediante la U de Mann-Whitney muestran de nuevo una diferencia significativa del grupo control frente a todos los grupos TDAH, aunque en este caso los valores para los sujetos

controles son significativamente menores. Entre los grupos TDAH no hay diferencias estadísticamente significativas.

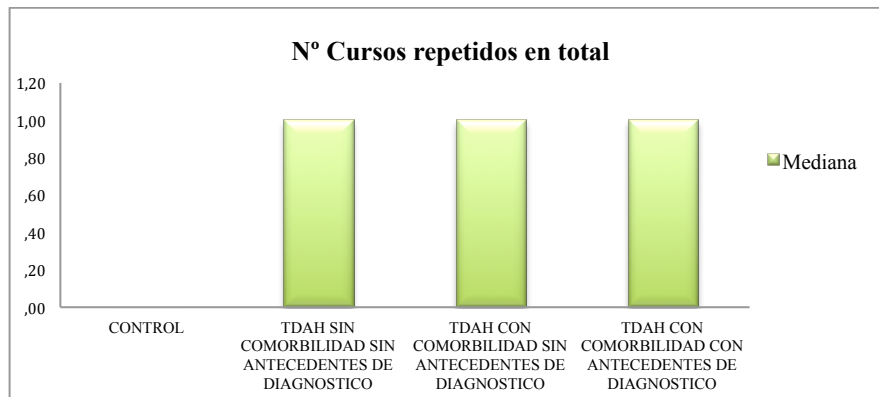


Gráfico 9: Medianas N° Cursos repetidos en total

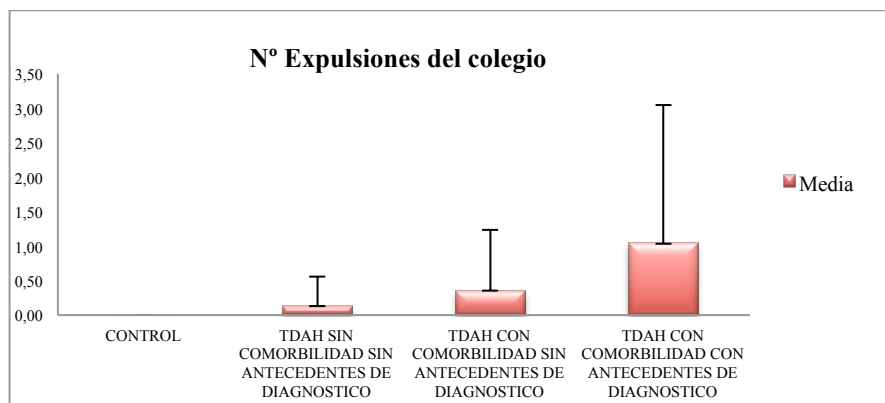


Gráfico 10: Media N° Expulsiones del colegio

En la variable “*N° de expulsiones del colegio*”, los resultados indican que todos los grupos TDAH presentan una media de n° de expulsiones superior al grupo control, que presenta 0 casos. La media más alta es la obtenida por el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, con *Media=1,03* y *DS=2,00*. En pruebas post hoc, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta variable entre los grupos control y TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico *p*-valor 0,006, así como entre éste último y el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico *p*-valor 0,014.

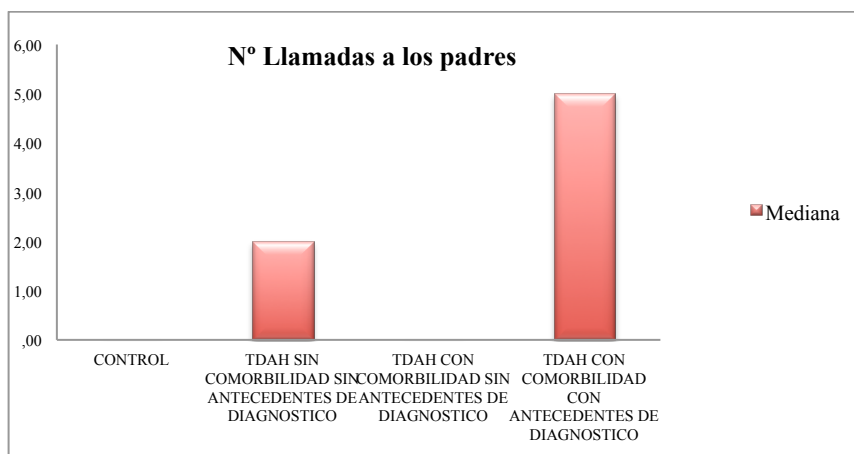


Gráfico 11: Medianas N° Llamadas a los padres

En la variable “*N° de llamadas a los padres*”, observamos que los grupos TDAH, con excepción del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, presentan puntuaciones superiores al grupo control. El grupo que presenta la puntuación más alta es el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, que obtiene una *Mediana*=5. Los valores globales muestran también el efecto del grupo, con *p-valor*=0,000, analizado con el test Kruskal-Wallis. Las comparaciones por pares muestran que el grupo control obtiene valores de la variable significativamente menores a todos los grupos TDAH, con una *p-valor* <0,001 en todos los casos. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos TDAH.

En las variables relativas a rendimiento personal, se valoró el “*N° de parejas > 3 meses*” (> = de duración mayor), la “*Edad inicio relaciones sexuales*”, la “*Edad inicio pareja estable*” y “*Total de parejas en convivencia*”. La variable “*N° de parejas > 3 meses*” (> = de duración mayor) claramente no cumplía los criterios de normalidad, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para su estudio. En el resto de las variables referidas a este ámbito, se utilizó la prueba ANOVA. Los resultados obtenidos se muestran en los gráficos siguientes.

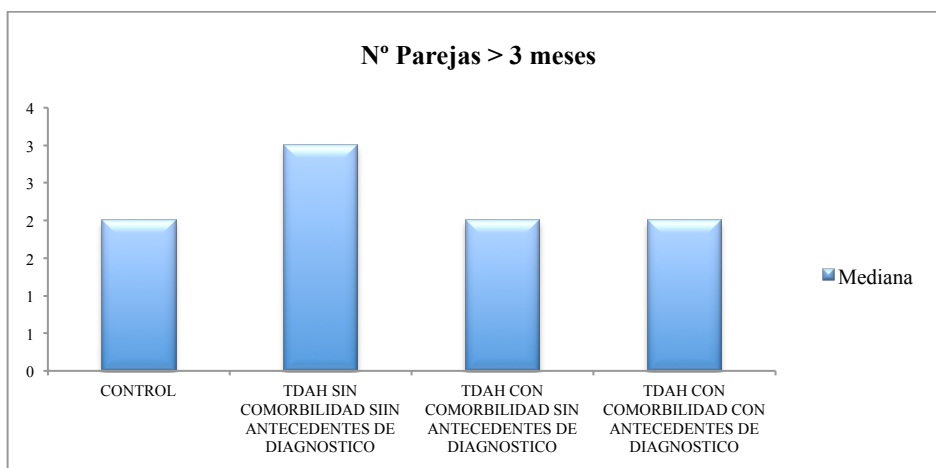


Gráfico 12: Medianas N° Parejas > 3 meses

En la variable “*N° de Parejas > 3 meses*”, observamos que el grupo control presenta una mediana igual que dos de los grupos TDAH, siendo el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que presenta la puntuación más alta, con una *Mediana=3*. En esta variable no hemos observado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

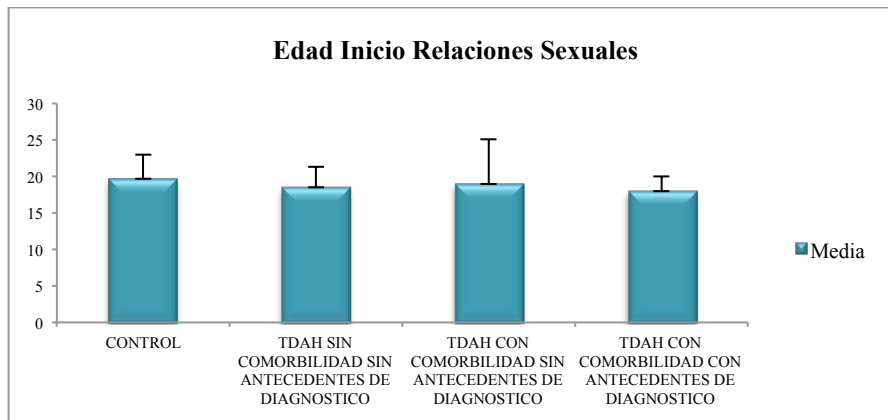


Gráfico 13: Medias Edad Inicio Rel. Sexuales

En la variable “*Edad Inicio Relaciones Sexuales*”, los resultados muestran que el grupo control es el más tardío en iniciar la relación sexual, con una *Media=19,68* y *DS=3,31*, frente a todos los grupos TDAH. El grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico es el que presenta la media inferior, es decir, es el grupo que se inicia sexualmente antes que los demás grupos, con una *Media=17,96* y *DS=2,02*. Según los resultados obtenidos en la prueba ANOVA, no

se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos y la prueba de comparaciones múltiples tampoco presentó diferencias de medias estadísticamente significativas.

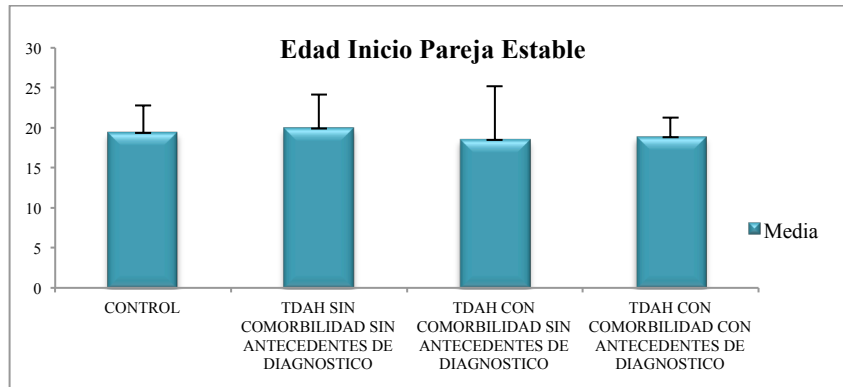


Gráfico 14: Medias Edad Inicio Pareja Estable

En la variable “*Edad Inicio Pareja Estable*”, es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que se inicia de forma más temprana en la relación de pareja estable, con una  $Media=19,90$  y  $DS=4,26$ . Las medias en todos los grupos son similares y no hay diferencias de medias estadísticamente significativas entre ellos.

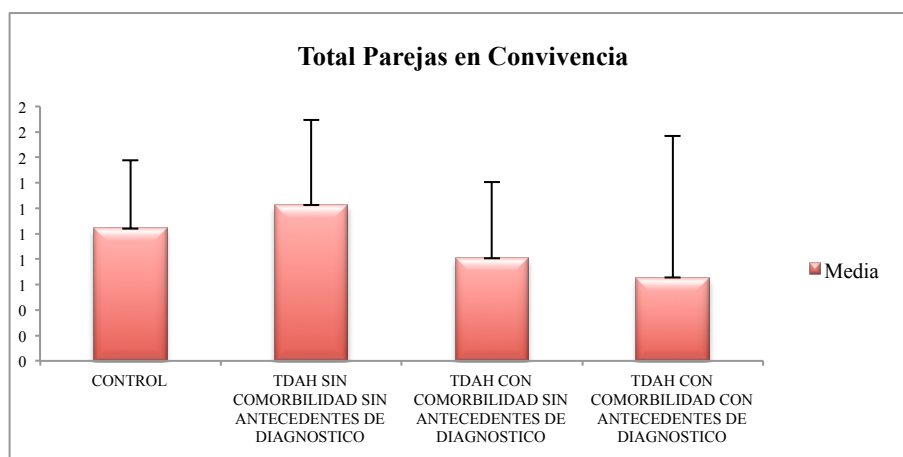


Gráfico 15: Medias Total Parejas en convivencia

En lo referente a la variable “*Total Parejas en convivencia*”, en la que se ha controlado el efecto edad, el grupo control con una  $Media=1,04$  y  $DS=0,54$  obtiene una puntuación similar al grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de

diagnóstico y superior al resto de los grupos. Entre los grupos TDAH, el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico presenta la media más baja, con una  $Media=0,66$  y  $DS=1,11$  frente al resto de los grupos TDAH. Los resultados de la prueba ANOVA indicaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos a un nivel de  $p$ -valor 0,025. En comparaciones múltiples por pares, se obtiene diferencia estadísticamente significativa entre el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico,  $p$ -valor 0,028.

En lo relativo al rendimiento a nivel profesional, se analizaron las variables: “*Nº Despidos Laborales*” y “*Nº de Cambios de Trabajo*”.

En la variable “*Nº de despidos laborales*”, el único grupo que presentó puntuación fue el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, con una  $Mediana=1$ . El resto de los grupos puntuó 0. Además, la comparación entre grupos realizada mediante el test de Kruskal-Wallis no mostró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

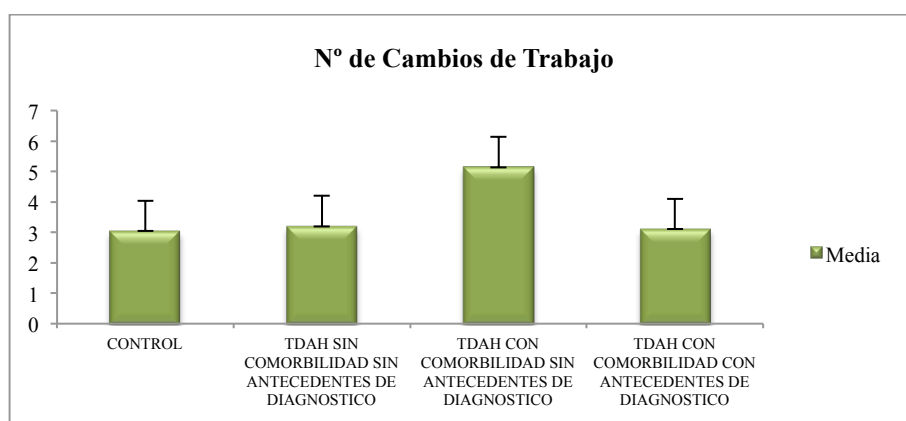


Gráfico 16: Medias Nº de cambios de trabajo

En la variable “*Nº cambios de trabajo*”, en la que se controló el efecto Edad, por su posible efecto contaminador, el grupo TDAH con comorbilidad sin

antecedentes de diagnóstico presenta una  $Media=5,13$  y  $DS=4,66$ , superior a todos los demás grupos. Los otros dos grupos TDAH presentan puntuaciones similares. El grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico con  $Media=3,19$  y  $DS=3,31$ . El grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico presenta una  $Media=3,11$  y  $DS=4,81$ . El grupo que presenta la media más baja de despidos es el grupo control, con una  $Media=3,04$  y  $DS=2,18$ . No se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

A continuación, se expresan en gráficos y tablas los resultados referentes a las variables clínicas, correspondientes a la “*Sintomatología TDAH*”, en lo que respecta al nivel de gravedad de ésta en la infancia y en la edad adulta.

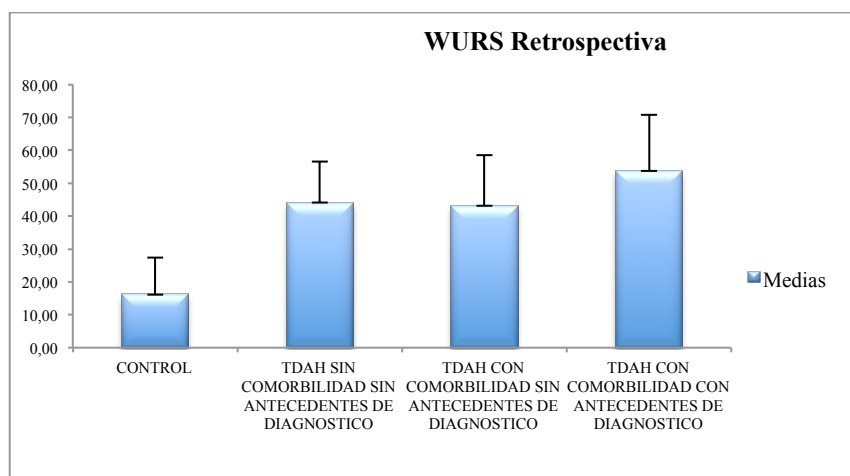


Gráfico 17: Medias Wurs Retrospectiva

Según los resultados de la escala WURS, como era esperable el grupo control puntúa por debajo del punto de corte (recomendado sea un 37), y presentó diferencias estadísticamente significativas con los tres grupos TDAH. Por su parte, el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico es el que muestra una media mayor de gravedad de sintomatología TDAH en la infancia, con una  $Media=53,72$  y  $DS=17,09$ , siendo la media de los otros grupos homogénea. La

prueba de comparaciones múltiples muestra diferencia estadísticamente significativa entre los grupos TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico,  $p$ -valor 0,029. En lo que respecta a los resultados obtenidos para los sujetos del grupo control, como es de esperar, la media obtenida no alcanza el punto de corte mínimo para ser sujeto TDAH.

A continuación, se presentan los gráficos referidos a la gravedad de la sintomatología TDAH en la edad adulta, medida a través de la Escala CAARS, en las variables Conners, Inatención/Hiperactividad/Impulsividad y Sujeto/Observador. En todas las variables referidas a la sintomatología TDAH, como era esperable, el grupo control puntúa significativamente más bajo que los grupos TDAH con  $p$ -valor < 0,001.

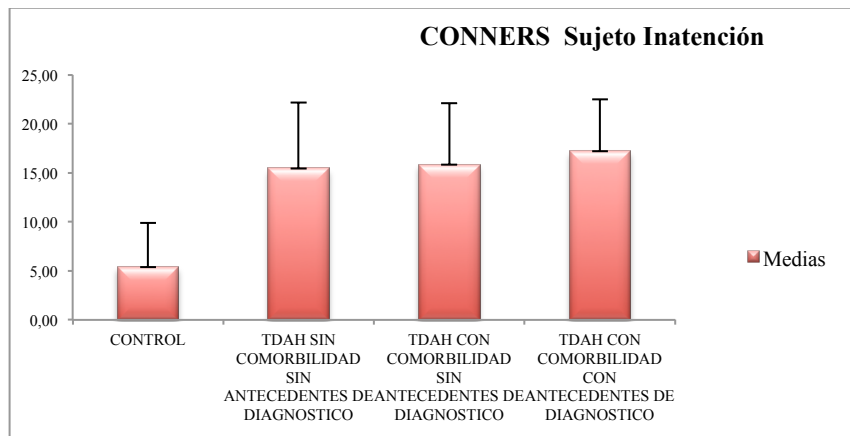


Gráfico 18: Medias Escala Conners Sujeto Inatención

En la variable “*Conners Sujeto Inatención*”, el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico es el que se percibe con una mayor gravedad sintomatológica en Inatención. Este grupo presenta la puntuación más alta con una  $Media=17,21$  y  $DS=5,31$ , siendo el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que presenta la más baja, con una  $Media=15,42$  y  $DS=5,31$ .

$DS=6,74$ . En comparaciones por grupos, no hay diferencias estadísticamente significativas.

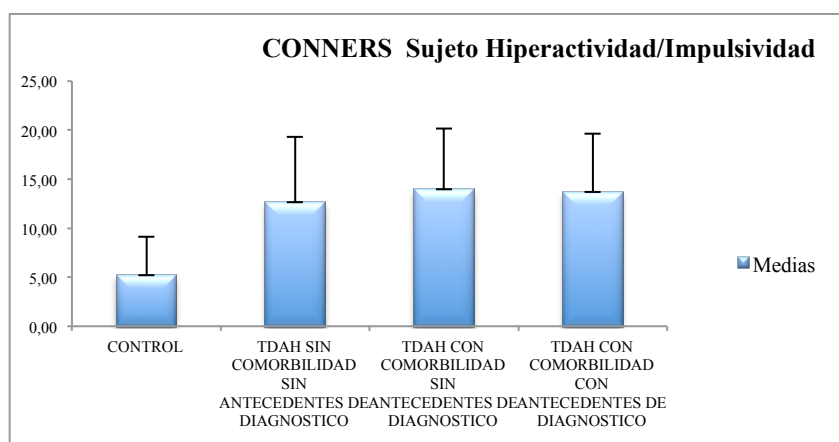


Gráfico 19: Medias Connors Sujeto Hiperactividad/Impulsividad

En la variable “*Connors Sujeto Hiperactividad/Impulsividad*”, encontramos que el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico obtiene la puntuación más baja, con una *Media=12,65* y  $DS=6,69$ , por lo que sería el grupo que se percibe con menos gravedad sintomática en Hiperactividad/Impulsividad. El grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es el que presenta la puntuación más alta de los tres grupos, con una *Media=13,69* y  $DS=5,95$ . No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

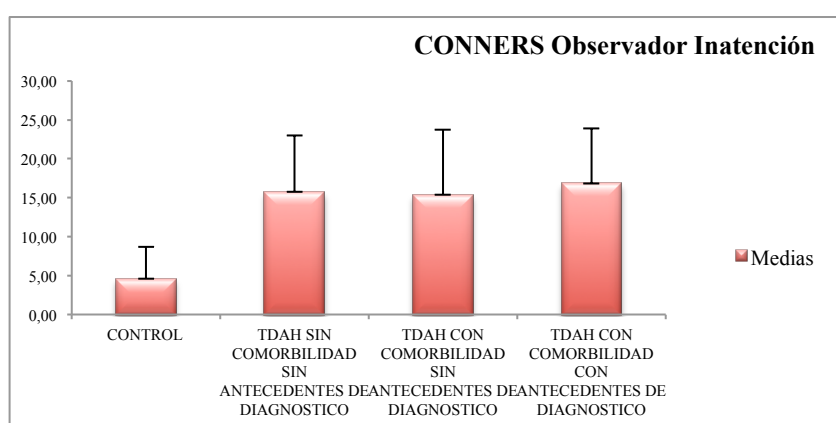


Gráfico 20: Medias Connors Observador Inatención

En la variable “*Connors Observador Inatención*”, el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico es percibido con mayor gravedad

sintomatológica de Inatención por un observador, con una *Media*=16,79 y *DS*=7,10 obteniendo los otros dos grupos resultados similares. No hay diferencias estadísticamente significativas.

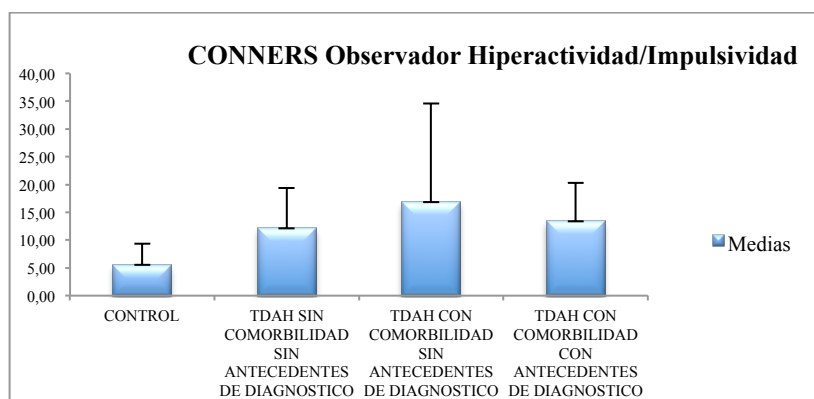


Gráfico 21: Medias Conners Observador Hiperactividad/Impulsividad

En la variable “*Conners Observador Hiperactividad/Impulsividad*”, el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico obtiene una media superior a los otros dos grupos, con una *Media*=16,81 y *DS*=17,75, siendo percibido como el más hiperactivo/impulsivo por el observador. En cuanto a los otros dos, el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico obtendría la media más baja. En la prueba de comparaciones múltiples, no se obtienen diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

### Resumen de resultados: variables sociodemográficas y sintomatológicas

La distribución de la muestra en la variable “*género*” es homogénea entre grupos, siendo el número de mujeres superior al de hombres. En la variable “*Edad*” no encontramos homogeneidad. El grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico es el que presenta la media de edad más baja, y el grupo control es el que presenta la más alta. Esta variable se ha controlado en la medida en que ha supuesto un efecto contaminador para determinados análisis.

Los datos obtenidos en variables sociodemográficas se han analizado en diferentes ámbitos vitales: desempeño académico, laboral y personal.

En lo referente al nivel de rendimiento académico, a nivel de muestra total, destacamos que el 59,5% presenta un nivel educativo superior a 12 años de escolarización, un 31,9% no consigue llegar y un 8,6% no consigue titular en primaria. A nivel de grupos, el grupo control obtiene los niveles más altos en cuanto a rendimiento académico, frente a los grupos TDAH, siendo el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que presenta los niveles de rendimiento académico más bajos, con la nota media más baja y un número mayor de cursos repetidos. Los grupos TDAH presentan más problemas de comportamiento como expulsiones del colegio, nº de llamadas a los padres, absentismo, fugas, conducta disruptiva en las clases con o sin violencia. Se observa especialmente en los grupos TDAH con comorbilidad y con/sin antecedentes de diagnóstico. El grupo control informa de 0 casos en estas variables.

Respecto al ámbito de las relaciones personales, el grupo control muestra medias más bajas que los grupos TDAH en lo relativo al número de relaciones de parejas, en el inicio de las relaciones de pareja, es el que se inicia más tardíamente en las relaciones sexuales, aunque tenemos que señalar que los resultados obtenidos son similares a los obtenidos por los grupos con el trastorno. En cuanto a los grupos TDAH, presentan entre ellos medias similares y no hay diferencias estadísticamente significativas, excepto en el caso de la variable "*Total Parejas en convivencia*", en el que sí se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre ellos.

En el ámbito de rendimiento laboral, en el que fueron medidos el número de despidos laborales y el número de cambios de trabajo, el grupo control presenta puntuaciones más bajas y es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de

diagnóstico el que obtiene el peor rendimiento con mayor número de despidos y mayor número de cambios de trabajo.

Respecto a la sintomatología presente en la infancia, el grupo control puntúa significativamente más bajo que los grupos TDAH. Por su parte, el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico presenta la media más alta, con diferencias estadísticamente significativas frente a los otros grupos.

En cuanto a la gravedad de la sintomatología en la edad adulta, en la variable de Inatención, el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, como grupo, se percibe a sí mismo y es percibido más inatento. Los otros dos grupos presentan medias similares. En la variable de hiperactividad/impulsividad, en la edad adulta, es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que se percibe y es percibido más hiperactivo/impulsivo, obteniendo la media más alta de los tres grupos. En esta variable, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas.

## **5.2. Estadísticos variable inteligencia emocional, personalidad, inteligencia cognitiva y calidad de vida**

### **5.2.1. Estadística variable IIEE**

En la Tabla 13 y gráficos siguientes se muestran los resultados obtenidos en la variable IIEE. En primer lugar, se presenta un resumen completo de los resultados obtenidos en todos los cocientes de la variable IIEE, puntuación global así como puntuaciones en cada una de las dos áreas que mide la escala.

A continuación, se presentan los resultados de forma gráfica, con los comentarios correspondientes:

1. Puntuaciones en CIE\_T en el Gráfico 22.
2. Puntuaciones en el Área Experiencial (Percepción emocional, CIE\_PE - Gráfico 23 y Facilitación emocional, CIE\_FE - Gráfico 24).
3. Puntuaciones en el Área Estratégica (Comprensión emocional, CIE\_CE - Gráfico 25 y Manejo emocional, CIE\_ME - Gráfico 26).

Y, tras éstos, se presentan los resultados obtenidos para esta variable en función del género.

	CIE_PE		CIE_FE		CIE_CE		CIE_ME		CIE_T	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS
GRUPO CONTROL	106,04	12,90	100,60	11,24	104,88	11,63	106,68	11,73	106,00	11,60
GRUPO TDAH SIN COMORBILIDAD SIN ANTECEDENTES DE DIAGNOSTICO	107,32	16,02	101,84	11,77	107,58	13,04	104,94	12,86	106,74	13,20
GRUPO TDAH CON COMORBILIDAD SIN ANTECEDENTES DE DIAGNOSTICO	102,55	13,59	93,23	12,98	99,06	13,07	103,42	16,03	98,52	13,97
GRUPO TDAH CON COMORBILIDAD CON ANTECEDENTES DE DIAGNOSTICO	105,38	12,40	102,55	10,42	107,48	13,62	105,07	11,37	106,72	10,73

Tabla 13: Puntuaciones HEE (Media y DS)

De forma general, podemos observar que el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico obtendría la media más baja en todas las puntuaciones de las ramas así como en la global, comparado con el grupo control y con el resto de los grupos TDAH.

En el Gráfico 22 se analizan en detalle los resultados obtenidos en la variable CIE\_T en cada uno de los grupos experimentales.

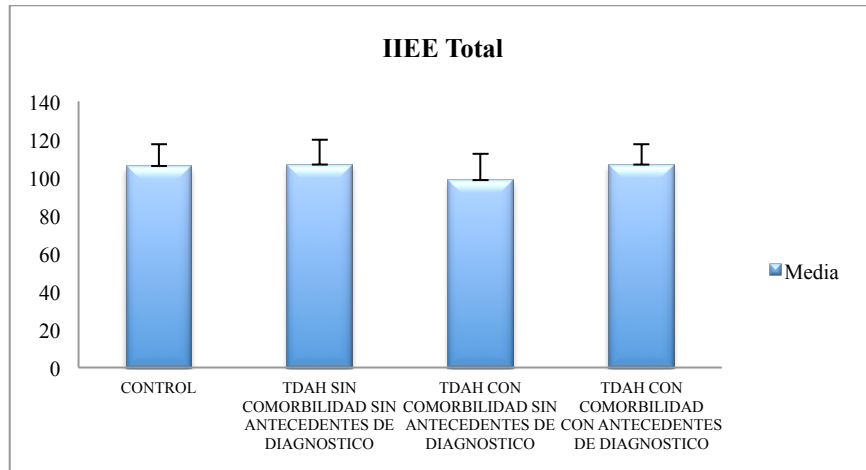


Gráfico 22: Medias CIE\_T

Ante los resultados obtenidos, destaca que los grupos TDAH presentan medias similares al grupo control, a excepción del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico que presenta la media más baja de CIE\_T respecto a todos los demás, con una *Media*=98,52 y *DS*=13,976. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en el efecto global de grupos *p*-valor 0,030. En comparaciones por pares, no se presentan resultados significativamente diferentes.

Se presentan los resultados obtenidos en el área experiencial, en las ramas de Percepción Emocional y Facilitación Emocional, en los gráficos siguientes.

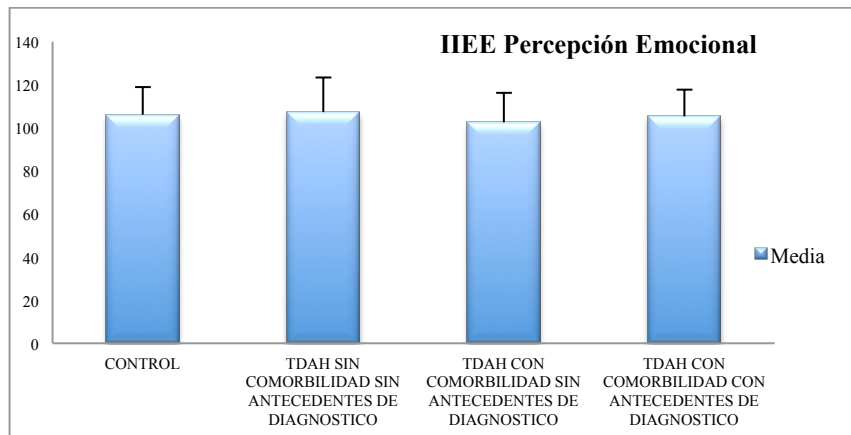


Gráfico 23: Medias CIE\_PE

En la rama de Percepción Emocional, todos los grupos presentan medias homogéneas, con la puntuación más alta obtenida por el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, con una *Media*=107,32 y *DS*=16,022. La más baja es la correspondiente al grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, con una *Media*=102,55 y *DS*=13,594. Según la prueba de efectos inter-sujetos no hay efecto grupo ni edad, y en comparaciones por parejas la prueba indica que no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

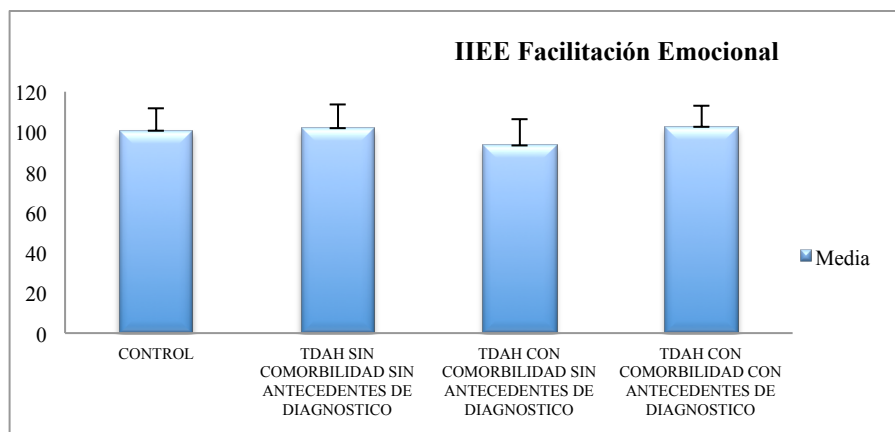


Gráfico 24: Medias CIE\_FE

En la rama de Facilitación Emocional, los resultados son similares entre el grupo control y los grupos experimentales TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, siendo el

grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que presenta la puntuación más baja, con una  $Media=93,23$  y  $DS=12,984$ . La más alta es la del grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, con una  $Media=102,55$  y  $DS=10,42$ . La prueba de efectos inter-sujetos muestra un efecto Grupo,  $p$ -valor 0,009, pero no hay efecto Edad. Se presentan diferencias estadísticamente significativas, entre el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico,  $p$ -valor 0,031. Y entre éste último y el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico,  $p$ -valor 0,020.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el área estratégica, en las ramas de Comprensión Emocional y Manejo Emocional.

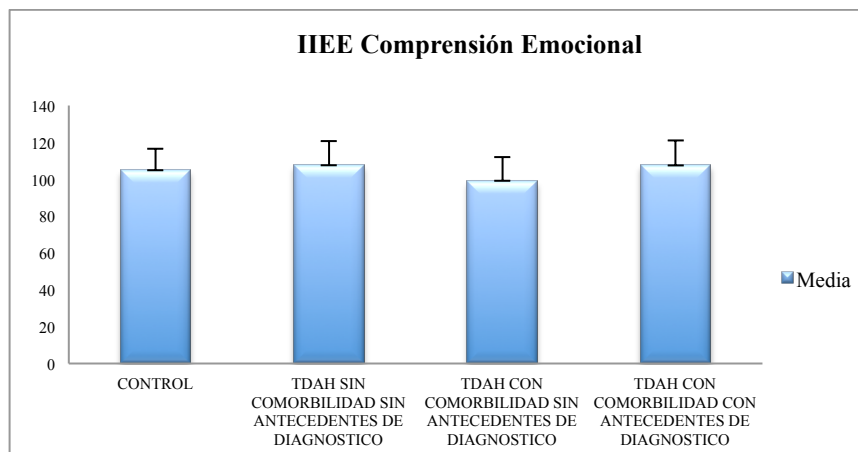


Gráfico 25: Medias CIE\_CE

En lo relativo a la Comprensión Emocional, el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes es el grupo que presenta la media más baja de CIE\_CE respecto a todos los demás, con una  $Media=99,06$  y  $DS=13,077$ . La puntuación más alta es la obtenida por el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico,  $Media=107,58$  y  $DS=13,03$ . Diferencias significativas

se presentan con un efecto global entre grupos a un nivel de  $p$ -valor 0,038. Y en las comparaciones por grupos, encontramos diferencias significativas entre el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstica  $p$ -valor 0,046.

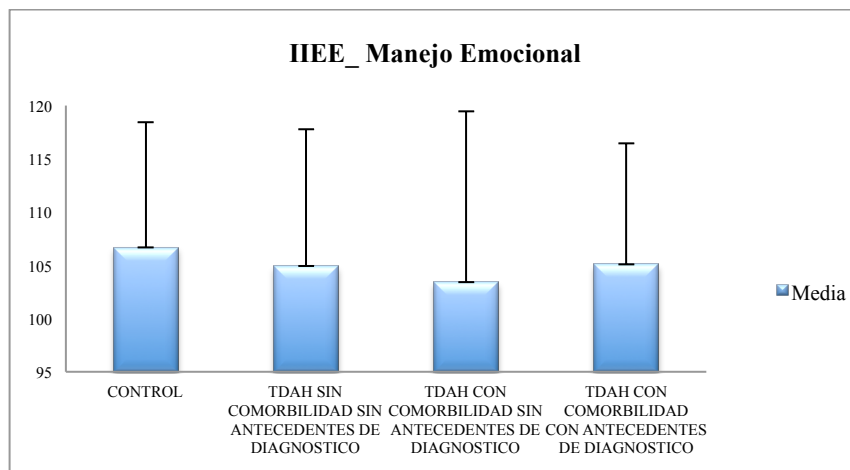


Gráfico 26: Medias CIE\_ME

En la rama Manejo Emocional, el grupo control presenta una media superior a los grupos TDAH. El grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es el que obtiene la media más baja con respecto a los demás, con una  $Media=103,42$  y  $DS=16,039$ . La puntuación más alta la presentó el grupo control, con una  $Media=106,68$  y  $DS=11,73$ . Los estadísticos correspondientes no informan de diferencias significativas entre ellos. Destacamos, en los resultados correspondientes a esta rama, la gran variabilidad de las puntuaciones representada por la desviación estándar, lo que podría estar influyendo en el análisis realizado. Una variabilidad elevada enmascara o reduce la significación de las pruebas.

En lo relativo a la variable IIEE, en función de la variable Género, se hicieron los análisis correspondientes encontrándose que existen diferencias estadísticamente

significativas entre hombres y mujeres en el cociente total de IIEE, así como en las ramas.

Se expresan en detalle los resultados obtenidos en los gráficos que se presentan a continuación.

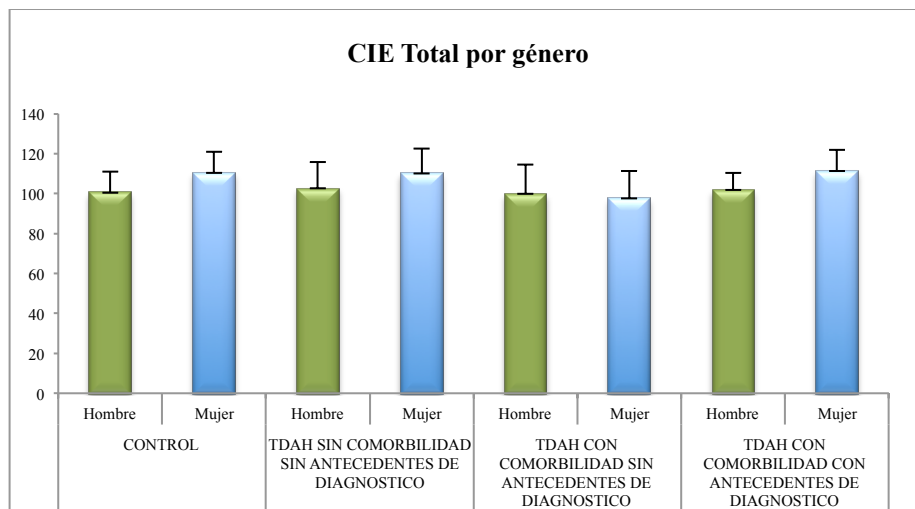


Gráfico 27: Medias CIE\_T en función del género

En la variable CIE\_T, los resultados muestran que las mujeres obtienen medias superiores a los hombres en todos los grupos, con excepción del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico en el que las mujeres presentan una media más baja. La prueba inter-sujetos informa de un efecto del factor Sexo con una significación estadística al nivel de  $p$ -valor 0,007. La puntuación más alta es la obtenida por las mujeres del grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, con una *Media*=111,27 y *DS*=10,780. La media más baja, entre las mujeres, es la correspondiente al grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, con una *Media*=97,63 y *DS*=13,805. La puntuación más alta entre los hombres es la obtenida por el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, con una *Media*=102,64 y *DS*=13,287. La puntuación más baja entre los hombres es la del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes

de diagnóstico, con una *Media*=97,63 y *DS*=13,805. Entre los grupos TDAH, existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstica, *p*-valor 0,015 y entre el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, *p*-valor 0,009.

En las comparaciones por pares entre los hombres, entre grupos no hay diferencia estadísticamente significativa. Entre las mujeres, encontramos una diferencia significativa: entre el grupo control y el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor 0,016.

Para el área experiencial, en función del sexo, los resultados en las ramas de Percepción Emocional y Facilitación Emocional se presentan seguidamente:

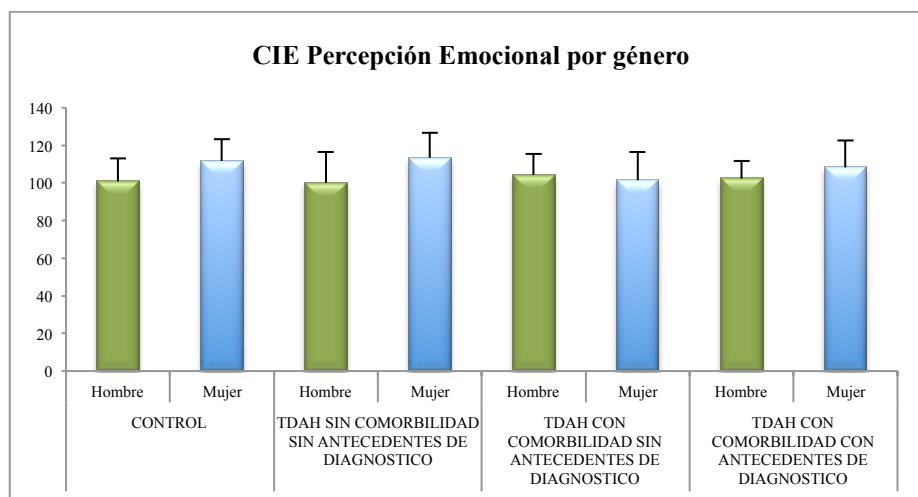


Gráfico 28: Medias CIE\_PE en función del género

En la variable CIE\_PE, los resultados muestran medias superiores en las mujeres frente a los hombres en todos los grupos, con excepción del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico en el que las mujeres presentan

una puntuación inferior en esta habilidad emocional, con una *Media*=101,42 y *DS*=15,064. Existen diferencias estadísticamente significativas en los grupos entre hombres y mujeres *p*-valor 0,007. Concretamente, se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, en el grupo control *p*-valor 0,032, y en el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico *p*-valor 0,006.

Las mujeres que obtienen la puntuación más alta son las que integran el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico con una *Media*=113,35 y *DS*=13,257. La puntuación más baja obtenida en todos los grupos es la correspondiente a los hombres del grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico con una *Media*=100,00 y *DS*=16,455. En comparaciones por pares, entre los grupos experimentales, no hay significación estadística.

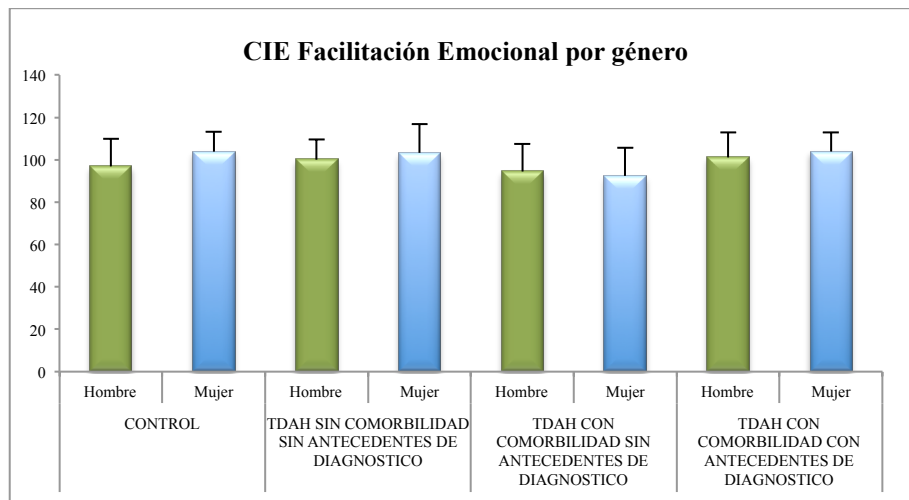


Gráfico 29: Medias CIE\_FE en función del género

En la variable CIE\_FE, los hombres obtienen medias inferiores en todos los grupos, con excepción del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico en el que las mujeres presentan una puntuación más baja, con una *Media*=92,42 y *DS*=13,188. Este grupo es el que obtiene la media más baja en esta habilidad en ambos sexos. La puntuación más alta es la presentada por el grupo

TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos entre hombres y mujeres  $p$ -valor  $0,016$ . En comparaciones por pares, entre los grupos, encontramos diferencias significativas entre el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico  $p$ -valor  $0,048$ , y entre éste último y el grupo TDAH con comorbilidad y con antecedentes de diagnóstico  $p$ -valor  $0,025$ . En los hombres, entre grupos no hay diferencias significativas a nivel estadístico. En las mujeres, entre grupos se encuentran diferencias significativas entre el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y el resto de los grupos: con el grupo control  $p$ -valor  $0,039$ , con el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico  $p$ -valor  $0,040$ , y con el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico  $p$ -valor  $0,034$ .

En lo referente al área estratégica, para las ramas de comprensión emocional y manejo emocional, los resultados se expresan en los gráficos siguientes:

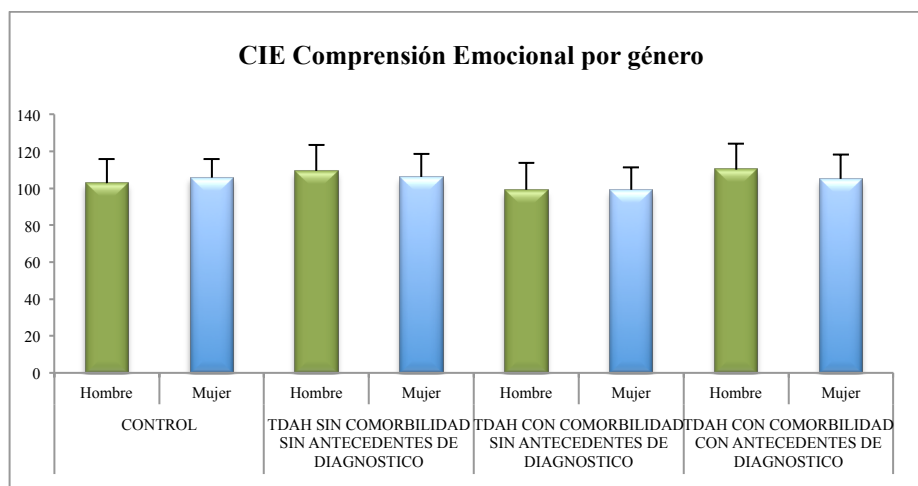


Gráfico 30: Medias CIE\_CE en función del género

En la variable CIE\_CE, se obtienen medias más altas en los hombres en dos grupos TDAH, en el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y en el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico. En el resto,

las medias son superiores en las mujeres frente a los hombres. Hay significación estadística efecto grupo al nivel de *p*-valor 0,038. En las comparaciones por pares entre grupos, no hay significación estadística. En cuanto al sexo, entre hombres y mujeres no hay significación estadística.

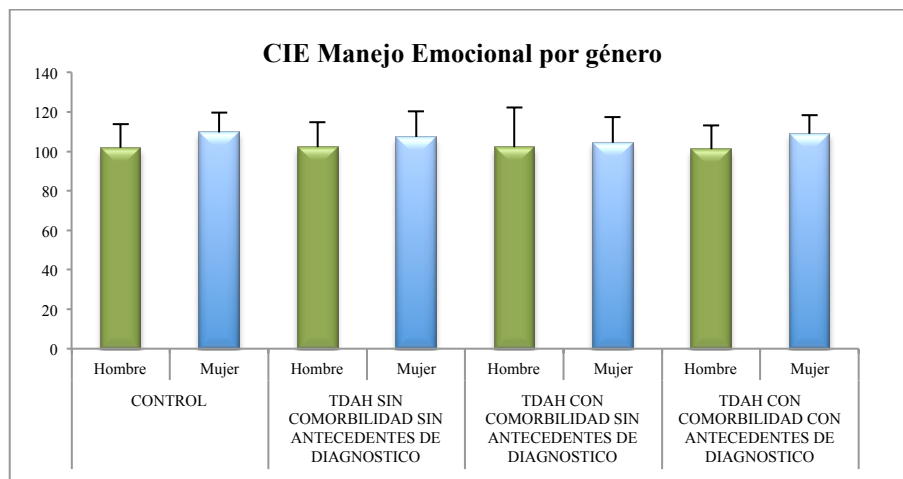


Gráfico 31: Medias CIE\_ME en función del género

Finalmente, en la variable CIE\_ME, las mujeres presentan medias superiores a los hombres en todos los grupos. El grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico presenta las puntuaciones más bajas en todos los grupos y en ambos sexos, siendo inferior la obtenida por los hombres con una *Media*=102,00 y *DS*=20,351 con diferencias estadísticamente significativas, *p*-valor 0,018. La puntuación más alta en esta habilidad es la presentada por las mujeres del grupo control, con una *Media*=109,60 y *DS*=9,920. En comparaciones por parejas, no hay diferencias estadísticamente significativas.

### 5.2.2. Estadística variable de personalidad

La variable personalidad, tal como se comentó anteriormente, se analizó a través del cuestionario factorial de personalidad 16PF5. Teniendo en cuenta las

características de las variables asociadas con este cuestionario, todos los análisis se llevaron a cabo mediante técnicas no paramétricas.

En lo que respecta a la relación de esta variable con la IIEE el análisis realizó utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados obtenidos, tal como se puede observar en la Tabla 14, mostraron que no existe ninguna correlación estadísticamente significativa entre ambas variables.

		PERCEPCION EMOCIONAL	FACILITACIÓN EMOCIONAL	COMPRESIÓN EMOCIONAL	MANEJO EMOCIONAL	CIE TOTAL
PERSONALIDAD AFABILIDAD	Coefficiente de correlación	-,100	-,102	,002	,043	-,127
	Sig. (bilateral)	,279	,270	,980	,646	,170
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD RAZONAMIENTO	Coefficiente de correlación	,006	-,013	,143	,049	,068
	Sig. (bilateral)	,946	,890	,122	,595	,462
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD ESTABILIDAD EMOCIONAL	Coefficiente de correlación	,112	,161	-,035	,071	,085
	Sig. (bilateral)	,227	,080	,706	,441	,357
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD DOMINANCIA	Coefficiente de correlación	-,023	-,109	,132	,041	-,015
	Sig. (bilateral)	,806	,239	,152	,658	,873
	N	116	116	116	116	116

PERSONALIDAD ANIMACIÓN	Coefficiente de correlación	-,051	,019	-,003	-,063	-,020
	Sig. (bilateral)	,581	,835	,973	,493	,831
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD ATENCIÓN NORMAS	Coefficiente de correlación	,151	,113	-,157	,232	,161
	Sig. (bilateral)	,101	,219	,088	,011	,080
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD ATREVIMIENTO	Coefficiente de correlación	-,052	,028	,060	-,005	,026
	Sig. (bilateral)	,576	,759	,520	,961	,776
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD SENSIBILIDAD	Coefficiente de correlación	,040	,035	-,112	-,133	-,042
	Sig. (bilateral)	,664	,702	,226	,148	,651
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD VIGILANCIA	Coefficiente de correlación	-,191	-,078	,178	-,123	-,106
	Sig. (bilateral)	,037	,401	,052	,183	,251
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD ABSTRACCIÓN	Coefficiente de correlación	-,147	-,027	,100	-,151	-,055
	Sig. (bilateral)	,111	,772	,278	,102	,552
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD PRIVACIDAD	Coefficiente de correlación	,127	-,071	,101	-,016	,008
	Sig. (bilateral)	,170	,441	,275	,860	,935
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD APRENSIÓN	Coefficiente de correlación	-,035	-,115	,036	-,090	-,066
	Sig. (bilateral)	,704	,212	,698	,328	,475
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD APERTURA	Coefficiente de correlación	-,066	,050	,061	-,047	-,039
	Sig. (bilateral)	,473	,588	,513	,614	,672

	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD AUTOSUFICIENCIA	Coefficiente de correlación	-,020	-,057	-,053	-,063	-,070
	Sig. (bilateral)	,829	,541	,571	,496	,451
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD PERFECCIONISMO	Coefficiente de correlación	,082	,005	-,013	,110	,088
	Sig. (bilateral)	,373	,957	,885	,235	,344
	N	116	116	116	116	116
PERSONALIDAD TENSIÓN	Coefficiente de correlación	-,062	-,181	,128	-,128	-,067
	Sig. (bilateral)	,503	,049	,164	,167	,467
	N	116	116	116	116	116

Tabla 14: Correlaciones HEE y Personalidad

### 5.2.3. Estadística variable CI

En lo que respecta a la variable CI, se presentan los resultados obtenidos en el nivel total de la variable, en el Gráfico 32.

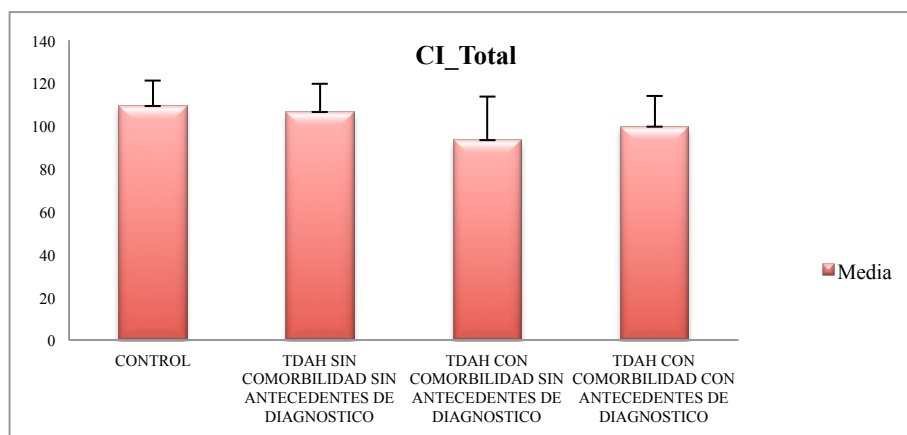


Gráfico 32: Medias CI\_Total

Tal como muestran los resultados, el grupo control presenta la media más alta de todos los grupos en el CI\_T, con una *Media*=109,28 y *DS*=11,79. El grupo

TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es el que obtiene la puntuación más baja en comparación con el grupo de controles sanos así como con los otros dos grupos TDAH, con una *Media*=99,59 y *DS*=14,50. Solo se muestran diferencias significativas a nivel estadístico, entre el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y el grupo control *p*-valor 0,001; y con el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor 0,007.

En lo que respecta a los análisis realizados en los sub-cocientes de CI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

#### 5.2.4. Estadística variable QoL

Se muestran, a continuación, los datos descriptivos e inferenciales de la variable QoL en los diferentes grupos.

En la Tabla 15, se muestra una comparación entre la población estudiada en el presente estudio con dos estudios realizados sobre QoL en población de adultos con TDAH (382, 430).

	G1(a)	E1*	E2*	G2(b)	E1*	E2*	G3(c)**	G4(d)	E1*	E2*
QoL_T	71,52	78,0	78,0	59,41	61,0	58,9	46,77	54,3	61,0	60,7
QoL_P	76,11	84,4	84,4	58,48	63,6	62,2	43,23	52,80	61,7	62,2
QoL_SP	72,86	74,1	74,1	59,18	54,8	52,4	35,01	52,14	56,7	56,7
QoL_RS	76,68	76,9	74,1	67,80	62,7	56,9	59,64	59,88	62,8	58,3
QoL_PV	66,52	71,1	71,9	53,14	61,3	60,2	44,90	50,52	62,2	63,9

**Tabla 15: Comparaciones resultados QoL con estudios en adultos con TDAH**

(a) G1: Grupo Control; (b) G2: Grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico; (c) G3: Grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico; (d) G4: Grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico; (\*) E1 y E2: Estudios en QoL en una muestra de sujetos con TDAH (382, 430) (\*\*) No se encontraron estudios comparativos con las mismas características que este grupo.

Los resultados muestran que las puntuaciones obtenidas en la muestra y en los dos estudios tomados como referencia son similares.

A continuación, se expresan en detalle los resultados para los grupos de nuestra investigación.

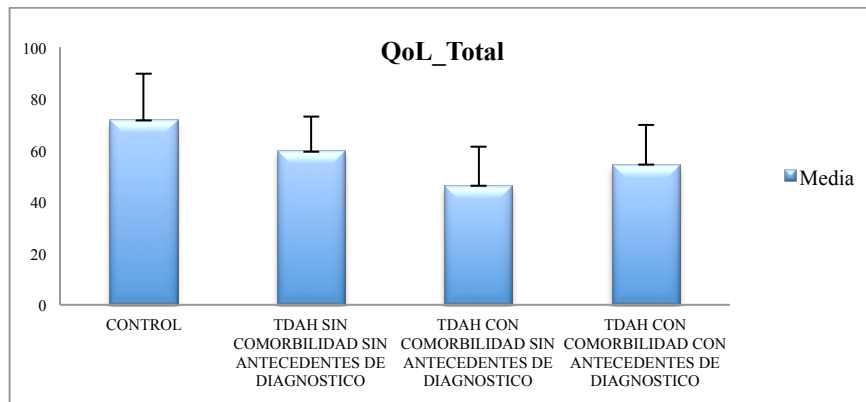


Gráfico 33: Medias QoL\_Total

En la variable QoL\_T, los resultados indican claramente una media inferior en los grupos TDAH frente al grupo control, que presenta la puntuación más alta en QoL, con una *Media*=71,52 y *DS*=18,03. El grupo que presenta la más baja es el TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, con una *Media*=46,17 y *DS*=15,30. Obtenemos efecto grupo estadísticamente significativo, según la prueba de efectos inter-sujetos, *p*-valor=0,000.

En cuanto a las comparaciones por parejas, el grupo control presenta diferencias estadísticamente significativas con el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor=0,031; con el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor=0,000; y con el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, *p*-valor=0,004. Entre los grupos TDAH, existe diferencia significativa entre el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor=0,009.

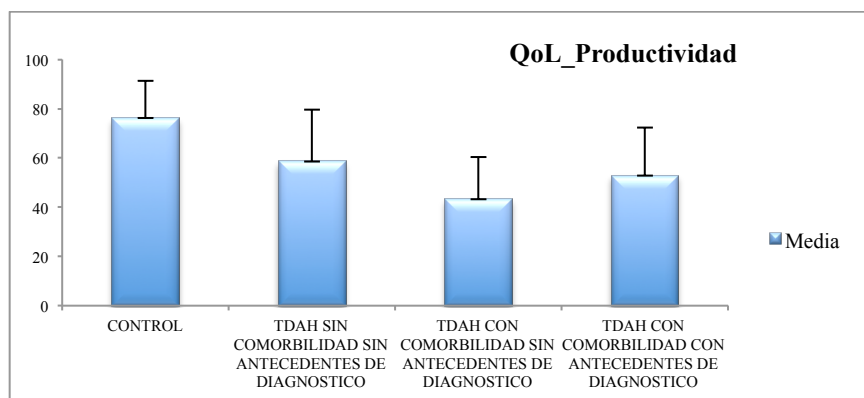


Gráfico 34: Medias QoL\_P

En la variable QoL\_P, los resultados indican claramente una valoración inferior del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico frente al resto de los grupos, obteniendo una *Media*=43,23 y *DS*=17,26. El grupo control es el que presenta la más alta de los grupos, con una *Media*=76,12 y *DS*=15,27. La prueba de efectos inter-sujetos muestra efecto grupo estadísticamente significativo, *p*-valor 0,000. Y en comparaciones por parejas, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y los grupos TDAH, con *p*<0,01, en los tres casos. Entre los grupos TDAH, encontramos diferencia estadísticamente significativa entre el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor 0,019.

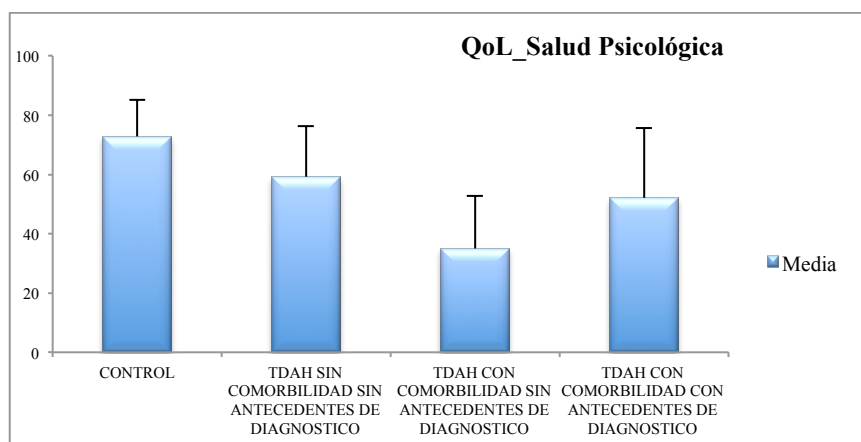


Gráfico 35: Medias QoL\_SP

En la variable QoL\_SP, los resultados indican que el grupo control presenta la puntuación más alta en esta dimensión, con una *Media*=72,94 y *DS*=11,94 y es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que presenta la más baja de todos los grupos, con una *Media*=35,01 y *DS*=17,82. Encontramos de nuevo efecto grupo con diferencia estadísticamente significativa al nivel de *p*-valor 0,000. En comparaciones por parejas, se presentan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y los grupos TDAH. Con el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor=0,024; con el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico *p*-valor=0,000; y con el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico *p*-valor=0,000. Y entre los grupos TDAH, obtenemos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor=0,000. Y entre los grupos TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, *p*-valor=0,007.

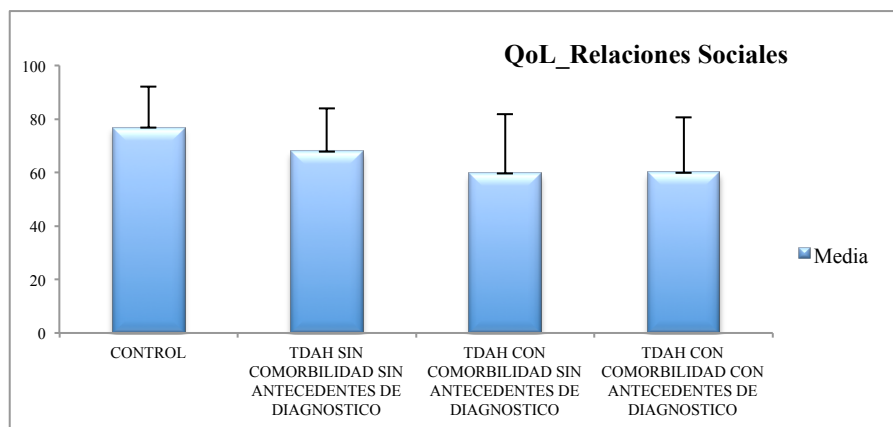


Gráfico 36: Medias QoL\_RS

En la variable QoL\_RS, los resultados indican que el grupo control presenta la valoración más alta de todos los grupos, con una *Media*=77,57 y *DS*=14,87. Los grupos TDAH con comorbilidad y sin/con antecedentes de diagnóstico muestran las puntuaciones más bajas, siendo similares entre ellos: *Media*=59,64 y *DS*=22,26 y

*Media*=59,88 y *DS*=20,62, respectivamente. La prueba inter-sujetos muestra efecto grupo, *p*-valor=0,001. En comparaciones por parejas, encontramos diferencias significativas entre el grupo control y los grupos TDAH: con el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico *p*-valor 0,002; y, con el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico *p*-valor 0,003. Entre los grupos TDAH, no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

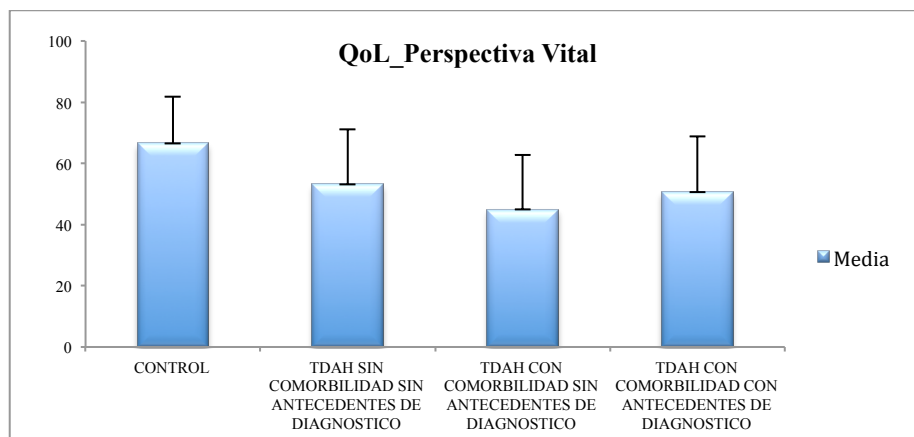


Gráfico 37: Medias QoL\_PV

En la variable QoL\_PV, los resultados indican que el grupo control presenta la valoración más alta frente a todos los grupos TDAH, con una *Media*=66,52 y *DS*=15,22. La más baja es la presentada por el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, con una *Media*=44,90 y *DS*=17,89. En la prueba de efectos inter-sujetos, encontramos efecto grupo estadísticamente significativo con *p*-valor 0,000. En comparaciones por parejas, se presentan diferencias estadísticamente significativas, entre el grupo control y los grupos TDAH. Con el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor 0,037. Con el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, *p*-valor 0,000. Con el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, *p*-valor 0,031. Entre los grupos TDAH no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

## **RESUMEN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE IIEE, PERSONALIDAD, CI Y QoL**

En la variable IIEE, el grupo control presenta habilidades emocionales superiores a todos los grupos TDAH, a nivel global y en cada una de sus dimensiones, aunque este efecto no alcanza valores estadísticamente significativos en todas ellas. Entre los grupos TDAH, es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que presenta la puntuación más baja en habilidades emocionales en todas las ramas, siendo la habilidad CIE\_FE, perteneciente al área experiencial, en la que este grupo presenta menor nivel de habilidad. En cuanto al género, las mujeres de todos los grupos obtienen puntuaciones más altas que en los hombres, con la excepción del caso de las mujeres del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. En este grupo, los hombres presentan puntuación superior en ambas áreas. Las mujeres del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico son, por tanto, los sujetos que presentan los niveles más bajos en habilidades emocionales, especialmente en la variable de facilitación emocional (CIE\_FE).

En la variable CI, el grupo control ha obtenido la puntuación más alta de todos los grupos en el CI\_T. En los grupos TDAH, la puntuación más baja es la correspondiente al grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas,  $p$ -valor  $<0,01$ . No se obtuvieron diferencias en los sub-cocientes de CI.

Con respecto a la variable de personalidad en la asociación con la IIEE, no se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa con la IIEE, a nivel de escala global ni en ninguna de las cuatro ramas del modelo.

Finalmente, en la variable QoL, los grupos TDAH perciben una QoL claramente inferior comparado con los controles sanos. Encontramos que el grupo control presenta una valoración más alta en todas las dimensiones de QoL. Y entre los grupos TDAH, es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico el que presenta la valoración más baja en todas las dimensiones. Las diferencias son estadísticamente significativas entre el grupo control y los grupos TDAH, y entre éstos, se encuentran diferencias significativas también en todas las dimensiones. En lo que respecta a las diferentes dimensiones de la variable QoL, la que obtiene menos valoración es la que corresponde a la salud psicológica, y la que es mejor valorada es la dimensión de relaciones sociales en todos los grupos TDAH.

### **5.3. RELACION ENTRE VARIABLES**

En este apartado, comentaremos los resultados obtenidos en las relaciones encontradas entre las variables IIEE con QoL, IIEE con las variables sociodemográficas y sintomatológicas e IIEE con la variable CI.

En las variables sociodemográficas, en el nivel de rendimiento académico se ha encontrado correlación positiva estadísticamente significativa entre el “*Rendimiento Nota Media ESO*” y la dimensión de IIEE de comprensión emocional, CIE\_CE ( $r=0,197$ ,  $p$ -valor 0,035); correlación entre el “*Nº Cursos repetidos Total*” y la dimensión de IIEE de facilitación emocional, CIE\_FE ( $r=0,212$ ,  $p$ -valor 0,022); y correlación negativa entre “*Nº Cambios Colegios*” y la dimensión de IIEE de comprensión emocional, CIE\_CE ( $r=-0,277$ ,  $p$ -valor 0,003). En el nivel de rendimiento en los ámbitos laboral y personal, no se encontraron correlaciones entre las variables correspondientes e IIEE.

En las variables sintomatológicas del TDAH y su relación con la variable IIEE, los resultados indicaron que no existen correlaciones estadísticamente significativas entre la gravedad del trastorno en la infancia con las dimensiones de IIEE. Tampoco se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la gravedad sintomatológica del TDAH en la edad adulta y la IIEE.

En cuanto al CI, en la Tabla 16, se presenta un resumen comparativo de las puntuaciones obtenidas en CI\_Total y CIE\_Total en los grupos experimentales.

	CI_T	CIE_T
	Media	Media
GRUPO CONTROL	109,28	106,00
GRUPO TDAH SIN COMORBILIDAD SIN ANTECEDENTES DE DIAGNOSTICO	106,42	106,74
GRUPO TDAH CON COMORBILIDAD SIN ANTECEDENTES DE DIAGNOSTICO	93,26	98,52
GRUPO TDAH CON COMORBILIDAD CON ANTECEDENTES DE DIAGNOSTICO	99,59	106,72

**Tabla 16: Puntuaciones Medias CI\_T y CIE\_T**

Podemos observar que el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico presenta las puntuaciones inferiores, tanto en CI como en IIEE, comparado con el grupo de los controles sanos. El grupo con puntuación más alta en los grupos TDAH, en las dos variables, es el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Es destacable que el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico presenta un nivel de CI más bajo, y muy similar a la puntuación más baja obtenida por los grupos TDAH y, en cambio, su nivel de IIEE es muy similar al obtenido por el grupo control. En lo relativo a la correlación entre la variable IIEE y CI, todas las correlaciones encontradas fueron débiles (en torno a 0,20) pero siempre positivas, lo que nos indica que a mayor puntuación en una variable mayor puntuación en la otra.

Tomando en consideración uno de los objetivos de nuestra investigación, se analizaron las posibles relaciones entre la variable IIEE y la variable QoL, para determinar en qué medida la IIEE pueda ser una variable asociada a una mejor valoración de la QoL.

Según podemos observar en la Tabla 17, los resultados indican que la rama experiencial de la IIEE (CIE\_PE y CIE\_FE) está relacionada con la QoL. CIE\_PE correlaciona de forma positiva con la QoL en su dimensión total, así como en la sub-dimensión de Productividad Vital (ambos  $p$ -valores $<0,05$ ). CIE\_FE correlaciona positivamente y de forma más fuerte con la sub-dimensión de Salud Psicológica,  $p$ -valor $< 0,007$ . No encontramos correlación en el resto de las variables.

		PERCEPCION EMOCIONAL	FACILITACIÓN EMOCIONAL	COMPREENSIÓN EMOCIONAL	MANEJO EMOCIONAL	CIE TOTAL
QoL PRODUCTIVIDAD	Correlación de Pearson	,192	,104	-,106	,070	,070
	Sig. (bilateral)	,037	,261	,250	,450	,452
	N	116	116	116	116	116
QoL SALUD PSICOLOGICA	Correlación de Pearson	,158	,245	,134	,042	,187
	Sig. (bilateral)	,085	,007	,147	,649	,041
	N	116	116	116	116	116
QoL RELACIONES SOCIALES	Correlación de Pearson	,117	,082	,047	-,055	,045
	Sig. (bilateral)	,204	,378	,609	,551	,624
	N	116	116	116	116	116
QoL PERSPECTIVA VITAL	Correlación de Pearson	,030	,006	-,061	-,075	-,053
	Sig. (bilateral)	,747	,946	,509	,415	,566
	N	116	116	116	116	116
QoL TOTAL	Correlación de Pearson	,200	,173	,023	,039	,148
	Sig. (bilateral)	,029	,060	,807	,670	,107
	N	116	116	116	116	116

Tabla 17: Correlación QoL con IIEE

## 6. **D**ISCUSSION

### 6.1. PRINCIPALES HALLAZGOS

Como se ha podido comprobar, en la revisión bibliográfica así como en nuestra investigación, el TDAH no suele desaparecer en la edad adulta y presenta una importante tendencia a afectar a un número elevado de personas, causando deterioro significativo en diferentes áreas vitales con un nivel más bajo de desempeño en rendimiento académico, relaciones interpersonales, rendimiento profesional, etc. Esto suele suponer para el adulto con TDAH una contribución negativa a la valoración que realice de su QoL. Con el fin de analizar adecuadamente la QoL en población con TDAH se han desarrollado instrumentos específicos para poder medirla. En esta investigación se ha utilizado la Escala de Calidad de Vida para Adultos con TDAH (382).

Según la literatura, las emociones afectan a la salud de forma integral, mental y físicamente, a la calidad de las relaciones sociales así como al rendimiento en los diferentes ámbitos de la persona (431). La IIEE, entendida desde el modelo de Habilidades, modelo de las cuatro ramas, es un conjunto de habilidades emocionales, que estarían organizadas de forma jerárquica: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y manejo de las emociones, tanto de las propias como de las ajenas (406). El modelo enfatiza la unión así como la complementación funcional entre los procesos afectivos y cognitivos. Diversos autores han demostrado que la IIEE se diferencia de otras dimensiones, como es el caso de la personalidad y del CI. Es necesario señalar que la operativización de la IIEE como capacidad

cognitiva llevaría a un constructo diferente que si se operativiza como un rasgo de personalidad, por lo que en nuestro trabajo decidimos comprobar la relación de esta variable con la IIEE. Los resultados de los análisis indicaron que no existía correlación entre ninguno de los factores de personalidad y la IIEE, a nivel global ni con ninguna de las cuatro ramas del modelo.

Teniendo en cuenta que la IIEE es medida con instrumentos de ejecución, podría cumplir las exigencias de una inteligencia (399), por lo que según diferentes autores se encontraría al mismo nivel que la inteligencia cognitiva. Esta definición así como la independencia de ambos tipos de inteligencia es importante, ya que el entrenamiento y desarrollo de las competencias emocionales parece ser una variable más que contribuye al mejor rendimiento vital y QoL de las personas. Así, la IIEE se presentaría como un posible factor asociado, predictor o moderador significativo de un mayor rendimiento y satisfacción a nivel vital (432) y con ello una mejor valoración de la QoL. Desde esta posición, existe la necesidad de demostrar su validez predictiva, analizar el grado de varianza explicativo de la IIEE, considerando otras variables como el CI o la personalidad, que han sido consideradas hasta hace poco como las variables que han explicado un mejor nivel de QoL.

A pesar de que en numerosos estudios sobre la IIEE se han utilizado medidas de autoinforme, cuyos costes son menores por su facilidad en el uso, aplicación a los sujetos y menor coste económico, en la presente investigación se ha optado por la utilización de una medida de ejecución, con el objetivo de realizar la evaluación de la IIEE entendida como un conjunto de habilidades. El instrumento de medición debe ser de rendimiento máximo para la evaluación de habilidades y sólo elegir autoinformes en el caso de que el objetivo perseguido sea la medición de la IIEE como rasgo (autoeficacia emocional). El instrumento elegido en nuestra

investigación ha sido el MSCEIT, desarrollado por los propios autores del modelo, y que puede aportar resultados sobre la capacidad de la persona en diferentes tareas de habilidad emocional (433), desde la base teórica de un modelo de IIEE como un constructo diferente al de personalidad o al de CI. Asimismo, diferentes autores recomiendan que las investigaciones se realicen con este tipo de instrumento de medida, para que se pueda evaluar lo más objetivamente posible, al contrario de los auto-informes que parten de una base más subjetiva (407, 434).

Un primer aspecto a destacar son los resultados que se han derivado de los análisis realizados sobre las variables sociodemográficas y sintomatológicas de la muestra. Teniendo en cuenta que los rendimientos a nivel académico, laboral y personal van a influir en el nivel de valoración de la QoL de la persona, se ha hecho un análisis de estas variables con el fin de obtener los rendimientos personales en la muestra estudiada. De igual manera, teniendo en cuenta el papel modulador del TDAH en la persona, también se han hecho los análisis correspondientes para determinar la asociación de las variables sintomatológicas del trastorno en el nivel actual de habilidades emocionales de los sujetos.

A nivel de éxito académico, los resultados muestran que los grupos TDAH han obtenido unos rendimientos inferiores al grupo control. Los grupos TDAH presentan un mayor nivel de fracaso escolar -con un nivel del 35/42% frente al 8% del grupo control-, un menor nivel de rendimiento académico, mayor absentismo escolar o fugas, con las medias más altas en conductas disruptivas, ya sea con o sin violencia, su nivel educativo es más bajo en los tres grupos que el obtenido por el grupo control, el número de cursos repetidos es más alto, y las expulsiones del colegio así como las llamadas a los padres son más frecuentes en los sujetos con TDAH. Entre ellos, los grupos TDAH con comorbilidad y con/sin antecedentes de

diagnóstico son los que peor rendimiento presentan. Podemos interpretar los resultados obtenidos en la misma línea que otros autores que han indicado, en diferentes estudios de seguimiento hasta la edad adulta, que la población con TDAH muestra diferencias significativas en el rendimiento académico frente a sujetos que no presentan el trastorno. La tendencia es que logran menor formación a nivel académico, con niveles de fracaso escolar más elevados, en comparación con los grupos control, aún presentando niveles similares de CI. Nuestros resultados corroboran los obtenidos en estudios anteriores (435, 436), en los que se informa de un peor rendimiento académico (437).

A nivel de relaciones personales, los grupos TDAH presentan un número superior de parejas de duración de más de tres meses comparado con el grupo de controles sanos, observándose una tendencia a que se emparejen un mayor número de veces, lo que indicaría que estos sujetos tienden a una mayor afectación de su funcionamiento a nivel relacional, lo que les lleva a mayor frecuencia de rupturas sentimentales. Las medias entre los grupos TDAH son similares, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos. En el ámbito personal, los grupos TDAH se inician con mayor prontitud en el establecimiento de relaciones de pareja, aunque las medias son similares entre los grupos y no se presentan diferencias estadísticamente significativas. En lo que se refiere a las relaciones sexuales, los grupos TDAH se inician a una edad más temprana que el grupo control, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Finalmente, en lo relativo al número total de parejas en convivencia, los grupos TDAH formalizan en menor número sus relaciones de pareja, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En el ámbito laboral, los datos presentados por los grupos TDAH nos indican una mayor inestabilidad de estos grupos frente a los controles sanos. Los sujetos de estos grupos son despedidos o cambian de trabajo en un mayor número de ocasiones comparado con el grupo control, encontrando con éste diferencias estadísticamente significativas. Entre los grupos TDAH no se observan diferencias.

Los resultados han coincidido con lo encontrado en la literatura (438), quedando demostrado en nuestra población que los grupos TDAH obtienen un nivel más bajo de rendimiento en estos tres ámbitos vitales, comparado con los controles sanos. En cuanto a los rendimientos entre los grupos TDAH, el que obtiene los peores es el grupo con comorbilidad y sin antecedentes de diagnóstico.

Además de los resultados obtenidos en las variables sociodemográficas, que han mostrado que los grupos TDAH presentan peores niveles de rendimiento frente a los controles sanos, la valoración de la QoL que hicieron los sujetos con TDAH también ha mostrado ser inferior a los controles sanos, a nivel global y en todas las dimensiones.

El grupo que presenta una peor valoración es el grupo con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico en todas las dimensiones, estando especialmente afectada la de salud psicológica. En lo que respecta a los otros dos grupos TDAH, es el grupo TDAH sin comorbilidad y sin antecedentes de diagnóstico el que tiene una mejor valoración de su QoL. La dimensión que es percibida como menos afectada en todos los grupos es la de relaciones sociales (QoL\_RS). Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la QoL total y en todas las dimensiones.

Estos resultados confirman lo aportado en investigaciones anteriores, en las que los datos muestran que adultos con TDAH presentan un mayor nivel de sufrimiento por la disfuncionalidad causada por el trastorno, así como por la

acumulación de efectos negativos (439, 440). La valoración de la QoL de los sujetos que presentan TDAH es significativamente peor que la de los sujetos sin TDAH y, según la literatura, la gravedad de los síntomas correlacionaría de forma negativa con el nivel de QoL (387). Según la investigación, los adultos con TDAH presentarían una valoración de su QoL más baja que los sujetos controles (381). Mostrarían tendencia a presentar una sensación de peor bienestar psicológico, aunque aún no se ha podido explicar lo que les lleva a sentirse así dado el limitado número de estudios al respecto en esta población, aunque claramente parece existir una asociación significativa entre la presencia del trastorno y un peor nivel de satisfacción vital.

De forma adicional, la comorbilidad podría ser un factor de peor pronóstico en la evolución del trastorno. Sujetos con TDAH con una menor gravedad sintomatológica y con menor presencia de comorbilidad o que han recibido tratamiento reportan menor disfuncionalidad. Lo hemos encontrado en nuestra investigación y está en línea con lo encontrado en la literatura (388).

Tal como se recoge en los diversos meta-análisis, las personas emocionalmente inteligentes, es decir, con un nivel más alto de IIEE, no sólo parece que poseen una mayor capacidad para percibir, comprender y regular sus emociones, repercutiendo de forma positiva en su bienestar personal, sino que presentarían una mayor estabilidad en sus estados emocionales, favoreciendo de este modo unas mejores relaciones sociales, familiares e íntimas. Todo ello conllevaría un mayor éxito a nivel personal, en diferentes ámbitos vitales, y también una mejor y más satisfactoria percepción de su QoL (441, 442).

Tomando en consideración los resultados encontrados en rendimiento vital y niveles de valoración de la QoL de los grupos TDAH y que la IIEE parece ser, según

la investigación, una variable que podría estar asociada a un mejor desempeño y satisfacción vital, planteamos diferentes hipótesis en relación con la IIEE.

Con el objetivo de entender los resultados y las relaciones encontradas, así como con el fin de facilitar su interpretación, repasamos una por una las hipótesis:

**H1: *Los sujetos con TDAH presentarán menor puntuación en la escala global de IIEE, así como en cada una de las cuatro ramas del modelo, medido con el MSCEIT, comparado con los sujetos del grupo control.***

Los datos obtenidos en la muestra estudiada indican que solo se puede aceptar de forma parcial la hipótesis planteada, al no confirmarse que todos los grupos de los sujetos TDAH presenten niveles inferiores en la escala global de IIEE, ni en las cuatro ramas del modelo, medido con el MSCEIT.

En lo relativo a la escala global de CIE, sólo se encontró una puntuación más baja en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Las puntuaciones medias obtenidas en todos los grupos se encuentran entre las consideradas normales y promedios con el resto de la población baremada con el MSCEIT. Resulta destacable que los grupos control y los grupos TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico presenten una puntuación en la escala global muy similar, en torno a una *Media=106,0*, frente al grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico que presenta una *Media=98,5*. Se observan diferencias estadísticamente significativas, con un efecto global de grupo.

En lo que se refiere a cada una de las ramas, los resultados obtenidos en percepción emocional muestran que el funcionamiento de los grupos TDAH solo es inferior a los controles sanos en el caso del grupo TDAH con comorbilidad sin

antecedentes de diagnóstico. En los otros grupos, las puntuaciones son similares al grupo control. No hay diferencias estadísticamente significativas. Los resultados obtenidos en la rama facilitación emocional muestran que el funcionamiento en esta rama es peor en el caso del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. El grupo control y los otros dos grupos TDAH muestran puntuaciones similares entre ellos. Se puede observar diferencias de grupo estadísticamente significativas. En comprensión emocional, el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es el que presenta el peor funcionamiento, y de nuevo tanto el grupo control como los otros dos grupos obtienen puntuaciones muy similares entre ellos. Se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Finalmente, en la rama de manejo emocional, el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es el que también presenta el peor funcionamiento de todos los grupos. El resto de grupos, incluido el control, obtienen puntuaciones muy similares entre ellos. No se presentan diferencias estadísticamente significativas entre ellos, aunque es de mencionar que la variabilidad mostrada en la desviación estándar puede ser indicativa de una enmascaración de la prueba o sesgo en los resultados.

Revisados los resultados, el grupo que se presenta con un peor nivel de IIEE es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, tanto en el área experiencial como en el área estratégica, comparado con los controles sanos y con los otros grupos TDAH. El área que presenta una menor puntuación en este grupo es la experiencial, compuesta de las ramas percepción y facilitación emocional, siendo en ésta última en la que estos sujetos son menos hábiles.

La habilidad percepción emocional supone el primer paso en el procesamiento de la información emocional, siendo la base del resto de habilidades emocionales. Si una persona no percibe adecuadamente esta información, no podrá hacer un uso adecuado de ella (443). Como cualquier otro proceso perceptivo requiere prestar la suficiente atención para poder decodificarla con exactitud (191). La correcta percepción emocional facilita el proceso de autorregulación necesario para un mejor ajuste a nivel social y personal (444), constituyendo una habilidad previa necesaria para elaborar cualquier estrategia de regulación emocional. Tras ésta, la facilitación emocional, sería la siguiente habilidad necesaria para una buena gestión emocional y para disponer de esquemas eficientes que puedan ayudar a pensar mejor. Se centra en la manera en que las emociones van a afectar al sistema cognitivo y van a contribuir en la toma de una decisión. Cuando una persona no presenta una competencia adecuada en esta habilidad no puede realizar una adecuada priorización de sus procesos cognitivos básicos, focalizando la atención en lo realmente importante. Esto le llevaría a dirigir su acción hacia otro punto, con las consecuencias que puedan conllevar. Tal como hemos visto a lo largo de la revisión de la investigación, las emociones van a actuar sobre el razonamiento y la forma en que la persona procesa la información. El estado emocional va a favorecer un acercamiento determinado a un problema específico, cambiando la perspectiva y fomentando la consideración de múltiples puntos de vista.

En nuestros resultados hemos comprobado que el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es el que presenta el área experiencial más afectada. Las personas con TDAH suelen presentar importantes dificultades en el manejo de sus emociones, las viven con más intensidad y durante más tiempo, llegando incluso a la explosión emocional. Suelen ser etiquetados de excesivamente

intensos o excesivamente apáticos. Esta vivencia más intensa va a hacer que se sientan invadidos emocionalmente y suponga una interferencia en los procesos de regulación realizada por las funciones ejecutivas, que son las encargadas de dar la forma final y configurar la acción correspondiente. El procesamiento emocional más intenso de una persona con TDAH supondrá que para poder aprender de la experiencia, ésta deba ser más impactante para ellos. Con estas características, una persona con TDAH tendría una incorrecta imagen del mundo, por lo que su línea de actuación y manejo puede acabar siendo errónea. Según la investigación, las funciones ejecutivas afectadas en el TDAH podrían influir en la existencia de estas dificultades emocionales, y ello conllevaría una adaptación peor de su comportamiento en los diferentes contextos, generando impulsividad en la expresión emocional, problemas de autocontrol y de resolución de conflictos, etc. Percibir emociones inadecuadas, sobre o infra dimensionadas supondría una incorrecta regulación de su conducta (445).

La base neurológica del TDAH también podría mostrar la existencia de alteraciones en estructuras cerebrales relacionadas con la emoción, tal como el córtex prefrontal o sistema límbico. Según algunas investigaciones, estas alteraciones podrían explicar la existencia del trastorno en el desarrollo del autocontrol y deficiencia en la autoregulación emocional (174, 446). Una identificación emocional errónea, tanto de las propias emociones como de las ajenas, supondría una mayor dificultad para la atención de las señales sociales y la anticipación de resultados, así como las consecuencias de éstos, en uno mismo y en los demás. Su déficit en la regulación emocional puede conllevar que no detecten correctamente lo que ocurre en cada momento, y lo que deben hacer. Según todo esto, el que los sujetos del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico presenten un menor nivel

de IIEE, especialmente en el área experiencial, podría influir negativamente en el déficit de auto-regulación emocional, que suele estar presente en personas con el trastorno. Podrían no contar con habilidades adecuadas para poder priorizar correctamente y dirigir la atención hacia la información relevante e importante para esa situación, haciendo más complicado el afrontamiento que deban hacer en ese momento. Las emociones entran en el sistema cognitivo como señal que influye en la cognición. Si la emoción es percibida de forma incorrecta, la cognición también lo es. Este podría ser un factor negativo para una buena evolución, no solo del TDAH sino también de los trastornos comórbidos que con frecuencia suelen desarrollar.

Se pueden observar las consecuencias de esta menor habilidad en el área experiencial, en lo referente a una menor percepción y facilitación emocional, reflejada en la valoración que hacen estos sujetos de su QoL, en la dimensión de salud psicológica. En ésta es, además, en la que presentan la valoración más baja, con una *Media=35,01* frente a la *Media=72,86* de los controles sanos. Los ítems incluidos en ella son los siguientes: “*Durante las dos últimas semanas, indique con qué frecuencia se ha sentido/ha pensado... abrumado/a [1],...inquieto/a [2], ...deprimido [3], ...que ha reaccionado de forma exagerada en situaciones difíciles o estresantes [4], ...sentirse cansado/a [5], ...haber experimentado altibajos en sus emociones [6]*”. Todos estos ítems están relacionados en cómo la persona ha percibido sus emociones y su estado emocional, y en cómo ha utilizado sus emociones para ayudar a pensar mejor, para facilitar su pensamiento. Por lo que se puede comprobar que, en este caso, se cumple que un menor nivel de IIEE en estas dos ramas está presente en una menor valoración de estos sujetos en la dimensión de salud psicológica, de su QoL.

Por tanto, los sujetos incluidos en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico son los sujetos que serían menos capaces de incorporar correctamente sus emociones en la toma de decisiones, tanto las propias como las ajenas, los menos abiertos a una correcta percepción de la información emocional, a su utilización, comprensión y a la regulación consciente de éstas, los que serían más propensos a no poder mantener un estado emocional adecuado para el logro de metas, los que tenderían a la evitación emocional, etc., y todo ello supondría una importante interferencia negativa en el problema de auto-regulación emocional, que suele estar presente en el TDAH. En el resto de las habilidades emocionales, este grupo presenta también puntuaciones menores comparado con el grupo control y el resto de grupos TDAH.

El grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico sería el siguiente en presentar niveles más bajos en IIEE, comparado con los controles. Y, por último, y en la misma línea que el grupo control quedaría el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Sin embargo, es destacable que el nivel de IIEE de estos dos grupos no es significativamente diferente del grupo control. Ante esto, una pregunta que se nos plantea es: ¿cuáles son los factores presentes en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, que es el que presenta un menor nivel de sus habilidades emocionales y que no están presentes en el resto de los grupos TDAH, que presentan un mayor nivel de IIEE?

En primer lugar, podemos señalar como factor al propio instrumento de medida utilizado. El MSCEIT se ha demostrado como un test fiable para la medición de la IIEE entendida desde el modelo de las habilidades, con una adecuada validez de contenido y estructura, no solo en población sana sino en población con presencia de trastorno mental (447). Sin embargo, no parece estar exento de limitaciones. La

investigación indica, de una parte, la forma en que se evalúan cada una de las habilidades emocionales contenidas en cada una de las ramas debe ser tomada en consideración. Diversos estudios muestran determinados déficits en esta evaluación. Y de otra parte, en la comunidad científica se sugiere que aún no se han solucionado diferentes inconvenientes que ya se conocen. Existe el consenso de que es un instrumento más adecuado para la medición de habilidades emocionales que las medidas de auto-informes, ya que estos proporcionarían un indicador de las creencias de la persona sobre su IIEE. Sin embargo, determinados autores hacen determinadas puntualizaciones, sugiriendo que indica más el conocimiento de la estrategia emocional efectiva que la habilidad para implementar la estrategia en un contexto real. Apuntan que las ramas deberían ser verificadas, por lo que se sugiere que el índice obtenido sobre IIEE debe tomarse con cautela (448). Los propios autores del instrumento afirman que en la rama de manejo emocional, el MSCEIT evalúa en mayor medida el conocimiento de las estrategias para la gestión de situaciones y no la habilidad real para la aplicación de estas estrategias en un contexto cotidiano (449). Por tanto, es posible que en un conflicto interpersonal real, una persona aun habiendo obtenido una adecuada puntuación en IIEE no tenga la habilidad para afrontar ese evento. Con respecto a la rama percepción emocional, un estudio en población española, evaluó su robustez psicométrica. Los objetivos fueron analizar las puntuaciones por tareas de la rama y examinar las puntuaciones por emociones dentro de las tareas, ambas por edad y sexo. Los análisis indicaron una apropiada consistencia interna ( $\alpha=0,93$ ) para la rama así como para cada tarea ( $\alpha=0,81$  para las tareas de las caras y  $\alpha=0,90$  para las tareas de las imágenes). Los datos mostraron diferencias significativas en la variable edad y sexo, así como en los diferentes ítems de emociones en las tareas de caras e imágenes. Según los resultados de este estudio,

la rama percepción emocional presentaría una buena consistencia interna además de adecuada fiabilidad permitiendo la comparación de puntuaciones entre grupos, de diferente género y edad. Pero, tal como señalan sus autores, la investigación debería ser ampliada al resto de las ramas, y profundizar en la estructura psicométrica y el poder discriminante del conjunto de ítems que componen todas ellas, ya que la literatura científica carece de estudios específicos al respecto (450). En otros trabajos se han encontrado también limitaciones psicométricas así como problemas relacionados con los criterios de puntuación tanto experto como consenso (451). Por tanto, diferentes autores indican que el MSCEIT, aún siendo uno de los mejores instrumentos para la medida de habilidades emocionales, no llega a solucionar totalmente el problema de la evaluación de habilidades en situaciones reales.

Otro punto a destacar es el hecho de que el MSCEIT posee, según presentan sus autores, una organización jerárquica entre las ramas y dentro de cada una de ellas en las habilidades que las componen. Según esto, las habilidades de mayor nivel de complejidad (rama manejo emocional) dependen del desarrollo de las habilidades de menor nivel de complejidad (rama percepción emocional). El grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico muestra puntuaciones superiores en el área estratégica (compuesta de la tercera y cuarta rama) y menores en el área experiencial (primera y segunda rama), lo que nuevamente nos hace cuestionar la correcta medición de todas las habilidades. Esta misma línea de resultados se puede observar en el resto de los grupos.

Tomando en consideración lo relativo al instrumento, no se puede obviar el hecho de que los grupos TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico han obtenido puntuaciones en la IIEE, medidas con el MSCEIT, muy similares al grupo de los controles sanos y

superiores al grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Por ello, la valoración de los resultados del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico no puede limitarse a posibles déficits del MSCEIT.

Con respecto al género, en la literatura, se señalan diferencias entre hombres y mujeres con TDAH. En el ámbito emocional, aunque ambos puedan experimentar disforia, depresión, trastornos de ansiedad de forma similar, en el caso de las mujeres suelen experimentar mayor distrés psicológico así como una autoimagen más baja que los hombres (452, 453). La investigación en género es muy escasa y, aún con bastante frecuencia tal y como hemos visto en la revisión realizada, una gran mayoría de niñas no suelen ser diagnosticadas hasta la edad adulta ya que, al no presentar patrones de conductas tan disruptivas como es el caso de los niños, no suelen ser derivadas a tiempo, según se indica en la literatura. Suele ser más habitual que una mujer no detecte sus propios síntomas hasta que no se reconoce en los síntomas de sus propios hijos.

También ha quedado demostrado que las emociones desempeñan un rol diferente en función del género (267, 454-456), encontrando diferencias significativas a favor de las mujeres, obteniendo éstas puntuaciones mejores que los hombres en diferentes dimensiones del MSCEIT (417, 455, 457). La investigación al respecto señala diferencias significativas en las puntuaciones a favor de las mujeres, puntuando éstas más alto que los hombres. De ahí que numerosos autores recomienden la consideración de las diferencias de género en relación con la IIEE. En base a ello, se plantea la siguiente hipótesis:

***H2: Existirán diferencias en la puntuación de IIEE entre los hombres y las mujeres de todos los grupos, en la escala global así como en cada una de las cuatro ramas del modelo, medido con el MSCEIT.***

En lo que se refiere a la escala global, en función del género, las mujeres obtienen puntuaciones diferentes a los hombres en todos los grupos, con una tendencia a presentar un nivel mayor de IIEE a nivel de escala global. Existe significación estadística al nivel de  $p < 0,001$ .

Respecto a las ramas del modelo, también encontramos diferencias de puntuación entre los hombres y las mujeres, con la misma tendencia que en IIEE, en la escala global. En percepción emocional, las mujeres presentan puntuaciones superiores a los hombres en todos los grupos, excepto en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Se presentan diferencias estadísticamente significativas. En la rama de facilitación emocional, las mujeres del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico obtienen un peor funcionamiento en esta habilidad frente a los hombres de su mismo grupo. En el resto de los grupos, las mujeres presentan habilidades superiores en la rama. Se presentan diferencias estadísticamente significativas. En comprensión emocional, se siguen presentando diferencias por género, obteniendo las mujeres un mejor funcionamiento que los hombres en todos los grupos, con excepción del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. En la rama de manejo emocional, las puntuaciones entre hombres y mujeres también presentan diferencias, obteniendo los hombres puntuaciones inferiores a las mujeres. Se sigue presentando la excepción de las mujeres del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, que obtienen de nuevo un peor funcionamiento.

Ante los resultados obtenidos, podemos aceptar la hipótesis.

Coincidiendo con la investigación en población que no presenta TDAH, hemos encontrado habilidades emocionales más altas en las mujeres. Las habilidades emocionales de las mujeres de los grupos TDAH son más altas que la de los

hombres, aunque existe una excepción a esto. Es el caso de las mujeres del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, que obtienen en todas las ramas de la IIEE una puntuación inferior a los hombres. A pesar de la excepción encontrada en este grupo, nuestros resultados están en línea con lo indicado en el manual del MSCEIT, según el cual las diferencias entre hombres y mujeres se encuentran en todas las ramas así como en la escala global. Las mujeres obtendrían valores superiores a los hombres en todas las puntuaciones, con diferencia estadísticamente significativa en todos los casos -obtenido a través de los resultados de la prueba *t* de comparación de medias- (406).

En diversas investigaciones, en población que no presenta el trastorno de TDAH, también se muestran diferencias de género a favor de las mujeres, en el sentido de que ellas suelen presentar puntuaciones más elevadas en IIEE que los hombres (296). En base a esto, las mujeres serían más capaces de establecer y mantener relaciones interpersonales, con mayor cantidad de apoyo social, mayor satisfacción en las relaciones establecidas, mejores habilidades para la identificación de emociones, por lo que presentarían comportamientos más adaptativos en su gestión emocional (314). Esto puede ser debido a una capacidad de expresión más abierta, así como a poder presentar más capacidad para regular y utilizar sus emociones. En otros estudios, en los que se utilizó el MSCEIT como instrumento de medida, se han encontrado los mismos resultados, y las mujeres siguen puntuando más alto que los hombres (267). En población española, también se han presentado los mismos resultados (455). Sin embargo, si se utilizan medidas de auto-informe, como es el caso del TMMS (Trait Meta-Mood Scale), los hombres suelen percibirse a sí mismos más inteligentes a nivel emocional que las mujeres (458). En un trabajo reciente en población no TDAH, en el que se utilizó el MSCEIT como instrumento

de medida, en concreto en la rama de percepción emocional se encontraron resultados en consonancia con los obtenidos en estas investigaciones. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres, mostrando que éstos presentaban un peor desempeño en la habilidad para percibir emociones. Los resultados de este estudio también señalaron que las puntuaciones de los hombres más altas eran las menores encontradas para las mujeres. En la rama percepción emocional, la tendencia de que las mujeres presenten medias más altas sugeriría según los autores, un posible efecto techo. Esta rama permitiría, así, distinguir con mayor claridad déficits emocionales en los hombres que en las mujeres, siendo por ello un mejor predictor de desajuste psicológico y conductas disruptivas en los primeros y no tanto en las segundas (339, 459, 460). En lo que respecta al trastorno, es importante señalar que se presentan diferencias en función del género. Los hombres con TDAH, suelen presentar con mayor frecuencia problemas de conductas, trastorno antisocial, trastorno oposicionista desafiante, etc. (71), es decir, tienden a externalizar su angustia y a dar una respuesta impulsiva mediante las conductas agresivas o antisociales, más que a implicarse en una solución adaptativa del problema. En el caso de las mujeres, el TDAH incrementa en éstas la probabilidad de presentar sintomatología ansiosa y depresiva por la tendencia a la internalización de los síntomas del trastorno. Las mujeres presentarían mayor estrés, tendencia a la atribución de dificultades a factores externos –locus de control externo-, con mayor orientación a la emoción que a la tarea en la resolución de problemas, etc. (461). Ante esto, consideramos interesante lo hallado en nuestro estudio, ya que es importante poner de relieve que los hombres y mujeres con TDAH tienen necesidades y retos diferentes entre ellos. El tratamiento debería ser, en nuestra opinión, adecuado a las necesidades de cada paciente, y si existen diferencias de

género también deberían ser tenidas en cuenta. No solo parece existir diferencias de género en la expresión clínica del trastorno, según la investigación, sino que esta diferencia parece estar presente también en las habilidades emocionales, y en nuestro estudio hemos podido comprobar esto último. Estos resultados se han obtenido en todos los casos con excepción del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Por ello, tenemos que considerar qué factores pueden estar presentes en este menor nivel de IIEE en las mujeres de este grupo. Aún así, de forma genérica, un factor de mejor pronóstico para un nivel más alto de IIEE parece tener que ver con el género, en este caso, el femenino.

Desde la aparición del constructo de IIEE, se han aportado numerosas evidencias de su contribución a una mejor adaptación vital y su papel en una mejor valoración de QoL. Se muestran relaciones significativas positivas entre la IIEE y el ajuste personal y social (198), una mejor competencia social y relaciones interpersonales menos negativas (454, 456), mayor calidad de las relaciones sociales (289), mejores relaciones familiares y de pareja (462). Personas con altos niveles de IIEE utilizarían el razonamiento para reconocer y resolver problemas con el fin de optimizar su rendimiento en el trabajo (463, 464), serían más capaces de controlar sus emociones, con un mejor proceso de toma de decisiones, mejor capacidad empática y de comprensión con las necesidades psicológicas de los demás y buena red social (465). Serían más propensas a adoptar estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión y la evaluación de la situación destacan por sus habilidades sociales e interpersonales, habilidades de organización y gestión del tiempo (466). Utilizarían estrategias de adaptación con el objetivo de regular y/o atenuar estados emocionales negativos y potenciar así como mantener estados emocionales más positivos, que podrían llevar a una mejor adaptación vital (467). De otra parte,

puntuaciones bajas en IIEE estarían asociadas a niveles altos de estrés (468). Un gran número de estudios encuentran que un nivel bajo en cada una de las dimensiones de la IIEE se correlacionaría positivamente con la identificación de una amenaza, con una respuesta o conducta impulsiva, con estrategias de evitación basadas en pensamientos rumiativos y poco orientados a la objetividad (333-335), y menos orientados a la emoción (336). Estos resultados están en línea con un estudio realizado en población española en IIEE, en mujeres de mediana edad, en las que se pudo comprobar que las que tenía menor capacidad de regulación de su emociones mostraban peor funcionamiento a nivel físico, psicológico y social, con niveles menores de vitalidad y salud percibida (469).

Partiendo de la base de que los sujetos con mayores puntuaciones en IIEE parecen presentar un mejor desempeño a nivel vital y, por ende, un mayor nivel de valoración de su QoL, nos planteamos la hipótesis:

***H3: Existirá correlación positiva y estadísticamente significativa entre la IIEE y la QoL en los sujetos de la muestra.***

Los resultados han indicado que existe correlación positiva y estadísticamente significativa entre la IIEE, en la rama experiencial –percepción emocional y facilitación emocional- y la QoL, tanto a nivel total, así como en dos de sus dimensiones, productividad vital y salud psicológica. La significación estadística encontrada por al nivel de  $p < 0,05$  y de  $p < 0,01$  para la dimensión de salud psicológica. Según estos resultados, el que un sujeto presente una mayor habilidad para percibir y usar sus emociones para facilitar su pensamiento, estaría asociado a una mejor valoración de la QoL en su dimensión total, así como en las dimensiones de productividad y de salud psicológica.

Por tanto, se acepta la hipótesis.

Estos resultados son similares a los encontrados en las investigaciones de las últimas décadas sobre la IIEE así como sus efectos e implicación en la mejor QoL de la persona (260), bien como variable predictora de una mejor satisfacción vital bien como efecto mediador. Ha quedado demostrado que tanto el procesamiento cognitivo como el emocional tienen un impacto en la persona, por lo que no puede relegarse ninguno de ellos, ni priorizar el intelectual por encima del emocional.

Lo hallado hasta el momento parece confirmar los resultados encontrados en investigaciones precedentes: un menor nivel de IIEE estaría asociado a un menor nivel de rendimiento vital y, por ende una valoración menor de QoL. Sin embargo, en la población estudiada en nuestra investigación hemos encontrado que esto solo está presente en uno de los grupos TDAH, y no en los tres grupos. Es el caso del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico que, con los niveles más bajos en habilidades emocionales, es el que muestra los peores rendimientos en distintos ámbitos vitales y en valoración de su QoL. Está respaldado por los resultados obtenidos en los análisis de las variables sociodemográficas, en los ámbitos académico, laboral y personal. Y por los datos obtenidos en los análisis de la variable QoL, mostrándose que su valoración es más baja a nivel total y en todas sus dimensiones. Sin embargo, en el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico así como en el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, se obtiene una peor valoración de su QoL que los controles sanos, aunque los niveles de IIEE son similares a los encontrados en el grupo control. Nuestros resultados no coinciden en estos dos grupos con lo mostrado por los diferentes estudios, en los que se presenta la IIEE como una variable predictora o asociada a buenos rendimientos vitales y satisfactorias valoraciones de la QoL. Por tanto, aún con un nivel más alto de IIEE en dos de los grupos TDAH y similar a los

controles sanos, no se cumple lo encontrado en la investigación ya que presentan niveles peores en diferentes ámbitos así como una peor valoración de su QoL, comparado con el grupo control.

La investigación sobre IIEE en población con TDAH es, en opinión de diferentes autores y en la nuestra, muy reducida hasta la fecha debido a la asunción de una gran mayoría de científicos de que las personas con el trastorno no padecen disfuncionalidad en habilidades emocionales. El propio DSM-IV-TR se refiere a la excesiva reactividad emocional como “*característica asociada o secundaria*” al trastorno, y que estaría generada o se relacionaría más con las disfunciones cognitivas que presenta el trastorno y no como déficit primario. El debate, por tanto, estaría centrado sobre si las dificultades en habilidades emocionales que presentan personas con TDAH constituirían un déficit primario o serían consecuencia de la trilogía sintomática propia del trastorno (392).

En nuestros resultados, el nivel de IIEE es menor en los sujetos de los grupos con TDAH que en el grupo control. Pero teniendo en cuenta que este efecto solo lo hemos observado, de forma significativa, en uno de los grupos, continuaríamos con la pregunta planteada de ¿qué otro factor u otros factores están presentes en el menor nivel de IIEE que presenta este grupo? Para seguir dando respuesta a la pregunta, es necesario evaluar los posibles factores diferenciales entre los grupos, ya que la gravedad del trastorno podría, en nuestra opinión, estar asociada a un menor nivel de IIEE.

Esto nos llevó a la necesidad de plantear un análisis de la asociación de la gravedad de la sintomatología, tanto en la infancia como en la edad adulta, sobre el nivel de IIEE en personas que presentan TDAH, en comparación con los controles sanos.

Repasamos los resultados obtenidos para dar respuesta a la pregunta planteada en las hipótesis H4 y H5.

***H4: La gravedad de los síntomas presentes en la etapa infanto-juvenil, medida con la WURS, tendrá un impacto negativo en la puntuación de la escala global de IIEE, comparado con el grupo de los controles sanos.***

El grupo que presenta una mayor gravedad en la sintomatología en la infancia es el grupo TDAH con comorbilidad y con antecedentes de diagnóstico. El segundo grupo con mayor gravedad en la infancia es el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Y el grupo que presenta la menor puntuación es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico. Según lo obtenido en la variable IIEE, comparando con el grupo control, el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es el que presenta peor nivel en IIEE. Los otros grupos presentan resultados similares entre ellos y en comparación con los controles sanos. Por otra parte, los análisis de correlaciones realizados en la muestra en referencia a las variables sintomatológicas del TDAH y las variables correspondientes a la IIEE, nos confirman los resultados obtenidos en nuestra población al no mostrar correlaciones estadísticamente significativas entre la gravedad del trastorno en la infancia y la IIEE.

Estos resultados nos llevan, por tanto, a rechazar la hipótesis.

En base a nuestros resultados, la gravedad de la sintomatología en la infancia no es un factor que esté presente en un menor nivel actual de habilidades emocionales de un sujeto TDAH en la edad adulta.

En lo que respecta a la gravedad en la edad adulta y su relación con el nivel actual de habilidades emocionales, se aborda a través de la hipótesis H5.

**H5: *La gravedad de los síntomas presentes en la edad adulta, medida con la CAARS tendrá un impacto negativo en la puntuación de la escala global de IIEE, comparado con el grupo de los controles sanos.***

Los resultados obtenidos en los análisis realizados se expresan a continuación:

- a. En la variable *Conners\_Sujeto Inatención*, el grupo que se percibe con mayor gravedad en la actualidad es el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico. El grupo que se percibe con menor gravedad actual es el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico.
- b. En la variable *Conners\_Observador Inatención*, el grupo que es percibido con mayor gravedad en la actualidad es el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico. Los otros dos grupos son percibidos con el mismo nivel de gravedad actual.
- c. En la variable *Conners\_Sujeto Hiperactividad/Impulsividad*, el grupo que se percibe con mayor gravedad en la actualidad, es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, aunque con puntuaciones prácticamente idénticas al grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico. El grupo que presenta menor gravedad actual es el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico.
- d. En la variable *Conners\_Observador Hiperactividad/Impulsividad*, el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es percibido con mayor gravedad en la actualidad. Los otros dos grupos son percibidos con el mismo nivel de gravedad sintomatológica.

El grupo con mayor gravedad en la variable Inatención es el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico. En la variable Hiperactividad/Impulsividad, el grupo con mayor gravedad es el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico.

Relacionando estos datos con los niveles de habilidades emocionales alcanzados por el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico en la variable Hiperactividad/Impulsividad, sí hemos podido observar que una mayor gravedad sintomatológica es un factor presente en un menor nivel de IIEE. No hemos encontrado lo mismo para la variable Inatención, ya que los resultados de ninguno de los grupos confirman esta variable como factor presente para un menor nivel de IIEE. Por tanto, para la hipótesis se acepta parcialmente.

En diferentes estudios, hemos encontrado datos convergentes que indican que en adultos con TDAH, así como en niños y adolescentes, existen importantes disfunciones en la auto-regulación emocional, relacionándose estas dificultades especialmente con el subtipo combinado e hiperactivo-impulsivo (153, 167, 172). En los resultados, hemos observado que una mayor gravedad en la sintomatología Hiperactividad/Impulsividad está presente en un menor nivel de habilidades emocionales. Sin embargo, tenemos que señalar que, aunque el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico ha obtenido puntuaciones más altas que los demás grupos en la variable Hiperactividad/Impulsividad, éstas son casi idénticas a las que ha presentado el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico. Por tanto, existirían otros factores que estarían presentes en un menor nivel de IIEE. Por ello, aunque hemos encontrado que la variable gravedad en la sintomatología Hiperactividad/Impulsividad es uno más de los factores que va a estar presente en el nivel de la IIEE, parece que existen más factores, por lo que es

necesario analizar otros factores diferenciales entre los grupos TDAH que puedan estar presentes.

Si comparamos el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, que es el que ha obtenido peores resultados, con los otros grupos TDAH:

- a. Con el grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, ninguno de los dos grupos cuenta con un diagnóstico previo de TDAH por lo que se podría inferir que no han recibido tratamiento específico para el trastorno, pero les diferencia el que el primero no presenta comorbilidad.
- b. Con el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, podemos observar que coinciden con la presencia de comorbilidad, aunque hay un factor diferenciador que es el diagnóstico previo, lo que habría podido hacer que este grupo recibiera tratamiento para el TDAH.

Por tanto, encontramos que en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico con un menor nivel de IIEE cuenta, frente al resto de los grupos TDAH, con un factor como no contar con diagnóstico previo, lo que no habría posibilitado una intervención terapéutica, y también con el factor de la presencia de trastornos comórbidos. Según nuestros resultados, ambos factores están presentes en un menor nivel de IIEE.

En lo referente al diagnóstico previo de TDAH, la literatura ha demostrado que el ser diagnosticado y por ello poder recibir tratamiento supone un factor relevante para la mejor evolución del trastorno (470), especialmente si el tratamiento recibido es multimodal. Según la investigación, las personas con TDAH sin presencia de comorbilidad o que han recibido tratamiento reportarían menos disfuncionalidad emocional (388). En lo que respecta a la presencia de trastornos comórbidos, en

diferentes investigaciones, se ha puesto de manifiesto que sujetos con trastornos afectivos, como trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por depresión, presentarían una menor capacidad para la regulación de sus emociones (471, 472).

En lo relativo al efecto del factor tratamiento, ya sea psicofarmacológico, psicológico o multimodal, contando con la colaboración de los profesionales (médicos, psicólogos y educadores) así como la familia, ha quedado demostrado su papel como factor de protección y mejor pronóstico del TDAH (473). En el caso de la psicofarmacología, la utilización de metilfenidato y atomoxetina conlleva un mejor control emocional en sujetos con TDAH (325, 474). En caso de resistencia o contraindicación de estos principios activos, parece estar demostrada la eficacia de otros fármacos como antidepresivos tricíclicos, bupropión, antipsicóticos, reboxetina así como los  $\alpha$ -agonistas (470). En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, también existen numerosas evidencias de mejoría en el TDAH del tratamiento cognitivo-conductual, técnicas de relajación, neurofeedback, psicoterapia y estimulación cognitiva, y en todos los ciclos vitales de la persona (475-478).

Con respecto al efecto de la patología comórbida sobre la IIEE, nuestros resultados coinciden con lo encontrado en investigaciones que han abordado el estudio de la IIEE en sujetos con diferentes tipos de trastornos, afectivos y de personalidad. Se ha encontrado que personas que padecen algún tipo de trastorno mental presentan niveles de IIEE más bajos que la población general. Personas con trastorno de ansiedad tienden a prestar atención excesiva a sus emociones, y se perciben menos capaces de identificar claramente sus emociones así como reparar el estado emocional negativo (311, 479). Se ha comprobado que personas con mayor emocionalidad negativa se caracterizan por un perfil de IIEE con altos niveles de atención emocional y pobre confianza en su capacidad para la comprensión y

regulación de su estado emocional. Si la persona presta atención de manera constante a sus emociones y sus estados de ánimo, y no posee unas adecuadas habilidades emocionales, el proceso rumiativo podría dar lugar a una intensificación de dicho estado emocional. Según algunos autores, una IIEE patológicamente baja podría incluso valorarse como trastorno mental en sí mismo o como factor que predispone al trastorno mental (480). Aunque no es probable que pueda constituir una entidad nosológica nueva, se argumenta entre la comunidad científica que la falta de habilidades emocionales podría ser un factor relevante en el desarrollo y mantenimiento de muchos trastornos psicológicos. Un nivel bajo IIEE podría suponer un factor de vulnerabilidad para problemas como la depresión, los trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, en los que unas adecuadas habilidades emocionales son fundamentales. En un trastorno de ansiedad, se puede inferir que presentar dificultad para la regulación del estado afectivo (entendida desde el modelo de habilidades de la IIEE) podría influir en el mantenimiento del trastorno. Sin embargo, entender la IIEE baja en relación a la ansiedad podría interpretarse como “*perder de vista lo que es el trastorno*”, según algunos autores (397). Por tanto, la IIEE no debería considerarse como base de trastornos del Eje I ni del Eje II del DSM, sino más como un posible factor modulador. Realizar una consideración de la IIEE como base general de trastornos psicológicos podría ser un grave error conceptual.

Teniendo en cuenta que el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico presenta una puntuación muy similar en Hiperactividad/Impulsividad al grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico y, sin embargo, las puntuaciones en éste último grupo en habilidades emocionales son inferiores,

podríamos inferir una posible explicación a las diferencias en el nivel de IIEE en los factores diferenciadores entre los grupos, que son los siguientes:

1. No haber desarrollado trastornos comórbidos: podría ser un factor de protección para un mejor nivel actual de IIEE.
2. Haber recibido un diagnóstico temprano para el TDAH: podría ser un factor de protección no solo para la evolución del propio trastorno, tal como la literatura ha mostrado, sino también para un mejor nivel de habilidades emocionales.

Sin embargo, el diseño de nuestro estudio (transversal) solo nos permite señalar la presencia de diferentes factores en un nivel menor de IIEE. Los factores que influyen en un desarrollo más bajo deberán ser estudiados en futuras investigaciones en estudios longitudinales en población TDAH. No podemos hablar de causalidad, en el sentido de que un peor desarrollo de la IIEE sea debido a la presencia del trastorno sin haber recibido un diagnóstico previo, o la presencia de comorbilidad. En nuestra investigación, solo podemos señalar que nuestros resultados han mostrado que son factores que están presentes en un nivel de IIEE más bajo.

Finalmente, nos planteamos revisar en nuestra población lo encontrado en la literatura en cuanto a la relación entre el CI y la IIEE. La razón y la emoción son determinantes en las decisiones y comportamientos de las personas. El estado de ánimo influye en el razonamiento y éste puede influir y controlar el estado emocional. Para poder desarrollar programas de intervención en los que la IIEE sea una parte más de ésta, entendemos que debería demostrarse que la IIEE puede ser

entrenada y desarrollada, sin depender del nivel de CI. Por ello, nos planteamos evaluar su asociación a través de la hipótesis H6.

***H6: La IIEE presentará una baja relación con el CI.***

Según hemos podido comprobar en los resultados obtenidos, encontramos correlaciones positivas y débiles entre la IIEE y el CI, encontrándose en torno a 0,20. En base a estos datos, podemos aceptar la hipótesis.

Nuestros resultados, en línea con los encontrados en otras investigaciones, muestran la existencia de una cierta relación lineal entre el CI y la IIEE, pero con correlaciones muy débiles. Por tanto, se pone de manifiesto que la IIEE no va a estar fuertemente condicionada por el CI. Este tipo de inteligencia, a nivel cognitivo, solo garantizaría la capacidad para pensar de forma racional, resolver problemas, aplicar los aprendizajes, etc. (229). Según diferentes estudios realizados, en los que se utilizó el MSCEIT, también se muestra una correlación mínima o inexistente con el CI. Según los autores del modelo de Habilidades, la correlación entre CI e IIEE será débil. Y en el caso de encontrar correlaciones, irán en la dirección esperada, es decir, un alto nivel de CI se relacionaría con un mayor nivel de IIEE (481), como también tiende a ocurrir en la muestra objeto de estudio. Nuestros resultados coinciden con los encontrados en investigaciones sobre las relaciones entre IIEE y CI, en las que los datos muestran que las relaciones entre ambas son bajas, incluso negativas entre algunos factores de la IIEE y el CI, y según la investigación esto indicaría la independencia entre ambos tipos de inteligencia (275, 303).

La existencia de correlaciones bajas entre ambas variables posibilitaría la intervención en el desarrollo y mejora de las habilidades emocionales, como variable relevante en el éxito vital de la persona. La IIEE podría aprenderse y desarrollarse, por lo que las personas menos dotadas intelectualmente podrían compensar su déficit

y mejorar su éxito personal. En diferentes investigaciones, también se ha comprobado que el CI sería un factor protector en cuanto al rendimiento del sujeto con TDAH, especialmente en el ámbito académico. Las características clínicas del trastorno son similares entre personas con alto, normal y bajo CI, pero un cociente alto actuaría de factor de protección. Al igual que el CI, la IIEE podría actuar de factor de protección, aunque para confirmar este punto sería necesaria una mayor investigación al respecto. No obstante, diagnóstico temprano y tratamiento terapéutico siguen siendo también fundamentales para la buena evolución del trastorno, independientemente de la capacidad cognitiva y emocional de la persona (482).

En lo que respecta al nivel de CI obtenido, hemos encontrado que la puntuación obtenida por los grupos TDAH es menor que la puntuación obtenida por el grupo de controles sanos. El grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico es el que ha obtenido el CI más bajo de todos los grupos TDAH. El segundo sería el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico, y por último, tendríamos al grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico que ha obtenido un CI muy similar al grupo de los controles sanos.

Haciendo un análisis del caso de este último grupo (grupo TDAH sin comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico) y poniendo en relación la variable central de nuestro estudio, la IIEE, con las variables QoL, el CI, las variables sociodemográficas y la gravedad del TDAH presentada por este grupo en la infancia así como en la edad adulta, obtenemos el siguiente perfil:

- a. Sus rendimientos vitales son los mejores de los grupos TDAH.
- b. Su valoración de la QoL es la más alta de los grupos TDAH.

- c. La gravedad sintomatológica, tanto la presentada en la infancia como en la actualidad, es la menor de los tres grupos TDAH.
- d. No presenta patología comórbida.
- e. El nivel de CI obtenido es el más alto de los grupos TDAH.
- f. El nivel de IIEE es el más alto de los grupos TDAH.

Como podemos observar, se confirma lo encontrado en investigaciones realizadas sobre los factores de protección y de mejor pronóstico evolutivo para el TDAH, como no presentar patología comórbida, presentar menor gravedad en la sintomatología del trastorno así como mejores niveles de CI. El único factor de protección que no presenta este grupo es el haber recibido diagnóstico previo de TDAH, lo que hace que no podamos concluir al respecto sobre este factor en este grupo, pero sí en el grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico. En éste, hemos podido comprobar que sus resultados son mejores frente al grupo que obtiene los peores resultados en todas las variables, y el factor diferenciador ha sido el haber contado con diagnóstico previo y, por tanto, inferimos que podría haber recibido intervención terapéutica. En lo que respecta a la variable central de nuestra investigación, podemos observar también que este grupo presenta el nivel más alto de IIEE. Por tanto, todos los factores señalados estarían presentes en un mejor nivel de IIEE, aunque tal como venimos expresando, no podemos confirmar su influencia.

Finalmente, consideramos que hemos de ser prudentes con el aún muy joven constructo de la IIEE y lo señalado por algunos autores sobre el hecho de llamar “*inteligencia*” a un constructo que todavía necesita una definición más clara y consensuada, así como con mayor validación empírica (483). Este señalamiento fue hecho hace algunos años, pero creemos que sigue siendo válido por la falta de consenso existente, no solo en su conceptualización sino también en su medida.

Seguiría señalando, en nuestra opinión, la necesidad de que la comunidad científica continúe investigando en IIEE.

En la Tabla 18, se presenta un resumen de los resultados sobre las hipótesis planteadas en la presente investigación.

<b>HIPOTESIS</b>	<b>ACEPTACION</b>
<b>H1:</b> Los sujetos con TDAH presentarán menor puntuación en la escala global de IIEE, así como en cada una de las cuatro ramas del modelo, medido con el MSCEIT, comparado con los sujetos del grupo control.	Parcial
<b>H2:</b> Existirán diferencias en la puntuación de IIEE entre los hombres y mujeres de todos los grupos, en la escala global así como en cada una de las cuatro ramas del modelo, medido con el MSCEIT.	Aceptada
<b>H3:</b> Habrá correlación positiva y estadísticamente significativa entre la escala global de IIEE y el nivel de QoL en los sujetos de la muestra.	Aceptada
<b>H4:</b> La gravedad de los síntomas presentes en la etapa infanto-juvenil, medida con la WURS tendrá un impacto negativo en la puntuación de la escala global de IIEE, comparado con el grupo de los controles sanos.	Rechazada
<b>H5:</b> La gravedad de los síntomas presentes en la edad adulta, medida con la CAARS tendrá un impacto negativo en la puntuación de la escala global de IIEE, comparado con el grupo de los controles sanos.	Parcial
<b>H6:</b> La IIEE presentará una baja relación con el CI	Aceptada

**Tabla 18: Resumen de los resultados sobre las hipótesis planteadas**

## **6.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

La presente investigación ha permitido un acercamiento a la IIEE en relación con la QoL y los rendimientos de diversos ámbitos vitales (académico, laboral y personal) en sujetos adultos que presentan TDAH, pero somos conscientes de que han existido una serie de limitaciones y que los resultados obtenidos investigación deben ser interpretados en el contexto de las mismas:

- En lo relativo a la idoneidad de la muestra, su participación ha sido voluntaria en todos los casos, ya sea en las asociaciones de TDAH como en los

centros clínicos privados, por lo que podría darse un sesgo en la selección muestral, al contar como premisa favorable su predisposición. Asimismo, el que un número importante de sujetos procedan de centros clínicos privados podría limitar la generalización de los resultados. Ambos factores supondrían un sesgo en la representatividad de la muestra.

- Se ha realizado una investigación transversal, y no longitudinal, lo que supondría no poder determinar la direccionalidad de las asociaciones. La información es vulnerable, especialmente si es recogida retrospectivamente como ha sido nuestro caso. No se han podido identificar relaciones causales entre los factores en estudio, al medir de forma simultánea el efecto (variable dependiente) y la exposición (variable independiente).

- La presente investigación presenta una variable que no se controló en base a la recomendación realizada por el Comité de Ética del Hospital Gregorio Marañón. Se trata de la variable “*Tratamiento*”. Como ya indicamos en el apartado “Aspectos éticos y legales”, según este comité, no debíamos hacer un seguimiento del tratamiento a menos que el estudio fuera considerado como un ensayo clínico, lo cual excedía con mucho los objetivos planteados en la presente investigación. No obstante, somos conscientes de que el tratamiento ha podido producir un efecto beneficioso o protector que influye en la tendencia de los resultados, especialmente en el caso del grupo TDAH con comorbilidad con antecedentes de diagnóstico.

- Como ya hemos comentado, aunque el MSCEIT cuenta con un buen potencial psicométrico, viene siendo criticado por la medida que hace de la capacidad dirigida a evidenciar el nivel de IIEE. Según la investigación, el MSCEIT no mediría aptitudes y capacidades sino que mediría solo el conocimiento explícito que la persona posee para atender situaciones con componente emocional. No sería

una medida de inteligencia sino de conocimiento (421). Por otra parte, algunos autores defienden el apoyo al instrumento, mientras que otros indican que el MSCEIT no mide las habilidades incluidas en las cuatro ramas que se plantean en el modelo (484). En lo que coinciden todos los autores es en la dificultad de llegar a conclusiones completamente fiables con las medidas disponibles. Por tanto, los resultados obtenidos por el MSCEIT pueden no haber sido concluyentes con respecto a la habilidad de IIEE en situaciones reales, afectando a las conclusiones obtenidas en la investigación.

- Con respecto al concepto de QoL, uno de los aspectos sobre los que se planteó el objetivo general de investigación así como los objetivos específicos, es importante poner de manifiesto que, según la investigación, sigue existiendo desacuerdo en la definición más apropiada para el concepto, sería de entidad multidimensional y compleja, y no estaría aún bien demarcada. La dimensión de QoL tendría un componente personal e intransferible importante, así como influenciado por el contexto social, político, cultural y asistencial. Por último, parece seguir en evolución conceptual. Es por ello que necesario tener en cuenta que los resultados han sido obtenidos bajo esas premisas.

### **6.3. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACION**

La IIEE, entendida desde el Modelo de Habilidades de las cuatro ramas, no consiste en la posesión o no de determinadas capacidades sobre las que no se puede intervenir, sino que implicaría el poder desarrollarlas con el fin de que reforzar la capacidad emocional en las personas y que pueda suponer su enriquecimiento de recursos que trabajen a favor de mejores rendimientos vitales y una mejor valoración de la QoL, tal como defiende la investigación al respecto. Aún no existiendo un total

consenso, un gran número de investigaciones confirman, a través de sus resultados, la contribución de estas habilidades emocionales en la mayor satisfacción vital de las personas en diferentes ámbitos. Como futuras líneas de investigación, nuestros objetivos serían:

- Explorar de forma sistemática la vinculación real y verdadera contribución de la IIEE sobre el éxito y bienestar psicológico de personas que presentan un trastorno crónico y multidimensional como es el TDAH. Investigaciones en este sentido son fundamentales, en nuestra opinión, teniendo en cuenta las aseveraciones pseudocientíficas que no han sido bien apoyadas y corroboradas, tratando de presentar a la IIEE como el tratamiento “*milagroso*” de la sociedad actual. Numerosos centros clínicos, asociaciones, etc. presentan diferentes intervenciones terapéuticas en IIEE para población con TDAH. Sin embargo, contrarresta con la casi nula investigación científica de la IIEE en este colectivo y la falta de evidencias en el resultado de tales intervenciones.

- En la literatura revisada, la investigación en IIEE, entendida como habilidad, en poblaciones de sujetos que presenten TDAH ha sido muy escasa. Los principales estudios en población con TDAH y descriptivos en IIEE se han centrado en las alteraciones emocionales, motivacionales y dificultades en la auto-percepción. Y de otra parte, los estudios realizados en población sin TDAH han evaluado de forma mayoritaria la IIEE como rasgo pero existe muy poca literatura desde el modelo de habilidades de las cuatro ramas, y tampoco de forma prospectiva. Por tanto, nuestra recomendación sería el desarrollo de mayor investigación sobre el papel de la IIEE como factor modulador o asociado a una mejor evolución en el paciente con TDAH, valorando la IIEE como habilidad y con estudios longitudinales.

- Desarrollo de métodos de evaluación de la IIEE, que pueda medir los procesos emocionales conscientes, medidas con instrumentos de auto-informe, además de los procesos afectivos no intencionales o automáticos, medidos con instrumentos de ejecución, con el fin de que puedan proporcionar una información más completa. De esta forma, se podría entender mejor cuáles son y qué tipos de mecanismos se ponen en marcha para descifrar la información emocional, se podría ser más eficiente emocionalmente, con la mejor expresión y uso de las emociones.

- En nuestra investigación, hemos encontrado que los sujetos del grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico, aún siendo inferiores sus puntuaciones en IIEE, éstas se sitúan en el rango “*competente*”. Esto nos lleva a hacer el siguiente planteamiento: si la investigación ha mostrado ser competentes emocionalmente va a influir o a estar asociado a un mejor bienestar psicológico de la persona, conllevando una valoración satisfactoria de su QoL, ¿cuál es la razón o razones por la que este grupo, presentando esta puntuación de competencia emocional, según los baremos del MSCEIT, han obtenido peores resultados que el resto de los grupos TDAH? Consideramos fundamental continuar la investigación en los factores que puedan influir de forma negativa en la evolución del sujeto con TDAH, aún presentando un nivel de competencia emocional.

- La IIEE, según el modelo teórico elegido de Habilidades de las cuatro ramas, entiende el constructo como la habilidad general para la unificación de emociones y razonamiento, utilizando las emociones para la facilitación de un razonamiento más efectivo y un pensamiento más inteligente sobre la vida emocional. El desarrollo de estudios futuros sobre la intervención en un mejor nivel de habilidades emocionales posibilitaría el desarrollo de autoconciencia en el sujeto con TDAH, así como mejora en sus estrategias de auto-regulación. Estas mejoras

aumentarían su capacidad para hacer frente a factores estresantes, y promovería la utilización de nuevas habilidades y conductas en diferentes situaciones. Asimismo las diferencias encontradas en el sexo, ayudarían a adoptar una intervención más acorde a las características y necesidades en ambos sexos, planteando un trabajo en el desarrollo de habilidades más productivo.

- Aunque muchos de los resultados encontrados en las diferentes hipótesis sobre IIEE que nos hemos planteado coinciden con otros estudios realizados anteriormente, nos ha supuesto cierta dificultad extrapolar estos resultados con los pocos estudios encontrados sobre la medición de la IIEE en población adulta con TDAH, utilizando como base teórica el modelo de habilidades de las cuatro ramas, y como instrumento de medida el MSCEIT. Por tanto, y teniendo en cuenta, que en la actualidad es el modelo que cuenta con mayor apoyo empírico, mayor investigación tomando como referencia esta base teórica sería necesaria.

## 7. **C**ONCLUSIONES

El planteamiento de nuestro estudio fue determinar el nivel de IIEE en una población adulta con TDAH, desde la posición teórica del Modelo de Habilidades de las cuatro ramas de Mayer, Salovey y Caruso, así como explorar la relación de la IIEE y la valoración de su QoL.

Teniendo en cuenta que existen diferencias de género en el ámbito emocional entre hombres y mujeres, y que la expresión clínica del TDAH también presenta diferencias entre éstos, otro objetivo que se planteó fue analizar si existían diferencias de género en IIEE en sujetos con TDAH.

Tal como se comprobó en la revisión de la investigación, la variable IIEE se presentaba como predictora y/o asociada a mejores rendimientos vitales con una mejor valoración de su QoL en población que no presenta TDAH. Por ello, nos planteamos revisar el papel de la IIEE en relación con la QoL en sujetos adultos que sí presentan el trastorno.

El TDAH podría ser un factor modulador presente en el nivel de la IIEE, por lo que decidimos valorar la presencia de mayor gravedad de la sintomatología en la infancia así como en la edad adulta en un menor nivel de habilidades emocionales.

Finalmente, y con el objetivo de poder incluir la IIEE como parte de la intervención terapéutica multimodal, que ha sido demostrada por numerosas investigaciones como la más efectiva, nos planteamos determinar la asociación de la IIEE con la variable CI. De esta forma, independientemente del nivel de CI que pueda presentar, el paciente se podría beneficiar de una intervención en la que se trabaje la mejora de sus habilidades emocionales, para disponer de este recurso que le ayude a compensar otros déficits. Adicionalmente, en una población con TDAH en

la que está demostrada la inadecuada gestión emocional, sería fundamental poder contar con un recurso como la IIEE.

Así, las conclusiones que hemos podido extraer sobre los resultados obtenidos en nuestro trabajo empírico son:

**a.** Ante la hipótesis de que los sujetos con TDAH deberían presentar un menor nivel de IIEE, los resultados de nuestra investigación han mostrado este efecto sólo en el grupo TDAH que no contaba con diagnóstico previo de trastorno y que presentaba comorbilidad. En cambio, los otros dos grupos TDAH obtuvieron un nivel de IIEE similar al grupo control.

**b.** La ausencia de diagnóstico de TDAH así como la presencia de patología comórbida han aparecido como factores presentes en un menor nivel actual de habilidades emocionales. Por tanto, a pesar de que la IIEE se ha presentado como una variable predictora y/o asociada a un mejor rendimiento a nivel vital y una mejor valoración de la QoL, en nuestra opinión, no debería ser incluida en intervenciones terapéuticas sin considerar las características particulares de la población de intervención.

**c.** Al igual que lo encontrado en población sin TDAH, hemos encontrado que existen diferencias de género en IIEE en población TDAH. Las mujeres han puntuado más alto en IIEE frente a los hombres, obteniendo mayores niveles de habilidades emocionales. Se encontró este resultado a favor de las mujeres en todos los grupos excepto en el grupo TDAH con comorbilidad sin antecedentes de diagnóstico.

d. Los análisis correspondientes, en línea con lo encontrado en estudios anteriores en población sin trastorno, mostraron que existen asociaciones entre la IIEE y la QoL, a nivel global así como con la dimensión de salud psicológica y productividad. Las correlaciones indicaron, de forma positiva y significativa, que a mayor puntuación en el área experiencial, mayor nivel de satisfacción en la QoL total, en salud psicológica y productividad. Con respecto a la rama de percepción emocional, los datos confirmaron asociación positiva y significativa con la dimensión de productividad, así como la QoL en su dimensión total. Un sujeto que presenta más habilidad en la percepción emocional, valoraría mejor su productividad y su QoL total. De igual manera, la rama de facilitación emocional se asoció de forma positiva y significativa con la dimensión de salud psicológica. Un sujeto que presenta más habilidad en facilitación emocional, valoraría mejor su salud psicológica.

e. La gravedad del trastorno presentada en la etapa infanto-juvenil no fue un factor presente en un menor nivel de habilidades emocionales en la actualidad en los grupos TDAH. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la gravedad del trastorno en la infancia y la IIEE. El grupo que presentó mayor gravedad en la infancia no mostró resultados inferiores en IIEE. No obstante, no podemos olvidar que este grupo contaba con diagnóstico previo de TDAH, por lo que se podría inferir que se benefició de intervención terapéutica, que podría haber ejercido como factor de protección para una mejor evolución del trastorno y un mejor nivel de IIEE.

f. La gravedad de la sintomatología hiperactiva/impulsiva en la edad adulta estuvo presente con un menor nivel de IIEE. El grupo que presentó mayor nivel de gravedad en la actualidad mostró resultados inferiores en el nivel de IIEE. En lo que se refiere a la sintomatología de inatención, no estuvo asociado a un menor nivel de IIEE en ninguno de los resultados obtenidos en los grupos.

g. Las correlaciones encontradas entre la IIEE y el CI fueron débiles y de signo positivo. A mayor puntuación en una mayor puntuación en la otra. Pudimos comprobar que la IIEE no estaba fuertemente condicionada por el CI.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Biederman, J. Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: A life-span Perspective. *Journal Clinical Psychiatry*. 1998; 59(7): 4-16.
2. Jara Segura, Berta. El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (CIE. 10, DSM-IV-R y CFTMEA-R2000). *Norte de Salud Mental*. 2009; 35: 30-40.
3. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C. et al. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid?. *American Journal Psychiatry*. 2006; 163: 1720-9.
4. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demittenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal Psychiatry*. 2007; (190): 402-9.
5. McCough J, Barkley RA. Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161: 1948-56.
6. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *Journal Clinical Psychiatry*. 1998; 59(7): 59-68.
7. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*. 2006; 36(2): 159-65.
8. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(9): 1143-6.
9. Biederman J, Mick, E., Faraone, SV. Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *American Journal Psychiatry*. 2000; 157: 816-8.
10. Faraone S, Spencer TJ, Montano B, Biederman J.A. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. A survey of current practice in psychiatry and primary care. *Archives Internal Medicine*. 2004; 164: 1221-6.

11. González Navarro MI, García-Villamizar, DA. El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*. 2010; 31(4): 23-36.
12. Díaz Atienza J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Perspectiva biopsicosocial. Ediciones Infancia y Adolescencias "Los Millares"; 2006.
13. CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Meditor; 1992.
14. Still GF. The Goulstonian lectures on some abnormal psychological conditions in children, Lecture I. *The Lancet*. 1902; 159(4103).
15. Clements SD, Peters JE. Minimal brain dysfunctions in the school age child. *Archives General Psychiatry*. 1962; 6: 185-97.
16. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-Deficit/hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* 2007; 32(6): 631-42.
17. Vidal Parera A. Compendio de psiquiatría infantil. Editorial Selene; 1908.
18. Bradley C. The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*. 1937; 94: 577-85.
19. Bradley C, Bowen M. Amphetamine (benzedrine) therapy of children's behavior disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1941; 11: 92-103.
20. Wilens T, Spencer TJ. The stimulants revisited *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2000; 9(3): 573-603, viii.
21. Barkley R MK, Fischer M. TDAH en adultos. Lo que nos dice la ciencia. J&C Ediciones Médicas; 2008.
22. Douglas, V. Stop, Look and Listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 1972; 4(4): 259-82.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
25. Willens TE, Biederman, J., Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. 2002; 53: 113-31.
26. Biederman J, Faraone, S.V. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2005; 16-22: 237-48.
27. Correas Lauffer J, Ibañez Cuadrado A, García Blázquez V, Saiz Ruiz J. Comorbilidad y evolución del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto. En: Ergon, editor. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006.
28. Ramos-Quiroga J, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: una caracterización clínica y terapéutica. Revista de Neurología. 2006; 42: 600-6.
29. Biederman J, Willens, T. Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. Journal Clinical Psychiatry. 1998;59(7):59-68.
30. Cantwell D. Hyperactive children have grown up. What we learned about what happens to them? Archives General Psychiatry. 1985; 42: 1026-8.
31. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1980.
32. Quitkin F, Klein D. Two behavioral syndromes in yougn adults related to possible minimal brain dysfunction. Journal Psychiatry Res. 1969; 7(2): 131-42.
33. Weiss G, Hetchman, L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective follow-up of 63 hyperactive children. Journal American Academy Child Psychiatry. 1985; 24: 211-20.
34. Barkley RA, Fischer M., Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. Journal Abnormal Psychology. 2002; 111: 279-89.
35. Biederman J, Faraone, S.V. Attention-deficit hiperactividad disorder. Lancet. 2005; 366: 237-48.

36. Wilens T, Spencer, TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgraduate Medicine*. 2010; 122: 97-109.
37. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry*. 2000; 48(1): 9-20.
38. Zametkin AJ, Nordahl, TE, Gross M, King AC, Semple WE, Rumsey J. et al. Cerebral glucose metabolism in adults with hiperactivity of childhood onset. *English Journal Medecine* 1990; 323: 1361-6.
39. Biederman J, Faraone S, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal Psychiatry*. 1993; 150(12): 1792-8.
40. Watkins C. AD/HD Co-Morbidity: What's under the tip of the iceberg?. Northern County Psychiatric Associates. 2002; [18/01/2015] Disponible en: [http://www.baltimorepsych.com/ADD\\_Comorbidty.htm](http://www.baltimorepsych.com/ADD_Comorbidty.htm)
41. Biederman J, Faraone S, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 1998; 37(3): 305-13.
42. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 1996; 35(3): 343-51.
43. Biederman J, Hirshfeld -Becker DR, Rosenbaum JF, Hérot C, Friedman D, Snidman N. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and peditrically referred samples. *Archives General Psychiatry*. 1992; 49(9): 728-38.
44. Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood C, Waldman I. Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 1997; 36: 737-44.
45. Adler L, Cohen, J. Diagnosis and evaluations of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Clinical North America*. 2004; 27(2): 187-201.

46. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*. 2006; 36: 167-79.
47. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptative functioning in major life activities. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(2): 192-202.
48. Narbona J. Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*. 2001; 32(3): 229-31.
49. Pascual-Castroviejo, I. Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*. 2002; 35(1): 11-7.
50. Scahill L, Schawab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2000; 9(3): 541-55.
51. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007; 20(4): 386-92.
52. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BLL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(6): 942-8.
53. Yang KN, Schaller JL, Parker R. Factor structures of Taiwanese teachers' ratings of ADHD: a comparison with U.S. studies. *Journal of Learning Disabilities*. 2000; 33(1): 72-82.
54. Angold A, Erkanli A, Granjero EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G, Costello EJ. Psychiatric disorder, impairment and service use in rural African American and white youth. *Archives General Psychiatry*. 2002; 59(10): 893-901.
55. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 2004; 43(6): 727-34.
56. Mullick MS, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40(8): 663-71.
57. McLeod JD, Fettes D, Jensen PS, Pescosolido BA, Martin JK. Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services*. 2007; 58(5): 152-67.

58. Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal Academy Child Adolescents Psychiatry*. 2001; 40(12): 1410-7.
59. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitello B, Abikoff HB, Greenhill LL et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA Study. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 2007; 46(8): 989-1002.
60. Swanson J. Compliance with stimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder: issues and approaches for improvement. *CNS Drugs*. 2003; 17(2): 117-31.
61. Manuzza S, Klein R, Moulton JL. Persistence of Attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood: what have we learned from the prospective follow-up studies? *Journal Attention Disorders*. 2003; 7(2): 93-100.
62. Kessler RC, Chiu W, Demler O, Merikangas KR, Walters E. Prevalence, Severity and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*. 2005; 62: 617-27.
63. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatry status of hyperactives as adults: a controlled perspective, 15 years follow up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1985; 24: 211-20.
64. Kooij JJS BJ, Van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiament PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*. 2005; 35: 817-27.
65. Aragonés E, Piñol-Moreso JL, Ramos-Quiroga, JA, López-Cortacans G, Caballero A, Bosch R. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*. 2010; 84(4): 415-20.
66. Aragonés E, Cañisá A, Caballero A, Piñol-Moreso JL. Screening for attention deficit hyperactivity disorder in adult patients in primary care. *Revista de Neurologia*. 2013; 56(9): 449-55.
67. Goodyear P, Hynd G. Attention-deficit disorder with (ADDH) and without (ADDH/WO) hiperactivity: behavioural and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1992; 21: 273-305.

68. Bauermeister JJ, Shrout PE, Ramírez R, Bravo M, Alegría M, Martínez-Taboas A et al. ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal Abnormal Child Psychology*. 2007; 35(6): 883-98.
69. Pastura G, Mattos P, Araújo AP. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and its comorbidities in a sample of school-aged children. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 2007; 65(4A): 1078-83.
70. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T et al. Influence of gender on Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in Children referred to a Psychiatry clinic. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: 36-42.
71. Biederman J, Faraone S, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*. 2004; 55: 692-700.
72. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners C.K., Delmer O, et al. The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163: 716-23.
73. Nadeau K. Psychoterapy for women with AD/HD. En: K. Nadeau & P.Quinn, editor. *Understanding women with AD/HD*. Silver Spring, MD: Advantage Books; 2002. p. 104-23.
74. Acosta M. Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. *Revista Neurológica*. 2007; 44(2): 37-41.
75. Gaub M, Carisoon CL. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in scholl-based population. *Journal Abnormal Child Psychology*. 1997; 25: 103-11).
76. Lahey BB, Applegate B. DMS-IV field trials for attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescent *American Journal Psychiatry*. 1994; 152: 1673-85.
77. Biederman J, Petty C, Fried R, Fontanella J, Doyle AE, Seidman L, Faraone S. Impact of Psycometrically Defined Deficits of Executive Functioning in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163: 1730-8.

78. Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: clinical response to three dose levels of pethylphenidate. *Pediatrics* 1991; 87(4): 519-31.
79. Slaats-Willemse D, Swaab-Barneveld H, De Sonneville L, Buttelaaar J. Familiar clustering of executive functioning in affected sibling pair families with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005; 44(4): 385-91.
80. Zametkin AJ, Liotta W. The neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Clinical Psychiatry*. 1998; 59(7): 17-23.
81. Seidman LJ. Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(4): 466-85.
82. Doyle AE. Executive functions in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Clinical Psychiatry*. 2006; 67 Supp.
83. Seidman LJ, Valera EM, Makris N. Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder *Biological Psychiatry*. 2005; 57: 1263-72.
84. Hynd GW, Semrud-Clickeman M, Lorys AR, Novey ES, Eliopoulos D. Brain morphology in developmental dyslexia and attention-deficit disorder/hyperactivity *Archives of Neurology* 1990; 47: 919-26.
85. Hynd GW, Hern KL, Novey ES, Eliopoulos D, Marshall R, González JJ et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus. *Journal Child Neurology*. 1993; 8: 339-47.
86. Castellanos FX, Lee P, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002; 288: 1740-8.
87. Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26: 433-44.
88. Papazian O, Alfonso I, Luzondo RJ. Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*. 2004; 42(3): 45-50.
89. Bush G, Valera EM, Seidman L. Functional Neuroimaging of attention-deficit/hyperactive disorder: A review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*. 2005; 57: 1273-84.

90. Castellanos F, Acosta, MT. Syndrome of attention deficit with hiperactivity as the expression of an organic functional disorder. *Revista de Neurología*. 2002; 35: 1.
91. Russell VA, Sagvolden T, Johansen EB. Animal models of attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavioural Brain Function* 2005; 15: 1-9.
92. Stahl SM. Cognitive Enhancers. *Essential Psychofarmacology*. Cambridge University Press. 2000; p. 459-67.
93. Ernst M, Zametkin AJ, Matochik JA, Jons PH, Cohen RM. DOPA Decarboxylase Activity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. A [Fluorine-18] Fluorodopa Positron Emission Tomographic Study. *Journal Neuroscience*. 1998; 18: 5901-7.
94. Krause KH, Dresel SH, Krause J, Kung HF, Tatsch K. Increased striatal dopamine transporter in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder: effects of methylphenidate as measured by single photon emission computed tomography. *Neuroscience Letters*. 2000; 285: 107-10.
95. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Telang F, Solanto MV, Logan J et al. Brain dopamine transporter levels in treatment and drug naïve adults with ADHD. *Neuroimage*. 2007; 34: 1182-90.
96. Oades R. Dopamine-serotonin interactions in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Progress in Brain Research*. 2008; 172: 543-65.
97. Smalley S. Genetic influences in childhood-onset psychiatric disorders: autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Human Genetics*. 1997; 60: 1276-82.
98. Thapar A, Holmes J, Poulton K, Harrington R. Genetic basis of attention deficit and hyperactivity *British Journal Psychiatry*. 1999; 174: 105-11.
99. Waldman ID, Robinson BF, Rowe DC. A logistic regression based extension of the TDT for continuous and categorical traits. *Analysing Human Genetic Data*. 1999; 63: 329-40.
100. Thapar A, Langley K, Asherson P, Gill M. Gene-environment interplay in attention-deficit hyperactivity disorder and the importance of a developmental perspective. *British Journal Psychiatry*. 2007; 190: 1-3.

101. Ramos-Quiroga J, Ribasés-Haro, Bosch-Munsó R, Cormand-Rifà, Casas, M. Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 2007; 44(3): S51-2.
102. Bar C, Swanson J, Kennedy J. Molecular genetics of ADHD. En: Levy F, Hay D, editor. *Attention, Genes and ADHD*. UK: Great Britain; 2001. p. 175.
103. Lowe N, Kirley A, Hawi Z, Sham P, Wickham H, Kratochvil CJ et al. Joint analysis of the DRD5 marker concludes association with attention-deficit/hyperactivity disorder confined to the predominantly inattentive and combined subtypes. *American Journal of Human Genetics*. 2004; 74(2): 348-56.
104. McLoughlin G, Ronal A, Kuntsi J, Asherson P, Plomin R. Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder: substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *Journal Abnormal Child Psychology*. 2007; 35(6): 999-1008.
105. Waldman I. Aggressive boy's hostile perceptual and response biases: the role of attention and impulsivity *Child Development*. 1996; 67(3): 1015-33.
106. El-Faddagh M, Lauth M, Maras A, Vohringer L, Schmidt MH. Association of dopamine D4 receptor (DRD4) gene with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in a high-risk community sample: a longitudinal study from birth to 11 years of age *Journal of Neural Transmission*. 2004; 111: 883-9.
107. Loo SK, Fisher S, Francks C, Ogdie MN, MacPhie IL, Yang M, et al. Genome-wide scan of reading ability in affected sibling pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: unique and shared genetic effects. *Molecular Psychiatry*. 2004; 9: 485-93.
108. Neale BM, Medland SE, Ripke S, Asherson P, Franke B, Lesch KP et al. Meta-analysis of genome-wide association studies of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal Academy Child Adolescents Psychiatry*. 2010; 49(9): 884-97.
109. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal Academy Child Adolescents Psychiatry*. 2000; 39(11): 1432-7.
110. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JT et al. Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(3): 346-54.

111. Sonuga-Barke E. Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple development pathways. *Biological Psychiatry*. 2005; 57(11).
112. Becker K, El-Faddagh M, Schmidt MH, Esser G, Laucht M. Interaction of dopamine transporter genotype with prenatal smoke exposure on ADHD symptoms. *Journal Pediatrics*. 2008; 152(2): 263-9.
113. Neuman RJ, Lobos E, Reich W, Henderson CA, Sun Lw, Todd RD. Prenatal smoking exposure and dopaminergic genotypes interact to cause a severe ADHD subtype. *Biological Psychiatry*. 2007; 61(12): 1320-8.
114. Langgley K, Turic D, Rice F, et al. Testing for gene x environment interaction effects in attention deficit hyperactivity disorder and associated antisocial behavior. *American Journal of Medical Genetics B Neuropsychiatry Genetics*. 2008; 147B(1): 49-53.
115. Kendall J. Sibling accounts of ADHD. *Family Processes*. 1999; 38: 117-36.
116. McLaughlin DP, Harrison CA. Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*. 2006; 11: 82-8.
117. Roselló B, García R, Tárraga M, Mulas F. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*. 2003; 36(1): 79-84.
118. Whalen CK, Henker B, Janner LD, Ishikawa ShS, Floro JN, Swindle R et al. Toward mapping daily challenges of living with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006; 34: 115-30.
119. Woodward L, Taylor W, Dowdney L. The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998; 39: 161-9.
120. Lange G, Serrín D, Carr A, Dooley B, Barton V, Marshall D et al. Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional children. *Journal of Family Therapy*. 2005; 27: 76-96.
121. Keown LJ, Woodward L. Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2002; 30: 541-53.

122. Seipp CM, Jonhston CH. Mother-son interactions in families of boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without oppositional behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2005; 33: 87-98.
123. Rutter M, Moffitt T, Caspi A. Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 2006; 47(3-4): 226-61.
124. Adler L, Cohen, J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinical North America*. 2004; 27(2): 187-201.
125. Wender P. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatric Clinical North America*. 1998; 21: 761-74.
126. Wender P. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. New York: Press OU, editor; 1995.
127. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155(4): 493-8.
128. Kubose S. ADHD in adults: are the current diagnostic criteria adequate? *NeuroPsychiatry Rev*. 2000; 1.
129. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Disponible en: at [www.dsm5org/Documents/changesfromdsm-iv-tr-5.pdf](http://www.dsm5org/Documents/changesfromdsm-iv-tr-5.pdf).
130. De Quiros GB, Kinsbourne M. Adult ADHD. Analysis of selfratings on a behavior questionnaire. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001; 931: 140-7.
131. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *Journal Clinical Psychiatry*. 2004; 65: 1301-11.
132. Wender P. Adult Manifestations of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Kaplan H, Saddock B, editor. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincot, Williams and Wilkins; 2000. p. 2688-91.
133. Klein RG. Prognosis of attention deficit disorder in management in adolescence. *Pediatrics in Review*. 1987; 8: 216-22.

134. Lambert NM. Adolescent outcomes of hyperactive children. Perspectives on general and specific patterns of childhood risk for adolescent emotional, social and mental health problems. *Journal American Psychology*. 1988; 43: 786-99.
135. Morrison JR. Childhood hyperactivity in an adult psychiatric population. Social factor. *Clinical Psychiatry*. 1980 (41): 40-3.
136. Wilens T, Spencer TJ, Biederman J. A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: Research, diagnosis and treatment. New York: Brunner/Mazel; 1995.
137. Díez Suárez A, Figueroa Quintana A, Soutullo Esperón C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediátrica Atención Primaria*. 2006; 8(4): 135-55.
138. Cumyn L, French, L., Hechtman, F. Comorbidity in Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(10): 673-83.
139. Hidalgo I, Soutullo C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. [15/01/2015] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/54660216/Ps-Inf-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad-Tdah2011>.
140. Roselló B, Amado L, Bo RM. Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*. 2000; 1: 181-92.
141. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Clinical Psychiatry*. 2004; 65 Suppl(3): 3-7.
142. Reimherr F. Comorbidity and diagnosis of ADHD. *CNS Spectrums*. 2006; 11(11): 7-9.
143. Murphy K, Barley R. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: comorbidities and adaptative impairments. *Compr Psychiatry*. 1996; 37: 393-401.
144. Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinical North America*. 2004; 27(2): 283-301.

145. Mannuzza S, Klein RG, Abikoff H, Moulton JL 3rd. Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: a prospective follow-up study. *Journal Abnormal Child Psychology*. 2004; 32(5): 565-73.
146. Abad L, Arrighi E, Fernández Maldonado L, Gandía Benetó R, García Campos N, Gómez Barros N et al . TDAH: origen y desarrollo. Madrid: Pascual IT, editor; 2012.
147. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Burbach M. Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: a four-year prospective study of an ADHD sample. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(3): 290-8.
148. Rucklidge J, Tannock R. Psychiatric, psychosocial and cognitive functioning in female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(5): 530-40.
149. Goldstein S. Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. Goldstein, S, Ellisson A (Eds). 2002. p. 25-42.
150. Kessler RC, Adler L, Barkley RA, Biederman J, Conners CK, Faraone SV et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*. 2005; 57(11): 1442-51.
151. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*. 2009; 65 (1): 46-54.
152. Keck PE Jr, Mc Elroy S, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Haskins JM et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155: 646-52.
153. Rapport LJ, Friedman, S.R., Tzelepis, A., Van Voorhis, A. Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 2002; 16: 102-10.
154. Weiss G, Hechtman L. *Hyperactive children grown up*. New York: Guilford Press; 1986.

155. Anderson NH. Likeableness ratings of 555 personality-trait words. *Journal of Social Psychology*. 1968; 9: 272-9.
156. Hechtman L, Weiss G, Perlman T. Hyperactives as young adults: self-esteem and social skills. *Canadian Journal Psychiatry*. 1980; 25: 478-83.
157. Reimer B, Mehler B, D'Ambrosio LA, Fried R. The impact of distractions on young adult drivers with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Accident Analysis & Prevention* 2010; 42(3): 842-51.
158. Oliver ML, Nigg JT, Cassavaugh ND, Barks RW. Behavioral and Cardiovascular Responses to Frustration During Simulated Driving Tasks in Young Adults with and without Attention Disorder Symptoms. *Journal Attention Disorders*. 2012; 16(6): 478-90
159. Spelker SM, Carison G, Christenson GA, Marcotte M. Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers (ADHD). *Annual Clinical Psychiatry*. 1995; 7: 175-9.
160. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal American Academy Child Psychiatry*. 1985; 24: 211-20.
161. Barkley RA, Fisher M, Smallish L. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 2004; 45(2): 195-211.
162. McKay KE, Halperin JM. ADHD, aggression and antisocial behavior across the lifespan. Interactions with neurochemical and cognitive function *Annals of the New York Academic Sciences*. 2001; 931: 84-96.
163. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in Adults: What the Science Says*. New York: Guilford Press; 2008.
164. Shapiro EG, Hughes SJ, August GJ, Bloomquist ML. Processing of emotional information in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Dev Neuropsychology*. 1993; 9: 207-24.
165. Singh SD, Ellis CR, Winton AS, Singh NN, Leung JP, Oswald DP. Recognition of facial expressions of emotion by children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavioural Modif*. 1998; 22: 128-42.

166. Cadesky EB, Mota VL, Schachar RJ. Beyond words: how do problem children with ADHD and/or conduct problem process nonverbal information about affect? *Journal Academy Child Psychiatry*. 2000; 39: 1160-7.
167. Corbett B, Gidden H. Processing affective stimuli in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology*. 2000; 6: 144-55.
168. Norvilitis JM, Casey R, Brooklier KM, Bonello PJ. Emotion appraisal in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their parents. *Journal Attention Disorders*. 2000; 4: 15-26.
169. Yuill N, Lyon J. Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD. General performance impairments or specific problems in social cognition? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 16: 398-404.
170. Kats-Gold I, Besser A, Priel B. The role of simple emotion recognition skills among school aged boys at risk of ADHD. *Journal Abnormal Child Psychology*. 2007; 35: 363-78.
171. Conners C. *Conners' rating scales-revised: user's manual*. Towanda, NY: Multi-Health Systems; 1997.
172. Pelc K KC, Foisy ML, Dan B. Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Neurology*. 2006; 35: 93-7.
173. Guyer AE, McClure E, Adler AD, Brotman MA, Rich BA, Kimes AS et al. Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 2007; 48: 863-71.
174. Nigg JT, Casey BJ. An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Dev Psychopathology* 2005; 17: 785-806.
175. Castellanos FX, Lee PP, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction *Trends Cognition Science*. 2006; 10: 117-23.
176. Díaz-Heijtze R, Mulas F, Forssberg H. Alteraciones de los patrones de los marcadores de dopamina en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 2006; 42(2): S19-23.
177. Solanto M. Dopamine dysfunction in AD/HD: integrating clinical and basic neuroscience research. *Behavioural Brain Res*. 2002; 130: 65-71.

178. Wise R. Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neuroscience*. 2004; 5: 483-94.
179. Delaveau P, Salgado-Pineda P, Wicker B, Micallef-roll J, Blin O. Effect of levodopa on healthy volunteers' facial emotion perception: an fMRI study *Clin Neuropharmacology*. 2005; 28: 255-61.
180. Montano N. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *Journal Clinical Psychiatry*. 2004; 65(3): 18-21.
181. Artigas-Pallarés J. Perfiles cognitivos de la inteligencia límite. *Fronteras del retraso mental. Revista de Neurología*. 2003; 36(1): 161-7.
182. Sánchez MT, Hume M. Evaluación e intervención en inteligencia emocional y su importancia en el ámbito educativo. *Docencia e Investigación*. 2004; 14: 237-66.
183. Altman I. *The Concept of Intelligence: A Philosophical Analysis* Lanham: University Press of America; 1997.
184. Andrés A. La inteligencia humana: actualidad psicológica de un concepto clásico. *Psicología, Hoy*. Tortosa: UNED; 1998.
185. Siegler RS, Dean R. El desarrollo de la Inteligencia En: R.J. Sternberg, editor. *Inteligencia humana IV Evolución y desarrollo de la inteligencia*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1989. p.1345-489.
186. Gardner H. *La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós; 2001.
187. Marina J. *Teoría de la inteligencia creadora*. Barcelona: Anagrama; 1993.
188. Sternberg RJ, Grigorenko E, Bundy DA. The predictive value of IQ. *Merrill-Palmer Quaterly*. 2001; 47(1): 1-41.
189. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence as Zeitgeist, as personality, and as mental ability. In: (Ed.) RJS, editor. *Handbook of emotional intelligence* San Francisco: Jossey Bass; 2000. p. 92-117.
190. Forgas J. *Feelling and Thinkins: The role of affect in social cognition*. New York: Cambridge University Press; 2000.
191. Mayer JD. Emotion, intelligence, and emotional intelligence. En: JP Forgas, editor. *Handbook of Affect and Social Cognition*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2001. p. 410-31.

192. Damasio A. El error de Descartes. Madrid: Crítica; 2006.
193. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing: New York: Harper and Row; 1960.
194. H G. Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences. New York: Basic Books; 1983.
195. Zeidner M, Mathews G, Roberts RD. Emotional intelligence, adaptacion, and coping. En: J. Ciarrochi JF, JD Mayer (Eds.). Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry (2nd ed) Philadelphia: Psychology Press; 2006. p. 82-97.
196. Matthews G, Zeidner M. Emotional Intelligence, adaptation to stressful encounters and health outcomes. En: R Bar-On R y JD Parkers, editor. The handbook of Emotional intelligence: Jossey-Bass; 2000.
197. Extremera N, Fernández-Berrocal P. El modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey: Implicaciones educativas para padres y profesores. III Jornadas de Innovación Pedagógica: Inteligencia Emocional Una brújula para el siglo XXI. 2001. p. 132-45.
198. Mayer JD, Roberts RD, Barsade SG. Human abilities: Emotional Intelligence. Annual Review of Psychology. 2008; 59: 507-36.
199. Fernández-Berrocal P, Extremera N. La investigación de la Inteligencia Emocional en España. Ansiedad y Estrés. 2006; 12(2): 139-53.
200. Zeidner M, Roberts RD, Matthews G. Can emotional intelligence be schooled? A critical review. Educational Psychologist. 2002; 37(4): 215-31.
201. Ugwu LI, Ph. D. Emotional and general intelligence: characteristics, meeting points and missing links. Canadian Center of Science and Education. 2011; 7(7).
202. Seal CR, Boyatzis RE, Bailey JR. Fostering emotional and social intelligence in organizations. Organization Management Journal. 2006; 3(3): 190-209.
203. Engelberg E, Sjöberg, L. Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. Personality and Individual Differences. 2004; 37(3): 533-42.
204. Charbonneau D, Nicol AM. Emotional intelligence and prosocial behaviours in adolescents. Psychological Reports. 2002; 90: 361-70.
205. Coté S, Lopes PN, Salovey P, Beers M. Emotional regulation ability and the quality of social interaction Emotion 2005; 5(1): 113-8.

206. Gil-Olarte P, Palomera R, Brackett MA. Relating emotional intelligence to social competence, and academic achievement among high school students. *Psicothema*. 2006; 18: 118-23.
207. Petrides KV, Frederickson N, Furnham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behaviour at school. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36: 277-93.
208. Ashkanasy N, Dasborough MT. Emotional awareness and emotional intelligence in leadership teaching *Journal of Education for Business*. 2003; 79: 18-22.
209. Extremera N, Fernández-Berrocal P. La inteligencia emocional: Métodos de Evaluación en el Aula. *Iberoamericana de Educación*. 2003.
210. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*. 2002; 17: 611-27.
211. Landy F. Some historical and scientific issues related to research on emotional intelligence. *Journal of Organizational Behavior*. 2005; 26(4): 411-24.
212. Pérez LF, Beltrán J. Dos décadas de inteligencias múltiples: implicaciones para la Psicología de la Educación. *Papeles del Psicólogo*. 2006; 27(3): 147-64.
213. Mayer JD, DiPaolo MT, Salovey, P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence *Journal of Personality Assessment*. 1990; 54: 772-81.
214. Ciarrochi JV, Forgas J, Mayer J. *Emotional Intelligence in everyday life: A Scientific Inquiry*. New York: Psychology Press/Taylor & Francis; 2006.
215. Mestre JM, Comunian AL, Comunian ML. Inteligencia emocional: una revisión a sus primeros quince años y un acercamiento conceptual de los procesos psicológicos. In: J.M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Coords). *Manual de Inteligencia Emocional*. Madrid: Pirámide; 2007. p. 47-68.
216. Zeidner M, Roberts RD, Matthews G. The Science of Emotional Intelligence: current consensus and controversies. *European Psychology*. 2008; 13(1): 64-78.
217. Mayer JD, Caruso D, Salovey P. Selecting a measure of emotional intelligence. The case for ability scales. In: Bar-On y Parker, editor. *Handbook of emotional intelligence*. New York: Jossey-Bass; 2000. p. 320-42.

218. Eyo IE. Determinants of Behaviour: Giving Meaning to the Psychological Concern with Behaviour. Nsukka: AP Publishers; 2003.
219. Nowicki S, Duke MP. Individual differences in the nonverbal communication of affect: The diagnostic analysis of nonverbal accuracy scale. *Journal of Nonverbal Behavior*. 1994; 18(1): 9-35.
220. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*. 2005; 131(6): 803-55.
221. Scherer K, Banse R, Wallbott H. Emotion Inferences from vocal expression correlate across languages and cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2001; 32(1): 76-92.
222. Gross J. Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 74: 224-37.
223. Izard C. Emotional intelligence or adaptative emotions? *Emotion*. 2001; 1(3): 249-57.
224. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In: P. Salovey y D. Sluyter, editor. *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic Books; 1997. p. 3-31.
225. Goleman D. *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books; 1995.
226. Bar-On R. *Baron Emotional Quotient inventory: Technical Manual*. Toronto: Muti Health Systems; 1997.
227. Petrides KV, Furnham, A. Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*. 2003; 17(1): 39-57.
228. Chamarro A, Oberst, U. Modelos teóricos en Inteligencia Emocional Aloma. 2004; 14: 209-17.
229. Bar-On R. *The emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence* Toronto: Multi-Health Systems; 1997.
230. Jordan P, Ashkanasy N, Hartel C. Emotional intelligence as a moderator or emotional and behavioral reactions to job insecurity. *Academy of Management Review*. 2002; 27: 363-71.

231. Higgs M, Rowland D. Does it need emotional intelligence to lead change? *Journal of General Management*. 2002; 27: 62-76.
232. Patri L, Douglas C, Ferris G, Ammeter A, Buckley M. Emotional intelligence, leadership effectiveness and team outcomes. *The International Journal of Organizational Analysis*. 2003; 11(1): 21-40.
233. Nikolaou I, Tsaousis I. Emotional intelligence and occupational stress. *The International Journal of Organizational Analysis*. 2002; 10(4): 327-42.
234. George J. Leader positive mood and group performance: the case of customer service. *Human Relations*. 2000; 53(8): 102-105.
235. Damasio A. Mental self: The person within. *Nature* 2003; 423: 227.
236. Bisquerra R. *Psicopedagogía de las emociones*. España: Síntesis; 2009.
237. Damasio AR. *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Pan Macmillan; 1994.
238. Rizzolatti G, Sinigaglia C. The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: interpretations and misinterpretations. *Nature Reviews Neuroscience*. 2010; 11(4): 264-74.
239. Rizzolatti G, Craighero L. The Mirror-Neuron System *Annual Review of Neuroscience*. 2004; 27: 169-79.
240. Rizzolatti G, Fabbri-Destro M. The mirror system and its role in social cognition. *Elsevier*. 2008; 18: 179-84.
241. Levenson R, Ruef A. Physiological Aspects of Emotional Knowledge and Rapport. In: Ickes W, editor. *Empathic Accuracy*. New York: The Guilford Press; 1997.
242. Scherer K, Elgring H. Are Facial Expressions of Emotion Produced by Categorical Affect Programs or Dynamically Driven by Appraisal? *Emotion*. 2007; 7(1): 113-30.
243. Plutchick R. *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York: Harper & Row; 1980.
244. Salovey P, Mayer J. Emotional Intelligence Imagination, Cognition and Personality. 1990; 9: 185-211.

245. Izard CE, Trentacosta C, King K, Morgan JK, Diaz M. Emotions, Emotionality and Intelligence in the Development of Adaptive Behavior. In: G. Matthews, M. Zeidner y R.D. Roberts, editor. The science of emotional intelligence. New York Oxford University Press; 2007. p. 127-50.
246. Mischel W, Shoda Y. A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics and invariance in personality structure. *Psychological Review*. 1995; 102(2): 246-68.
247. Mayer JD, DiPaolo MT, Salovey P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*. 1990; 54: 772-81.
248. Fernández-Berrocal P, Extremera N. El papel de la Inteligencia Emocional en el alumnado: Evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2008; 6(2): 2004.
249. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*. 1999; 27: 267-298.
250. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional Intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*. 2008; 63(6): 503-17.
251. Ciarrochi JV, Chan A, Caputi, P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*. 2000; 28(3): 539-61.
252. Mayer JD, Cobb CD. Educational Policy on emotional intelligence: Does it make sense? *Educational Psychology Review*. 2000; 12: 163-83.
253. Thilam L, Kirby, S. Is Emotional intelligence an Advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *The Journal of Social Psychology*. 2002; 142(1): 133-43.
254. Salovey P, Mayer J. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990; 9: 185-211.
255. Fernández-Berrocal P RD. La inteligencia emocional en la educación. *Education & Psychology*. 2008; 6(15): 421-36.
256. Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Models of emotional intelligence In: RJ Sternberg, editor. *Handbook of intelligence*. New York: Cambridge; 2000. p. 396-420.

257. Sternberg RJ, Kaufman J. Human Abilities. *Annual Review of Psychology*. 1998; 49: 479-502.
258. Salovey P, Grewal D. The Science of Emotional Intelligence. *Current Directions in Psychological Science*. 2005; 14: 281-5.
259. Fernández-Berrocal P, Extremera N. La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2002; 29: 1-6.
260. Brackett MA, Rivers SE, Salovey P. Emotional Intelligence: Implications for Personal, Social, Academic and Workplace Success. *Social and Personality Psychology Compass*. 2011; 5(1): 88-103.
261. Salovey P, Woolery A, Mayer JD. Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En: G.J.O. Fletcher y M.S. Clark, editor. *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes*. Malden, MA: Blackwell Publishers; 2001. p. 279-307.
262. Ugarriza N. La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona* 2001; 4: 129-60.
263. Bar-On R PJ. *Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
264. Chamarro A, Oberst U. Modelos teóricos en inteligencia emocional y su medida. *Aloma*. 2004; 14: 209-17.
265. López E. La práctica de la educación emocional en la educación infantil. En: P. Fernández Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J.M Salguero, R. Cabello, Coords. *Inteligencia Emocional: 20 años de investigación y desarrollo* Santander: Fundación Marcelino Botín; 2011. p. 549-53.
266. Petrides KV, Furnham A. On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2000; 29: 313-20.
267. Brackett MA, Mayer JD. Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of Emotional Intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2003; 29(9): 1147-58.
268. Epstein S. *Constructive thinking: The key to emotional intelligence*. Westport: Praeger; 1998.

269. Lam LT, Kirby SL. Is Emotional Intelligence an Advantage? An Exploration of the Impact of Emotional and general intelligence on Individual Performance. *The Journal of Social Psychology*. 2002; 121(1): 133-43.
270. Hedlund J, Sternberg R. Too many intelligences? Integrating social, emotional and practical intelligence. In: R. Bar-On & JDA Parker, editor. *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
271. Goleman D. *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books; 1998.
272. Cooper RK, Sawaf A. *Executive EQ: Emotional intelligence in leadership and organization*. New York: Grosset Putnam; 1997.
273. Gottman J. *The heart of parenting: How to raise an emotionally intelligent child*. New York: Simon & Schuster; 1997.
274. Shapiro L. *How to raise a child with a higher EQ*. New York: Harper Collins; 1997.
275. Extremera N, Fernández-Berrocal, P. El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2004; 6(2).
276. Sastre C, Danvila del Valle I. *Inteligencia Emocional: una revisión del concepto y líneas de investigación*. Cuadernos de Estudios Empresariales. 2010; 20: 107-26.
277. Salovey P, Mayer J, Goldman S, Turvey C, Palfai T. Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En: J.W. Pennebaker, editor. *Emotion, disclosure and health* Washington, DC: American Psychological Association; 1995. p. 125-54.
278. Mayer JD, Salovey P, Caruso D, Sitarenios G. Measuring Emotional Intelligence with the MSCEIT v.2.0. *Emotion*. 2003; 3: 97-105.
279. Ciarrochi JV, Deane F, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*. 2002; 32(2): 197-209.
280. Liau AK, Liau AWL, Teoch GBS, Liau MTL. The Case for Emotional Literacy: the influence of emotional intelligence on problem behaviours in Malaysian secondary school students *Journal of Moral Education*. 2003; 32(1): 51-66.

281. Van Rooy DL, Viswevaran C. Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behaviour*. 2004; 65: 71-95.
282. Fernández-Berrocal P, Alcaide R, Ramon N. The influence of emotional intelligence on the emotional adjustment in highschool students *Bulletin of Karkov State University* 1999; 439(1-2): 119-23.
283. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. 2006; 9(1): 45-51
284. Schutte N, Malouff J, Bobik C, Coston T, Greeson C, Jedlicka C et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology* 2001; 141(4): 523-36.
285. Lopes PN, Salovey P, Straus R. Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(3): 641-58.
286. Extremera N, Fernández Berrocal P. Perceived intelligence and life satisfaction: predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. 2005; 39(5): 937-48
287. Fernández-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Extremera N, Ramos N. Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 2001; 4: 1-15.
288. Fernández-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Extremera N, Ramos N. Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *international Review of Social Psychology*. 2005; 18: 91-107.
289. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios *Clínica y Salud*. 2004; 15(2): 117-37.
290. Paéz Rovira D, Fernández Sedano I, Campos M, Zubieta E, Casullo Martina M. Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*. 2006; 12: 2-3.
291. Paéz Rovira D, Velasco C, Campos M. Formas de afrontamiento, mecanismo de defensa e inteligencia emocional: comparación teórica y evaluación empírica de su frecuencia y funcionalidad. *Revista de Psicoterapia*. 2004; 15(60).

292. Tobal M, Juan J, Pérez Nieto MA, Cano Vindel A, Camuñas N, Iruarrizaga I, Ferrándiz López MP. Ansiedad, depresión e ira: relaciones entre el estilo atribucional y las emociones negativas. *Ansiedad y Estrés*. 1999; 5: 2-3.
293. Tobal M, Juan J, Cano Vindel A. Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*. 2001; 7: 2-3.
294. Bisquerra Alzina R. Educación emocional y bienestar. Barcelona: Praxis; 2000.
295. Bisquerra Alzina R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*. 2003; 21(1).
296. Schutte NS, Malouf JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence *Personality and Individual Differences*. 1998; 25(2): 167-77.
297. Chico E. Evaluación psicométrica de una escala de inteligencia emocional. *Boletín de psicología*. 1999; 62: 65-78.
298. Newsome S, Day A, Catano V. Assessing the predictive validity of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2000; 29: 1005-16.
299. Parker JDA, Summerfeldt L, Hogan MJ, Majeski SA. Emotional intelligence and academia success: examining the transition from the high school to university *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(1): 163-72.
300. Gil-Olarte P, Guil R, Mesre JM, Nuñez I. La inteligencia emocional como variable predictora del rendimiento académico. Libro de Actas del IX Congreso Nacional de Psicología Social. 2005; 5: 351-7.
301. Mestre JM, Guil Bozal M, Gil-Olarte P. Inteligencia emocional: Algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria. [20/05/2015]. Disponible en [www.reme.uj.es/articulos/avillj3022906105/texto.htm](http://www.reme.uj.es/articulos/avillj3022906105/texto.htm).
302. Pérez PN, Castejón CJL. La Inteligencia Emocional como predictor del rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*. 2007; 12: 121-31.
303. Van der Zee K, Thijs M, Schakel L. The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and the Big Five. *European Journal of Personality*. 2002; 16(2): 103-25.

304. Vela R. The role of emotional intelligence in the academic achievement of first years college students. *Dissertation Abstracts International Section: Humanities and Social Sciences*. 2004; 64(11-A): 3978.
305. Sternberg R. Theory Based University Admissions Testing for a New Millennium. *Educational Psychologist*. 2004; 39(3): 185-98.
306. Barchard K. Does emotional intelligence assist in the prediction of academic success? *Educational and Psychological Measurement* 2003; 63(5): 840-58.
307. Bastian VA, Burns N, Nettelbeck T. Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*. 2005; 39: 1135-45.
308. Extremera N, Fernández-Berrocal P. La evaluación de la inteligencia emocional en el aula como factor protector de diversas conductas problema: violencia, impulsividad y desajuste emocional. En: F.A. Muñoz., B. Molina y F. Jiménez, editor. *Actas del I Congreso Hispanoamericano de Educación y Cultura de Paz Granada: Universidad de Granada*; 2002. p. 599-605.
309. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*. 2002; 32(1): 95-105.
310. Trinidad DR, Unger J, Chou CP, Azen SP, Johnson CA. Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: Interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*. 2004; 34(1): 46-55.
311. Lizeretti NP, Extremera N, Rodríguez A. Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in mental disorders. *Psychiatric Quarterly*. 2012; 83(4): 407-18.
312. Pérez-Dueñas C, Pacheco A, Lupiañez J, Acosta A. Inteligencia emocional e interferencia stroop emocional en participantes con ansiedad rasgo elevada vs. baja. *Ansiedad y Estrés*. 2006; 12(2-3): 251-65.
313. Gross JJ, John O. *Handbook of Self-Regulation* (2º Ed.). New York: Guilford; 2003. p. 22-40.
314. Ciarrochi JV, Chan A, Bajgar J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2001; 31(7): 1105-19.
315. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos, N. Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*. 2003; 1(5): 251-4.

316. Salguero JM, Fernández-Berrocal P, Ruiz-Aranda D, Castillo R, Palomera R. Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional *European Journal of Education and Psychology*. 2011; 4(2): 143-52.
317. Loeches Alonso A, Carvajal Molina F, Serrano JM, Fernández Carriba S. Neuropsicología de la percepción y la expresión facial de emociones: Estudios con niños y primates no humanos. *Anales de psicología*. 2004; 20(2): 241-59.
318. Le Doux J. *Synaptic self*. Hammondsworth: Viking Penguin; 2002.
319. Morris E, Casey J. *Developing emotionally literate staff: A practical guide*. U.K.: SAGE Publications; 2005.
320. Siegel D. *The developing mind: towards a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guildford; 2001.
321. Wender PH, Reimherr FW, Wood DR. Attention deficit disorder ('minimal brain dysfunction') in adults. A replication study of diagnosis and drug treatment. *Archives General Psychiatry*. 1981; 38: 449-56.
322. Wender PH, Reimherr F, Wood D, Ward M. A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults *American Journal Psychiatry*. 1985; 142: 547-52.
323. Ward MF, Wender P, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder *American Journal Psychiatry*. 1993; 150: 885-90.
324. Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee R et al. Atomoxetine in the Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics*. 2001; 108(5): 1-9.
325. Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Hedges DW, Adler L, Spencer TJ et al. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological Psychiatry*. 2005; 58: 125-31.
326. Brown TE. *Attention Deficit Disorder Scales for Children and Adolescents: manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
327. Hallowell E, Ratey JJ. *Driven to Distraction*. New York: Touchstone; 1994.

328. Cukrowics KC, Taylor J, Schatschneider C, Iacono WG. Personality differences in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47(2): 151-9.
329. Amen D. *Healing ADD. The breakthrough progra that allows you to see and heal the six types of ADD*. New York: Berkley; 2001.
330. Levine M. *A mind at time*. U.K.: Simon & Schuster; 2002.
331. Sears W, Tomhpson L. *The A.D.D. Book New understandings, new approaches to parenting your child*. New York: Little Brown & Company; 1998.
332. Fernández-Berrocal P, Ruiz Aranda D. La inteligencia emocional en la educación. *Electronic journal of research in educational psychology*. 2008; 6(15): 421-36.
333. Christopher G, Thomas M. Social problem solving in chronic fatigue syndrome: Preliminary findings *Stress and Health*. 2009; 25(2): 161-9.
334. Matthews G, Emo AK, Funke G, Zeidner Z, Roberts RD, Costa Jr PT, Schulze R. Emotional intelligence, personality, and task-induced stress. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. 2006; 12(2): 96-107.
335. Rogers P, Qualter P, Phelps G, Gardner K. Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2006; 41(6): 1089-105.
336. Kulikowska A, Pokorski M. Self-injuries in adolescents: Social competence, emotional intelligence and stigmatization *Journal of Physiology and Pharmacology*. 2008; 59(6): 383-92.
337. Downey LA, Johnston P, Hansen K, Birney J, Stough C. Investigating mediating effects of emotional intelligence and coping on problems behaviours in adolescents. *Australian Journal of Psychology*. 2010; 62(1): 20-9.
338. Joseph DL, Newman D. Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*. 2010; 95: 54-78.
339. Brackett MA, Mayer JD, Warner R. Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36: 1387-402.

340. Sánchez MT, Fernández-Berrocal P, Montañés J, Latorre JM. ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2008; 6(15): 455-74.
341. McIntyre M. Gender differences in the nature and linkage of higher-order personality factors to trait and ability emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2010; 48: 671-22.
342. Jausovec N, Jausovec K. Sex differences in brain activity related to general and emotional intelligence. *Brain and Cognition*. 2005; 59: 277-86.
343. Tapia M, Marsh I GE. The effects of sex and grade-point average on emotional intelligence. *Psicothema*. 2006; 18: 108-11.
344. Candela C, Barberá E, Ramos A, Sarrió M. Inteligencia Emocional y la variable género. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 2001; 5(10).
345. McDowell I, Nevell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University; 1987.
346. Bouchard C, Shepard RJ, Stephens T. *Physical activity, fitness, and health Champaing (EEUU): Human Kinetics*; 1994.
347. Ruiz-Ros V, Peris A, Llácer A, Peris MD. Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de calidad de vida en los afectados por problemas de salud. *Medicina Clínica Barcelona*. 1993; 98: 41-8.
348. Bogner G. The concept of quality of life. *Social and Practice*. 2005; 31.
349. Haas B. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*. 1999; (31): 215-20.
350. Taillefer MC, Dupuis G, Roberge, MA, Le May, S. Health-related quality of life models: Sistematic review of the literature. *Social Indicators Research*. 2003; 64.
351. Shaw A. Defining the quality of life. *Hastings Center Report*. 1977(7): 11.
352. Hornquist JO. The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1982; 10: 57-61.
353. Calman KC. Definitions and dimensions of quality of life. In: N.K. Aaronson & Beckman, editor. *The Quality of life cancer patients*. New York: Ravens Press; 1987. p. 1-9.

354. Ferrans CE. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*. 1990 (17): 15-21.
355. Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. Quality of life of community mental health program clientes: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*. 1991; (27): 43-55.
356. Lawton M. Quality of life in chronic illness. *Gerontology*. 1999; (45): 181-3.
357. Martin A, Stockler M. Quality of life assessment in health care research and practice. *Evaluation and the Health Professions*. 1998; (21): 141-56.
358. Biswas-Diener R, Diener E. Making the best of a bad situation: Satisfaction in the slum of Calcuta. *Social Indicators Research*. 2001; 55: 329-52.
359. Diener E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 1984; 95: 542-75.
360. Diener E, Biswas-Diener R. Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*. 2002; 57: 119-69.
361. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being. *Annual Review of Psychology*. 2003; 54: 403-25.
362. Palomar J, Lanzagorta N, Hernández J. Poverty, psychological resources and subjective well-being. *Social Indicators Research*. 2005; 73: 375-408.
363. Orwig RL, Fimmen MD. Quality of life comparison: Objective assessment versus subjective assessment. *The Journal of Baccalaureate Social Work*. 2005; 11(1): 30-9.
364. Vera J. Bienestar subjetivo en una muestra de jóvenes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2001; 3(1): 11-21.
365. Fletcher AE, Dickinson E, Philip I. Audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age and Ageing*. 1992; 21: 142-50.
366. Spirduso WW. *Physical dimensions of aging*. Champaign (EEUU): Human Kinetics; 1995.
367. Jones DJ, Rose DJ. *Physical activity Instruction of older adults*. California: Human Kinetics; 2005.

368. Organización Mundial de la Salud: OMS. Frequently asked questions about community-based initiatives. Ginebra: O.M.S.; 2003.
369. Bramston P, Chipuer H, Pret G. Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005; 49(10): 728-33.
370. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004; 52.
371. Felce D, Perry J. Quality of life: it's definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 1995; 16(1): 51-74.
372. Trujillo S, Tovar C, Lozano M. Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*. 2004; 31(1): 89-98.
373. Veehoven R. The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*. 2002; 1(1): 39.
374. Velarde E, Avila C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*. 2002; 44(4): 349-61.
375. Barkley R, Cunningham C, Gordon M, Faraone S, Lewandowski L, Murphy K. ADHD symptoms vs. impairment: Revisited. *ADHD Report*. 2006; 14 :1-9.
376. Richters JE, Arnold LE, Jensen PS, Abikoff H, Conners CK, Greenhill LL et al. NIMH collaborative multimodal treatment study of children with ADHD (MTA): Design, methodology, and protocol evolution. *Journal of Attention Disorders*. 1997; 2(3): 141-58.
377. Conners CK, Epstein J, March JS, Angold A, Wells KC, Klaric J et al. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 2001; 40: 159-67.
378. Escobar R, Soutullo C, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics* 2005; 116: 364-9.
379. Varni JW, Burwinkle T. The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based study. *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 4(26).

380. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004; 114: 541-7.
381. Chao CY, Gau SS, Mao WC, Shyu JF, Chen YC, Yeh CB . Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008; 62: 421-6.
382. Brod M, Johnston J, Able S, Swindle, R. . Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Quality of life research*. 2006; 15: 117-29.
383. Adler L, Sutton VK, Moore RJ. Quality of life assessment in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with atomoxetine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2006; 26(6): 648-52.
384. Gudjonsson GH, Siggurdsson J, Eyjolfsdottir GA, Smari J, Young S The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms, and associated problems among university students. *Journal Attention Disorders*. 2009; 12(6): 507-15.
385. Rimmerman A, Yurkevich O, Birger M, Araten-Bergman T. Quality of life in men and women with borderline intelligence and attention deficit disorders living in community residencies: a comparative study. *Journal Attention Disorders*. 2005; 9: 435-43.
386. Velo S, Kereztény A, Szentiványi D, Balázs J. Quality of life of patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: systematic review of the past 5 years. *Neuropsychopharmacology Hungary*. 2013; 15(2): 73-82.
387. Da Silva MA, Chain T, Cavalett M, Serpa MH, Zanetti, MV, Vieira GF et al. Health-related quality of life in adults with attention-deficit and hyperactivity disorder. *Medical Express*. 2014; 1(1): 43-6.
388. Gjervan B, Nordahl HM. The Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL): A new disease specific measure for assessment of ADHD. *Nordic Psychology*. 2010; 62(1): 24-36.
389. Secnik K, Swensen A, Lage M. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*. 2005; 23: 93-102.

390. Knouse L, Cooper-Vince C, Sprich S, Safren SA. Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2008; 8(10): 1537-48.
391. Brofenbrenner U, Ceci SJ. Nurtura-nurture reconceptualized in developmental perspectiva: A bioecological model. *Psychological Review*. 1994; 101: 568-86.
392. Albert J, López-Martin S, Fernández-Jaen A, Carretié L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*. 2008; 47(1): 39-45.
393. Barkley R. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions. Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1996; 121: 65-94.
394. Brown T. DSM-IV: ADHD and executive function impairments. *Advanced Studies in Medicine*. 2002; 2: 910-4.
395. Barkley RA. Deficient emotional self-regulation is a core component of ADHD. *Journal of ADHD and Related Disorders*. 2010; 1: 3-57.
396. Jiménez MI, López-Zafra, E. El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Diferencias de género y edad. *Boletín de psicología*. 2008; 93: 21-39.
397. Oberst U, Lizeretti N. Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. 2004; 60(4): 5-22.
398. Palmer B, Donaldson C, Stough C. Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2002; 33: 1091-100.
399. Matthews G, Zeidner Z, Roberts RD. Emotional intelligence. *Knowns and Unknowns*. Oxford: University Press; 2007.
400. Adler LA. Clinical presentation of adult patient with ADHD. *Journal Clinical Psychiatry*. 2004; 65(S 3): 8-11.
401. Adler SL. Monitoring adults with ADHD: a focus on executive and behavioral function. *Journal Clinical Psychiatry*. 2010; 71(8): 18.
402. Barkley RA, Murphy K, Kwasnik D. Psychological adjustment and adaptative impairments in young adults with ADHD. *Journal Attention Disorders*. 1996; 1: 41-54.

403. Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, Ishak WW. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2012; 9: 10-21.
404. Matthews G, Zeidner Z, Roberts RD. Emotional intelligence: Science and myth. The MIT Press; 2002.
405. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación (5<sup>a</sup> ed.). Mexico D.F.: Mac Graw Hill; 2010.
406. Mayer JD, Caruso D, Salovey P. The Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT). Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 2002.
407. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Cherkasskiy L. Emotional intelligence. En: J. Stenberg, B. Kaufman, editor. *The Cambridge Handbook of intelligence*. Cambridge: University Press; 2011. p. 528-49.
408. Kooij JJS, Boosntra AM, Willemsen-Swinkels SHN, Bekker EM, De Noord I, Buitelaar JL. Reliability, validity and utility of instruments for self-report and informant report regarding symptoms of Attention-Deficity/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults patients. *Journal Attention Disorders*. 2008; 11(4): 445-58.
409. Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Donati D, Domini M, Novella L, Maffei, C. The retrospective assessment of childhood attention deficit hyperactivity disorder in adults: reliability and validity of the Italian version of the Wender Utah Rating Scale. *Psycopharmacology Bulletin*. 2001; 31(2): 425-33.
410. Ward MF, Wender PH, Reimherr, FW. The Wender Utah Rating Scale: and aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal Psychiatry*. 1993; 150(8): 1280.
411. Rodríguez-Jiménez R, Ponce, G, Monasor, R., Jiménez-Gimenez, M., Pérez-Rojo, J.A., Rubio, G et al. Validación en población española adulta de la Wender-Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología*. 2001; 33: 138-44.
412. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*. 2000; 12: 240-5.
413. Conners CK, Jett J. Attention deficit hyperactivity disorder: in adults and children. Kansas City: MO:Compact Clinicals; 1999.

414. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*. 2001; 1(3): 232-42.
415. Brackett MA, Salovey P. Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). En: J. Mestre Navas y P. Fernández Berrocal, coordinador. *Manual de Inteligencia Emocional* Madrid: Pirámide; 2004. p. 69-80.
416. Rivers SE, Brackett MA, Salovey P. Measuring emotional intelligence as a mental ability in adults and children In: G. Boyle, G. Matthews y D Saklofske, editor. *The Sage handbook of personality theory and assessment*. New York: Sage; 2008. p. 440-60.
417. Palmer B, Gignac G, Manocha R, Stough C. A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*. 2005; 33: 285-305.
418. Fan H, Jackson T, Yang X, Tang W, Zhang J. The factor structure of the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test V 2.0 (MSCEIT): A meta-analytic structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*. 2010; 48(7): 781-5.
419. Follescal H, Hagtvet K. Emotional intelligence: The MSCEIT from the perspective of generalizability theory. *Intelligence*. 2009; 37(1): 94-105.
420. Palfai TP, Salovey P. The influence of depressed and elated mood on deductive and inductive reasoning. *Imagination, Cognition and Personality*. 1993; 13: 57-71.
421. Brody N. What cognitive intelligence is and what emotional intelligence is not. *Psychological Inquiry*. 2004; 15(3): 234-8.
422. Bush G, Frazier J, Rauch SL, Seidman LJ, Whalen PJ, Jenike Ma et al. Anterior cingulate cortex dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder revealed by FMRI and the Counting Stroop. *Biological Psychiatry*. 1999; 45(12): 1542-52.
423. Aluja A, Blanch, A. Replicabilidad de los factores de segundo orden del 16PF-5 en muestras americanas y españolas. *Psicothema*. 2003; 15(2): 309-14.
424. Wechsler D. WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Manual técnico y de interpretación. Madrid: NCS Pearson, Inc. Edición original, 2008; 2012.

425. Hernández A, Tomás I, Ferreres A, Lloret S. Tercera Evaluación de Tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*. 2015; 36(1): 1-8.
426. Murphy P. Cognitive functioning in adults with attention-Déficit/Hyperactivity Disorder: focus on rating scales. *Journal of Attention Disorders*. 2002; 5(4): 203-9.
427. Brod M, Perwien A, Adler L, Spencer T, Johnston J. Conceptualization and assessment of quality of life for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Primary Psychiatry*. 2005; 12(6): 58-64.
428. Brod M, Adler L, Lipsius S, Tanaka Y, Heinloth AN, Upadhyaya H. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale in European patients: comparison with patients from the USA. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. 2015; 7(2): 141-50.
429. Matza LS, Johnston J, Faries. Responsiveness of adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality of life scale (AAQoL). *Quality of life research*. 2007; 16: 1511-20.
430. Able S, Johnston, J.A., Adler, L., Swindle, R.W. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine*. 2006; 37: 97-107.
431. Brackett MA, Caruso DR. *Emotionally literacy for educators*. Cary, NC: SEL-Media; 2007.
432. Law K, Wong C, Huang G, Li X. The effects of emotional intelligence on job performance and life satisfaction for the research and development scientists in China. *Asia Pacific Journal Management*. 2008; 25: 51-69.
433. Extremera N, Fernández-Berrocal P. *Test de Inteligencia Emocional de Mayer, Salovey y Caruso*. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
434. Mayer JD, Panter A, Salovey P, Caruso DR, Siratenios G. A discrepancy in analyses of the MSCEIT. Resolving the mystery and understanding its implications: A replay to Gignac. *Emotion*. 2005; 5(2): 236-7.
435. Murphy K, Barkley R, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190: 147-57.
436. Goldstein S, Teeter A. *Clinicians' guide to adult ADHD: assessment and intervention*. 6ª ed. San Diego: Academic Press; 2002.

437. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*. 2000; 48: 9-20.
438. Young S, Bramhan J. TDAH en adultos: una guía psicológica para la práctica. México, D.F.: El Manual Moderno; 2009.
439. Jafari O, Ghanizadeh A, Akhondzadeh S, Mohammadi MR. Health-related quality of life of Iranian children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Quality of life research*. 2010; 20(1): 31-6.
440. Gjervan B, Torgersen T, Nordahl HM. ADHD symptoms are differentially related to specific aspects of quality of life. *Journal Attention Disorders*. 2014; 18(7): 598-606.
441. Martins A, Ramalho N, Morin E. A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*. 2010; 49(6): 554-64.
442. Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke SE. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*. 2007; 42(6): 921-33.
443. Palomera R, Martín Salguero J, Ruiz-Aranda D. La percepción emocional como predictor estable del ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicología Conductual*. 2012; 20(1): 43-58.
444. Gohm CL, Clore G. Four latent traits of emotional experience and their involvement in attributional style, coping and well-being. *Cognition & Emotion*. 2002; 16: 495-518.
445. Barkley R. Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Madrid: Paidós; 2011.
446. Williams LM, Hermens D, Palmer D, Kohn M, Clarke S, Keage H. Misinterpreting emotional expressions in attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence for a neural marker and stimulant effects. *Biological Psychiatry*. 2008; 67: 917-26.
447. Kee K, Horan W, Salovey P. Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2009; 107(1): 61-8.

448. Fernández-Berrocal P, Extremera N. La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2005; 19(3): 63-93.
449. Lopes PN, Côte S, Salovey P. An ability model of emotional intelligence: implications for assessment and training. En: J.E. Zins, R.P. Weissberg, M.C. Wang, H.J. Walberg, editor. *Building school success on social and emotional learning*. New York: Teachers College Press; 2006.
450. Sánchez-García M, Sánchez-Alvarez N, Extremera N, Fernández-Berrocal P. Percepción emocional evaluada con la versión española del Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): análisis de su robustez psicométrica en muestra española. *Ansiedad y Estrés*. 2013; 19(2-3): 161-71.
451. Roberts R, Zeidner M, Matthews G. Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions. *Emotion*. 2011; 1: 196-231.
452. Arcia E, Conners C. Gender differences in ADHD? *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*. 1998; 19: 77-83.
453. Katz LJ, Goldstein G, Geckle M. Neuropsychological and personality differences between men and women with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 1998; 2: 239-47.
454. Brackett MA, Rivers S, Shiffman S, Lerner N, Salovey P. Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006; 91: 780-95.
455. Extremera N, Fernández-Berrocal P, Salovey P. Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT). Versión 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*. 2006; 18: 42-8.
456. Lopes PN, Brackett M, Nezlek JB, Schutz A, Sellin I, Salovey P. Emotional intelligence and interaction. *Personal Social Psychological Bulletin*. 2004; 30(8): 1018-34.
457. Lumley MA, Gustavson B, Partridge RT, Labouvie-Vief G. Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: Interrelationships among measures. *Emotion*. 2005; 5(3): 329-42.

458. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*. 2005; 11: 101-22.
459. Lishner DA, Swin D, Hong PY, Vitacco MJ. Psychopathy and ability emotional intelligence. Widespread or limited association among facets?. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50: 1029-33.
460. Salguero JM, Extremera N, Fernández-Berrocal P. Emotional intelligence and depression: the moderator role of gender. *Personality and Individual Differences*. 2012; 53: 29-32.
461. Rucklidge J, Kaplan B. Psychological functioning of women identified in adulthood with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*. 1997; 2: 167-76.
462. Brackett MA, Warner R, Bosco J. Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships*. 2005; 12: 197-212.
463. Geher G, Warner R, Brown AS. Predictive validity of the emotional accuracy research scale. *Intelligence*. 2001; 29(5): 373-88.
464. Schutte N, Malouff J, Hall L, Haggerty D, Cooper J, Golden C, Dorheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 1998; 25: 167-77.
465. Carson K, Carson P. Career commitment, competencies and citizenship. *Journal of Career Assessment*. 1998; 6: 195-208.
466. Pau AKH, Croucher R, Sohanpal R, Muirhead V, Seymour K. Emotional intelligence and stress coping in dental undergraduates - A qualitative study. *British Dental Journal*. 2004; 197(4): 205-9.
467. Mikolajczak M, Nelis D, Hansenne M, Quoidbach J. If you can regulate sadness, you can probably regulate shame: Associations between trait emotional intelligence, emotion regulation and coping efficiency across discrete emotions. *Personality and Individual Differences*. 2008; 44(6): 1356-68.
468. Austin EJ, Saklofske D, Mastoras SM. Emotional intelligence, coping and exam-related stress in Canadian undergraduate students. *Australian Journal of Psychology*. 2010; 62: 42-50.

469. Extremera N, Fernández-Berrocal P. Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*. 2002; 91: 47-59.
470. Quintero Gutiérrez del Alamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida (3ª Ed.). Barcelona: Masson E, editor; 2009.
471. Downey LA, Johnston P, Hansen K, Schembri R, Stough C, Tuckwell V et al. The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *European Journal of Psychiatry*. 2008; 22(2): 93-8.
472. Mennin D, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2007; 14(4): 329-52.
473. Moro-López M, Quintero J, García-Campos N, Jiménez-Gómez B, Pando F, Varela-Casal P et al. Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 2009; 49(5): 257-64.
474. Reimherr FW, Williams E, Strong RE, Mestas R, Soni P, Marchant BK. A double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *Journal Clinical Psychiatry*. 2007; 68: 93-101.
475. Knouse LE, Safren S. Current Status of Cognitive Behavioral Therapy for Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Clinical North America*. 2010; 33(3): 497-509.
476. Safren SA, Perlman C, Sprich S, Otto MW. *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral therapy approach*. New York Oxford University Press; 2005.
477. Rostain AL, Ramsay J. A combined treatment approach for adults with ADHD. Results of an open study of 43 patients. *Journal of Attention Disorders*. 2006; 10: 150.
478. Safren S. Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *Journal Clinical Psychiatry*. 2006; 67(8): S46-50.
479. Lizeretti NP EN. Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatric Quaterly*. 2011;82:253-60.
480. Zeidner Z, Mathews G, Roberts RD. *What we know about emotional intelligence. How it affects learning, work, relationships and our mental health*. Cambridge, Mass.: MIT Press; 2009.

481. Zeidner M, Shani-Zinovich I, Matthews G, Roberts RD. Assessing emotional intelligence in gifted and non-gifted high school students: Outcomes depend on the measure *Intelligence*. 2005; 33(4): 369-91.
482. Katusic MZ, Voigt R, Coligan RC, Waver AL, Homan KJ, Barbaresi WJ. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children with high IQ: results from a population-based study. *Journal Developmental Behavioral Pediatric*. 2011; 32(2): 103-9.
483. Scarr S. Protecting general intelligence: Constructs and consequences for interventions. En: R.L. Linn, editor. *Intelligence: Measurement, theory and public policy*. Urbana, IL: University of Illinois Press; 1989.
484. Rossen E, Kranzler JH. Incremental validity of the mayer-salovey-caruso emotional intelligence test version 2.0 (MSCEIT) after controlling for personality and intelligence. *Journal of Research in Personality*. 2009; 43(1): 60-5.
485. Molina B, Bukstein OG, Lynch KG. Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder symptomatology in adolescents with alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2002; 16(2): 161-4.

## 9. **A**NEXOS

## **Anexo 1. Documento de Consentimiento informado del paciente**



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PROYECTO INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DISFUNCIONES EJECUTIVAS EN EL ADULTO CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD**

1. Los objetivos de este estudio son la determinación del efecto de la Inteligencia Emocional y de las Disfunciones Ejecutivas en la calidad de vida del Adulto con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). De otra parte, se pretende determinar si la relación entre la Inteligencia general y la Inteligencia Emocional son factores influyentes en la calidad de vida del adulto con TDAH.
2. En base a los resultados, se podría establecer una base científica para el desarrollo de estrategias terapéuticas bio-psico-sociales que permitan una mejoría en la calidad de vida del adulto con TDAH.
3. Los datos recogidos durante el estudio serán usados para fines docentes y de investigación.
4. Los responsables del estudio se comprometen a seguir las normas de confidencialidad. El estudio no pretende recoger información sobre personas concretas y todos los datos serán codificados de forma que se mantendrá su anonimato.
5. Su participación será totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación en cualquier momento sin perjuicio para usted.
6. La puntualidad y la asistencia continuada son requisitos para una organización adecuada. Por tanto, el paciente se compromete a asistir de forma puntual a las sesiones y con regularidad. En caso de no poder asistir a la sesión, el paciente se compromete a avisar al terapeuta o coordinador con al menos 24 horas de antelación.

Firma Participante

Firma Psicólogo Investigador

## Anexo 2. Documento de información al paciente del Proyecto de Investigación



### PROYECTO INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DISFUNCIONES EJECUTIVAS EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

#### Identificación del paciente

Nombre completo del paciente en MAYÚSCULAS:

---

#### Identificación del psicólogo del estudio

Nombre completo del médico del estudio en MAYÚSCULAS:

---

Teléfono u otra información de contacto (opcional): \_\_\_\_\_

Antes de que acceda a formar parte en este estudio, es importante que comprenda en qué consiste. Estas hojas de información explican las características del estudio. Si no comprendiera alguna palabra, frase o expresión de estas páginas, por favor, pídale al médico del estudio que le explique cuanto considere oportuno. Es importante que pregunte todas las dudas que pueda tener. Cuando haya comprendido toda la información, se le pedirá que firme unos formularios de consentimiento informado, que son necesarios para participar en el estudio.

#### 1. Propósito y objetivo del estudio

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha generado numerosos estudios, especialmente en el niño, debido principalmente a la elevada tasa de prevalencia del trastorno, a su cronicidad y al impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar y social. No obstante, no existe investigación tan extensa en el TDAH adulto, aunque de los conocimientos existentes se deduce que existe una clara afectación en la calidad de vida del adulto con este trastorno.

A continuación y de forma breve, encontrará una definición de cada uno de los conceptos incluidos en el estudio:

**Trastorno Hiperactividad y Déficit Atención en el Adulto\_** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsicológicos más comunes en la infancia y en la adolescencia. Se caracteriza por síntomas de inatención, con o sin evidencias de impulsividad e hiperactividad, lo que provoca dificultades de adaptación al entorno del sujeto, con un gran impacto en su desarrollo e

interfieren en su funcionamiento en las distintas áreas de su vida. Recientes estudios sugieren que el TDAH persiste en la adultez en la mayoría de los pacientes. Los síntomas más comunes del TDAH que se presentan en adultos serían una falta de motivación, inestabilidad emocional, ansiedad frecuente y baja autoestima, compartidos, en algunos casos, con otros trastornos psiquiátricos.

**Inteligencia Emocional\_** La Inteligencia Emocional (IIEE) ha sido identificada como un factor en el éxito a nivel laboral, personal y vital. La IIEE puede definirse como la capacidad o habilidad para reconocer y gestionar emociones propias y ajenas. Individuos, grupos y organizaciones con alto nivel de IIEE podría tener una mayor capacidad para utilizar las emociones en una mejor adaptación a su contexto vital.

**Funciones ejecutivas\_** Se han hallado alteraciones neuropsicológicas relativas a las funciones ejecutivas en adultos diagnosticados de ADHD, siendo éstas similares a las encontradas en la población infanto-juvenil. Dichas alteraciones se encuentran en: la respuesta de inhibición, en la capacidad de planificación, en las dificultades en flexibilidad cognitiva y fluidez verbal y en la memoria de trabajo. Según señalan autores como Conners y Jett con el paso del tiempo el déficit en funciones ejecutivas pasa a ser el problema central, dado su implicación en las necesidades sociales para el adulto, así como la necesidad de autocontrol y conductas responsables y habilidad social.

**Calidad de Vida\_** Las personas diagnosticadas de TDAH manifiestan mayores problemas en vida social y laboral lo que redundaría en una peor calidad de vida si los comparamos con las personas que no presentan este trastorno. El TDAH está fuertemente asociado con desajustes en hábitos de vida saludables, así como con calidad de vida en el funcionamiento a nivel social, académico y laboral. Como variables de Calidad de Vida: Bienestar psicológico, Auto-control, Emocionalidad, Sociabilidad.

Este estudio pretende determinar el efecto de la Inteligencia Emocional en la calidad de vida del Adulto con trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). De otra parte, el estudio también pretende determinar si lo que comúnmente se entiende como inteligencia (capacidad intelectual) y la inteligencia emocional podrían ser factores influyentes en la calidad de vida del adulto con TDAH.

Todo ello con el fin de establecer una base científica para el desarrollo de estrategias terapéuticas bio-psico-sociales que permitan una mejoría en este aspecto del Adulto con TDAH.

Todas las pruebas que se la van a realizar son completamente inocuas, es decir no tienen ninguna consecuencia negativa para su salud.

## **2. Número aproximado de participantes y duración prevista de su participación en el estudio**

Se estima que participen en el estudio unos 120 pacientes y que su participación en el estudio tenga una duración de 4 ó 5 horas de evaluación presencial.

## **3. Procedimiento del estudio**

Al comenzar el estudio el psicólogo responsable del estudio realizará una evaluación clínica, mediante las siguientes herramientas:

1. Una entrevista semiestructurada, consistente en unas preguntas sobre su historia médica y sus antecedentes psiquiátricos
2. Unas pruebas psicométricas (test psicológicos), debidamente seleccionadas para el estudio.

Esta evaluación se llevará a cabo en un máximo de 2-3 sesiones de, aproximadamente, 2 horas de duración, cada una.

Muy importante: La participación en este estudio no interferirá de ninguna manera en el tratamiento que pueda estar realizando y todos los procedimientos utilizados en el estudio están dentro de la práctica clínica habitual.

Los datos resultantes del estudio son completamente anónimos, cumpliendo en todo momento con la Ley de Protección de Datos vigente. Estos datos se utilizarán exclusivamente con fines de investigación.

#### **4. Beneficios**

El conocimiento obtenido de este estudio será muy útil para otros pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el futuro.

#### **5. Tratamiento alternativo**

La participación en el estudio es completamente voluntaria. Tanto si acepta participar en el estudio como si no acepta participar en él o si lo deja antes de que termine, no interferirá en absoluto en su tratamiento habitual.

#### **6. Pagos por participar en el estudio**

No se le compensará económicamente por su participación en este estudio.

#### **7. Costes de participación en el estudio**

La participación en el estudio no supone coste económico alguno.

#### **8. Participación voluntaria y retirada del estudio**

La participación en el estudio es voluntaria. Si acepta participar y durante el estudio decide abandonar el estudio antes de su finalización, será libre de hacerlo en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, y sin problema ni consecuencia alguna.

Además, su psicólogo puede retirarle del estudio si considera que es lo mejor para usted o en caso de que el estudio se cancele prematuramente.

#### **9. Permiso para revisar sus documentos, confidencialidad y acceso a sus documentos**

Su psicólogo y el personal del estudio recogerán información acerca de usted. En todos estos documentos, su nombre se sustituirá por un código. Todos los datos se conservarán de manera confidencial. El personal autorizado por el investigador introducirá los datos en una base de datos informatizada. Ni el nombre, ni cualquier otro dato que pudiera llevar a su identificación serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación.

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. Los datos recogidos se utilizarán para evaluar el estudio y pueden ser utilizados en el futuro en estudios relacionados o de otro tipo. Los datos pueden remitirse a las Autoridades Sanitarias con fines de registro. Representantes de las Autoridades Sanitarias, miembros del Comité Ético de Investigación Clínica y otras personas designadas por ley podrán revisar los datos facilitados. Estos datos también podrán utilizarse en publicaciones. Sin embargo, su identidad no se revelará en ningún informe o publicación del estudio.

Tiene derecho a acceder a sus datos, con la posibilidad de rectificarlos de acuerdo con la legislación. Puede discutir este tema en profundidad con su médico.

Si está de acuerdo, se informará a su médico de familia o psiquiatra de su participación en el estudio.

#### **10. Preguntas e información**

Si usted tuviera alguna pregunta acerca del estudio o de los derechos de los pacientes, debe ponerse en contacto con su psicólogo del estudio.  
Si durante el curso del estudio se obtuviera cualquier información nueva que pudiera influir en su voluntad de participar, se le comunicaría oportunamente.

..... HE LEIDO Y SE ME HA EXPLICADO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA "HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE" (CONTIENE 5 PAGINAS MECANOGRAFIADAS A UNA SOLA CARA, INCLUYENDO ESTA) Y LAS DUDAS QUE SOBRE ELLA HE TENIDO

.....  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

.....  
FECHA

..... HE EXPLICADO AL PARTICIPANTE Y A SU PADRE, MADRE O TUTOR LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y LAS DUDAS QUE SOBRE ELLA HAN TENIDO

.....  
FIRMA DEL PSICOLOGO

.....  
FECHA

**Anexo 3. Documento distribuido en Fundaciones para información a padres y madres de niños con TDAH para su participación voluntaria en la investigación**

**LA INTENCIÓN DE ESTA INVESTIGACION ES LLAMAR LA ATENCIÓN SOBRE LA EXISTENCIA DEL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS**

**El TDAH no es una enfermedad mental, sino que es un trastorno con bases neurobiológicas y un fuerte componente genético, vinculado al funcionamiento del sistema nervioso**

**Muchos adultos con TDAH no lo saben y no están recibiendo la respuesta asistencial que necesitan porque no están siendo tratados por especialistas expertos**

**Por ello, si te ves reflejado en algunos comportamientos de tus hijos, no dudes en participar**

**Solo necesitas invertir 2 horas de tu tiempo en dos sesiones. No pagarás nada, no hay compromiso, solo te beneficiarás de una completa evaluación que te dará mucha información sobre ti mismo, y ayudarás a que la investigación pueda avanzar para dar el mejor tratamiento posible a las personas con TDAH, ya sean niños, adolescentes o adultos**

**Si estás interesado, ponte en contacto con la Fundación, dejando tus datos de contacto y disponibilidad horaria**

**PORQUE PARA AVANZAR EN EL CAMINO DEL TDAH  
NECESITAMOS TU COLABORACIÓN**

## Anexo 4. Dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica. Hospital Gregorio Marañón



Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid



### DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D. Fernando Díaz Otero, Secretario del **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**  
**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN**

#### CERTIFICA

Que se ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

**Código PSQ\_TDAH\_IE**

**TÍTULO:** "Proyecto inteligencia emocional, disfunciones ejecutivas y calidad de vida en el adulto con trastorno de déficit de atención e hiperactividad"

**Promotor:** Investigador

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos legalmente establecidos, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Además, el citado CEIC cumple las normas de BPC (CPMP / ICH / 135 / 95).

Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado por el investigador principal:

Dr. Francisco Javier Quintero Gutiérrez del Álamo / Hospital Universitario Infanta Leonor

Lo que firmo en Madrid, a 07 de octubre de 2013



Fdo.: Dr. Fernando Díaz Otero

256/13

C/Dr. Esquerdo 46, Pabellón de Gobierno, Planta baja, 28007 Madrid  
[ceic.hguqm@salud.madrid.org](mailto:ceic.hguqm@salud.madrid.org) Tel. 91 586 7007 – Fax. 91 400 8156

## Anexo 5. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

### ENTREVISTA AUTOAPLICADA ESTRUCTURADA

1. Escriba **únicamente** en espacios en gris y circule los códigos que corresponda en cada ítem situados sobre fondo gris.
2. Hay respuestas dicotómicas, pero en otras ocasiones se puede señalar más de una opción (por ejemplo en los AP Somáticos). En estos casos se indica como : "puede circular más de un código correspondiente a cada ítem"
3. En algunos ítems hay que escribir una cifra y ocasionalmente hay que escribir una frase. Eso se hace **SIEMPRE** sobre el fondo gris de la casilla. En esos casos, la casilla con el código numérico del ítem no tiene el relleno gris.
4. Si no hay tiempo para completar la historia, al menos hacer la primera página, la de los datos básicos, SIN OLVIDAR ANOTAR EL TELÉFONO.

1	DATOS BÁSICOS	FECHA 1ª VISITA (dd/mm/aaaa)		1.3
		NUMERO ASIGNADO A CONTROL		1.4
		EDAD (AÑOS)		1.5
		FECHA NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)		1.6
		TELÉFONO DE CONTACTO		1.7
		CÓDIGO POSTAL		1.9
2	ANTROPOMETRÍA	PESO (485)		2.1
		TALLA (M)		2.2
		IMC (P/T2)		2.3
3	SEXO	VARÓN		3.1
		MUJER		3.2
4	ESTADO CIVIL ACTUAL	CASADO (1ª NUPCIAS) O PAREJA DE HECHO		4.1.1
		REEMPAREJADO TRAS SEPARACIÓN O DIVORCIO		4.1.2
		SOLTERO CON HISTORIA DE PAREJA ESTABLE >1 AÑO		4.1.3
		SOLTERO SIN HISTORIA DE PAREJA ESTABLE		4.1.4
		VIUDO RE-EMPAREJADO		4.1.5
		VIUDO SIN REEMPAREJAR		4.1.6
		OTROS		4.1.7
	Nº TOTAL DE PAREJAS SENTIMENTALES (que durasen > 3 meses).		4.2	
	Nº TOTAL DE PAREJAS CON CONVIVENCIA EN = DOMICILIO		4.3	
	EDAD DE INICIO EN RELACIONES SEXUALES		4.4	
	EDAD DE INICIO DE LA 1ª PAREJA ESTABLE		4.5	
	EDAD MATRIMONIO 1º		4.6	
	Nº AÑOS QUE LLEVA CASADO O COHABITANDO CON SU PAREJA ACTUAL?		4.7	
EDAD 1º EMBARAZO (o el de su pareja, si es hombre)		4.8		

5	¿HA TRABAJADO?	NUNCA		5.1.1
		TRABAJOS ESPORÁDICOS > 6 M		5.1.2
		SÍ, CON CONTRATO ESTABLE		5.1.3
	N° CAMBIOS DE TRABAJO			5.2
	N° DE DESPIDOS			5.3
	N° SANCIONES EN TRABAJO			5.4
	¿DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LOS PADRES?	SÍ		5.5.1
		NO		5.5.2
	SITUACIÓN LABORAL	ACTIVO TRABAJANDO – CONTRATO INDEFINIDO		5.6.1
		ACTIVO TRABAJANDO – CONTRATO TEMPORAL, POR OBRA Y SERVICIO O TIEMPO DEFINIDO		5.6.2
		AUTÓNOMO		5.6.3
		ACTIVO - BAJA LABORAL POR ENFERMEDAD		5.6.4
		PARO CON SUBSIDIO DE DESEMPLEO		5.6.5
		PARO SIN SUBSIDIO DE DESEMPLEO		5.6.6
		PENSIONISTA POR INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE		5.6.7
		JUBILADO		5.6.8
		OTROS		5.6.9
	¿HA TENIDO BAJAS LABORALES POR ENFERMEDAD? (NO POR OTRAS RAZONES). No cuentan los días puntuales de absentismo.	NUNCA		5.7.1
		SÍ	N° VECES	5.7.2.1
DURACIÓN MEDIA (EN DÍAS)			5.7.2.2	
¿HA FALTADO AL TRABAJO ALGUN DÍA POR ENFERMEDAD AUNQUE SIN FORMALIZAR BAJA EN INSS (absentismos de menos de 1 semana)	NUNCA		5.8.1	
	SÍ (indica N° VECES y circula código correspondiente)		5.8.2	
6	NIVEL EDUCATIVO	Postgrado		6.1.1
		Titulado superior		6.1.2
		1 a 3 años de universidad o titulado medio		6.1.3
		12 o más años de escolaridad. (incluye FP y módulos prof).		6.1.4
		10 a 11 años de escolaridad		6.1.5
		7 a 9 años de escolaridad		6.1.6
		Menos de 7 años de escolaridad		6.1.7
	RENDIMIENTO ACADÉMICO EN LA ESO (NOTA MEDIA FINAL: DE 0 a 10).			6.2

	<b>N° CURSOS REPETIDOS HASTA ACABAR SUS ESTUDIOS</b>			6.3	
	<b>N° CURSOS REPETIDOS EN LA UNIVERSIDAD</b>			6.4	
	<b>N° CAMBIOS DE COLEGIO</b>			6.5	
	<b>N° EXPULSIONES TEMPORALES DEL COLEGIO</b>			6.6	
	<b>N° DE NOTAS O LLAMADAS A LOS PADRES PORQUE EL ALUMNO NO ALCANZABA TODO SU POTENCIAL</b>			6.7	
	<b>CONFLICTO ESCOLAR</b>	CONDUCTA DISRUPTIVA SIN HISTORIA DE VIOLENCIA, HURTO O VANDALISMO.			<b>6.7.1</b>
		CONDUCTA DISRUPTIVA CON HISTORIA DE VIOLENCIA, HURTO O VANDALISMO			<b>6.7.2</b>
		ABSENTISMO Y FUGAS			<b>6.7.3</b>
		FRACASO ACADÉMICO SIN OTRAS CIRCUNSTANCIAS			<b>6.7.4</b>
		ACOSO ESCOLAR			<b>6.7.5</b>
		OTROS (especificar):			<b>6.7.6</b>

7	<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO AUTOAPLICADO</b>	“¿Cómo calificaría la situación económica de su hogar en relación con la situación económica media del conjunto nacional?”	Mucho peor	1	7.1.1
			Algo peor	2	7.1.2
			Igual	3	7.1.3
			Algo mejor	4	7.1.4
			Mucho mejor	5	7.1.5
	<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO Fijarse en el sustentador principal de su núcleo familiar (puede ser usted u otro miembro de su familia)</b>	OCUPACIÓN	Alto ejecutivo, profesional altamente cualificado o gran propietario	1	7.2.1.1
			Profesional cualificado o propietario medio	2	7.2.1.2
			Administrativo y pequeño propietario	3	7.2.1.3
			Dependientes o técnicos con formación en grado universitario.	4	7.2.1.4
			Trabajador especializado (oficio con FP o diplomatura)	5	7.2.1.5
			Trabajadores semi-especializados	6	7.2.1.6
			Trabajadores sin especializar	7	7.2.1.7

<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b> Fijarse en el sustentador principal de su núcleo familiar (puede ser usted u otro miembro de su familia)	<b>EDUCACIÓN</b>	Postgrado Universitario	1	7.2.2.1
		Titulado superior	2	7.2.2.2
		1 a 3 años univers o tit medio	3	7.2.2.3
		12 o más años escolaridad (incluye FP y módulos profesionales)	4	7.2.2.4
		10 a 11 años de escolaridad	5	7.2.2.5
		7 a 9 años de escolaridad	6	7.2.2.6
		Menos de 7 años de escolaridad	7	7.2.2.7

<b>8</b>	<b>CONVIVENCIA</b>	NO INDEPENDIZADO DE SUS PADRES	8.1.1
		PSEUDO-INDEPENDIZADO:	8.1.2
		- Vive en piso contiguo al de los padres.	
		- Regresa diariamente a casa de los padres a comer y dormir.	
		- Temporadas de independencia fallida (repetido retorno al hogar).	
		- Se lleva a los padres a su casa.	
- Otras falsas emancipaciones.			
		INDEPENDIZADO, SIN FAMILIA PROPIA	8.1.3
		INDEPENDIZADO, CON FAMILIA PROPIA (PAREJA Y/O HIJOS A CARGO)	8.1.4
		OTROS CASOS (ESPECIFICAR):	8.1.5

		HOMBRES	MUJERES	
<b>9</b>	<b>Nº HIJOS</b> Indique en número separando en sexo (H= hombre, M= mujer) Deje en blanco las casillas que corresponda.	Número hijos propios		9.1.1
		Número hijas propias		9.1.1 bis
		Número hijos ajenos		9.1.2
		Número hijas ajenas		9.1.2 bis
		Gestaciones IVE		9.2.1
		Gestaciones Involuntario		9.2.2
		Nº hijos propios obesos		9.3.1
		Nº hijas propias obesas		9.3.1 bis
		Nº hijos ajenos obesos		9.3.2
		Nº hijas ajenas obesas		9.3.2 bis

		Nº total hijos obesos			9.3.3		
		Nº total hijas obesas			9.3.3 bis		
	<b>¿HIJOS CON ANTECEDENTES PERSONALES PSICOPATOLÓGICOS?</b> <b>Columna izquierda: consanguíneos.</b> <b>Columna derecha: adoptados o no consanguíneos</b>		Consanguíneos	Adoptados			
		Nº HIJOS TDAH			9.4.1		
		Nº HIJOS T.CONDUCTAS Especificar cuál.			9.4.2		
		Nº HIJOS TOC			9.4.5		
		Nº HIJOS TOURETTE O T.POR TICS			9.4.6		
		Nº HIJOS T. CONSUMO SUSTANCIAS			9.4.7		
		Nº HIJOS CON ADICCIÓN CONDUCTUAL (internet, tecnologías, ludopatía, piromanía, tricotilomanía).			9.4.8		
		Nº HIJOS CON ANSIEDAD			9.4.10		
		Nº HIJOS CON DEPRESIÓN			9.4.11		
		Nº HIJOS CON T.BIPOLAR			9.4.12		
		Nº HIJOS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			9.4.13		
		Nº HIJOS CON T.APRENDIZAJE			9.4.14		
		Nº HIJOS CON T. PERSONALIDAD: CUÁL?			9.4.15		
		Nº HIJOS OTROS TRAST (ANOTAR CUÁL)			9.4.16		
			<b>¿HIJOS CON ANTECEDENTES PERSONALES PSICOPATOLÓGICOS?</b> <b>Columna izquierda: consanguíneos.</b> <b>Columna derecha: adoptados o no consanguíneos.</b>				

**Categorías:**

**A: biológicos directos:**

- padre, madre
- hermano (por ambos padres).
- Hijos

**B: biológicos indirectos:**

- tíos, primos, sobrinos
- abuelos, nietos

-famiastros por una sola línea

**C: No Biológicos.**

A	B	C
---	---	---

10	<b>NUMERO De FAMILIARES CON ANTECEDENTES PSCIUIÁTRICOS</b> <b>Señale con número absoluto en la casilla correspondiente</b> <b>Si no hay ningún miembro de su familia con alguno de estos antecedentes deje en blanco</b>	TDAAH				10.1.1
		T. CONDUCTAS Especificar cuál				10.1.2
		Trast. Obsesivo Compulsivo (TOC)				10.1.5
		TOURETTE ó T.POR TICS				10.1.6
		T. POR CONSUMO SUSTANCIAS				10.1.7
		CON ADICCION CONDUCTUAL (internet, tecnologías, ludopatía, piromanía, tricotilomanía, otras.				10.1.8
		ANSIEDAD				10.1.10
		DEPRESIÓN				10.1.11
		T.BIPOLAR				10.1.12
		T.C.A.				10.1.13
		CON T. ESPECÍF.APRENDIZAJE				10.1.14
		CON T. PERSONALIDAD: CUÁL:				10.1.15

E = consumo Esporádico (menos de 2 días semana) 1-2  
P = consumo Perjudicial (más de 2 días a la semana) 3-6  
F = dependencia todos los días

11	TOXICOMANÍA ACTUAL	ALCOHOL	E	P	F	11.1.1
		TABACO (Nº CAJETILLAS /AÑO):				11.1.2
		CANNABIS	E	P	F	11.1.11
		OTROS	E	P	F	11.1.13
	TOXICOMANÍA PASADA	ALCOHOL	E	P	F	11.2.1
		TABACO (Nº CAJETILLAS /AÑO):				11.2.2
		CANNABIS	E	P	F	11.2.11
		OTROS	E	P	F	11.2.13
	EDAD DE INICIO CONS. TABACO					11.4
	EDAD DE INICIO CONS ALCOHOL					11.5
	PATRÓN USO ALCOHOL		DIARIO			11.6.1
			FIN DE SEMANA Y FESTIVO			11.6.2
	EDAD DE INICIO CONS. CANNABIS					11.7
	EDAD INICIO OTROS TOX.					11.8
	Nº TAZAS CAFÉ AL DÍA					11.9
	Nº BEBIDAS ENERGÉTICAS A LA SEMANA (red bull, y similares)					11.9

12	<b>ANTECEDENTES PSCIUIÁTRICOS (puede circular más de un código correspondiente a cada ítem)</b>	Problemas relacionado con el consumo de sustancias	12.1.1
		Trastornos adaptativos (ansioso o depresivo reactivo a alguna problemática)	12.1.2
		Ansiedad (Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno obsesivo compulsivo)	12.1.3
		Trastorno depresivo	12.1.4
		Trastorno bipolar	12.1.5
		Trastorno psicótico	12.1.6
		Esquizofrenia	12.1.7
		Trastorno Conducta Alimentaria (anorexia o bulimia nerviosas)	12.1.8
		Trastorno control impulsos o adicción conductual. ESPECIFICAR: Ludopatía Compras Compulsivas Uso Compulsivos de las Nuevas Tecnologías	12.1.9
		Otros (especificar):	12.1.10
<b>ANTECEDENTE DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (puede circular más de un código correspondiente a cada ítem)</b>	NO	12.2.1	
	DUDOSO	12.2.2	
	SÍ (ANOTAR CUÁNTOS DIFERENTES TIPOS DE T.P. LE HAN DIAGNOSTICADO):	12.2.3	

13	<b>Nº AUTOLES/INTOX CON INTENTO SUICIDIO EXPRESO</b>		Nº	13.1
	<b>Nº AUTOLESIONES SIN INTENCIÓN SUICIDA EXPRESA (alivio ira, pena, protesta...).</b>		Nº	13.2
	<b>Nº FAMILIARES DIRECTOS E INDIRECTOS CONSANGUÍNEOS CON :</b>	SUICIDIO CONSUMADO	Nº	13.4
		INTENTO DE SUICIDIO	Nº	13.5
		AUTOLESIÓN NO SUICIDA	Nº	13.6

15	<b>Nº ACCIDENTES DE TRÁFICO GRAVES (con lesión a sí mismo o a terceros).</b>		15.1	
	<b>Nº MULTAS DE TRÁFICO</b>		15.2	
	<b>Nº ABOLLADURAS COCHE EN ÚLTIMOS 12 MESES</b>		15.3	
	<b>EDAD OBTENCIÓN PERMISO CONDUCCIÓN</b>		15.4	
	<b>¿EVITA USAR EL COCHE? (pide que otros le lleven, usa transporte público, evita coger el coche...)</b>	SI		15.5.1
		NO		15.5.2
	<b>¿TIENDE A EXCEDERSE EN LA</b>	SI		15.6.1

	<b>VELOCIDAD?</b>	<b>NO</b>	15.6.2
	<b>¿TIENDE A SALTARSE SEMÁFOROS Y SEÑALES?</b>	<b>SI</b>	15.7.1
		<b>NO</b>	15.7.2
	<b>¿LE IRRITA O LE PONE NERVIOSO CONDUCIR?</b>	<b>SI</b>	15.8.1
<b>NO</b>		15.8.2	
<b>16</b>	<b>TDH DIAGNOSTICADO EN LA INFANCIA</b>	<b>SÍ</b>	16.1.1
		<b>NO</b>	16.1.3

<b>17 (puede circular más de un código correspondiente a cada ítem)</b>	<b>ANTECEDENTE DE INFECCIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS FRECUENTES INFANCIA (&lt;12 años)</b>		<b>SI</b>	17.1.1	
			<b>NO</b>	17.1.2	
	<b>TICS</b>	<b>MOTORES</b>			<b>17.2.1</b>
		<b>MOTORES VOCALES</b>			<b>17.2.2</b>
		<b>VOCALES Y GUTURALES</b>			<b>17.2.3</b>
		<b>OTROS TICS</b>			<b>17.2.4</b>
		<b>COPROLALIA/COPROPRAXIA</b>			<b>17.2.5</b>
	<b>ANTECEDENTES PERSONALES DE SUFRIMIENTO PERINATAL (hipoxia intraparto, infección...)</b>				<b>17.3</b>
	<b>ANTECEDENTES DE EPILEPSIA INFANCIA</b>				<b>17.4</b>
	<b>ANTECEDENTES DE CRISIS COMICIAL (CONVULSIVA O NO).</b>				<b>17.5</b>
<b>OTROS ANTECEDENTES SOMÁTICOS O NEUROLÓGICOS EN INFANCIA (ANOTAR):</b>				17.6	

<b>18</b>	<b>TICS EN LA EDAD ADULTA (aunque ahora no los tenga y puede circular más de un código correspondiente a cada ítem)</b>	<b>MOTORES SIMPLES</b>		<b>18.1.1</b>	
		<b>MOTORES COMPLEJOS</b>		<b>18.1.2</b>	
		<b>VOCALES Y GUTURALES</b>		<b>18.1.3</b>	
		<b>OTROS TICS</b>		<b>18.1.4</b>	
		<b>COPROLALIA/COPROPRAXIA</b>		<b>18.1.5</b>	
	<b>DIAGNÓSTICO SOMÁTICO ACTUAL O PASADO (puede circular más de un código correspondiente a cada ítem)</b>	<b>CARDIOPATÍA CRÓNICA (ICC Y OTRAS)</b>			<b>18.2.1</b>
		<b>ENF. TROMBOEMBOLICA 1: CARDIO. ISQUÉMICA (IAM, angor).</b>			<b>18.2.2</b>
		<b>ENF. TROMBOEMBOLICA 2: ACVA, ICTUS, AIT.</b>			<b>18.2.3</b>
		<b>ENF. TROMBOEMBOLICA 3: ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA.</b>			<b>18.2.4</b>
		<b>EPOC</b>			<b>18.2.5</b>
		<b>ASMA</b>			<b>18.2.6</b>
		<b>ALERGIAS</b>			<b>18.2.7</b>
		<b>DERMATOSIS CRÓNICA (psoriasis, eczema crónico-recurrente, etc)</b>			<b>18.2.8</b>
		<b>SD HIPOVENTILACIÓN DISTINTO A SAOS</b>			<b>18.2.9</b>
		<b>SD. APNEA SUEÑO</b>			<b>18.2.10</b>
		<b>SD. METABOLICO (DM, DL, HTA, intol. gluc.)</b>			<b>18.2.11</b>

	DM ó intol glucosa	18.2.12
	DIABETES GESTACIONAL	18.2.13
	SOPQ – OVARIO POLICIUÍSTICO Y OTROS ANDROGENISMOS	18.2.14
	ENFERMEDAD TIROIDEA (HIPER, HIPO, BOCIO, CANCER...)	18.2.15
	HIPERCORTISOLISMO (1º O 2º A TTO CON CORTICOIDES)	18.2.16
	CANCER	18.2.17
	HTA	18.2.18
	DISLIPEMIA	18.2.19
	OBESIDAD (IMC>30)	18.2.20
	NEFROPATÍA CRÓNICA	18.2.21
	HEPATOPATÍA CRÓNICA( distinto a hígado graso)	18.2.22
	HÍGADO GRASO	18.2.23
	PATOLOGIA ARTICULAR CRÓNICA DE COLUMNA O MMII	18.2.24
	OTRAS (CRÓNICAS) – ESPECIFICAR:	18.2.25

19	NACIONALIDAD	NACIONAL DE NACIMIENTO		19.1
		NACIONALIZADO HACE > 10 AÑOS		19.2
		INMIGRANTE (AUNQUE ESTÉ NACIONALIZADO, SI SE NACIONALIZÓ HACE MENOS DE 10 AÑOS).	MAGREBÍ	19.3.1
			SUBSAHARIANO	19.3.2
			LATINOAMERICANO	19.3.3
			EXTREMO ORIENTE	19.3.4
			EUROPA DEL ESTE	19.3.5
			OTROS	19.3.6

20	¿Deja los libros a medio leer aunque no tenga dificultad específica para la lectura (no tiene dislexia, no es analfabeto)?		SÍ	20.1.1	
			NO	20.1.2	
	¿Es un frecuentador de los libros de autoayuda (> 3 libros)?		SÍ	20.2.1	
			NO	20.2.2	
	¿Ha intentado realizar psicoterapia más de una vez por iniciativa propia, sin ser presionado por otros?		SÍ	20.3.1	
			NO	20.3.2	
	Si tenía pareja sentimental, ¿tenía problemas de	INFIDELIDAD POR PARTE DEL PACIENTE		SÍ	20.4.1.1
				NO	20.4.1.2
		DESORDEN, CAOS, IMPUNTUALIDAD, NO		SÍ	20.4.2.1

	relación con ella por problemas de:	COLABORAR EN ORGANIZACIÓN DEL HOGAR	NO	20.4.2.2
		EXPLOSIONES DE IRA, "TENER CARÁCTER", AUNQUE LUEGO SE ARREPINTIERA	SÍ	20.4.3.1
			NO	20.4.3.2

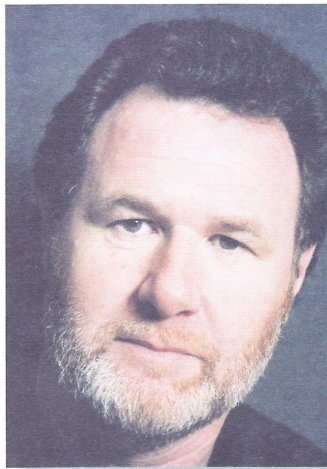
21	<b>ACTIVIDAD FÍSICA HABITUAL</b>			
	¿HACE EL TRABAJO DOMÉSTICO ADEMÁS DE COCINAR?	SI	23.1.1	
		NO	23.1.2	
	Nº HORAS TV AL DÍA	0	23.2.1	
		1	23.2.2	
		3	23.2.3	
		> 4	23.2.4	
	Nº HORAS ORDENADOR O VIDEOJUEGOS AL DÍA	0	23.3.1	
		1-3	23.3.3	
		> 4	23.3.4	
	ACTIVIDAD FÍSICA REQUERIDA EN EL TRABAJO HABITUAL	<b>SEDENTARIA</b>		<b>23.4.</b>
		MEDIA (caminar por pasillos y entre despachos, desplazarse por un local continuamente)		<b>23.4.</b>
		ALTA (ejercicio físico intenso, cargar pesos, correr, actividad muscular constante)		<b>23.4.</b>
		OCIO ACTIVO (HORAS/SEMANA) QUE NO SEA ACTIVIDAD DEPORTIVA	0-2	<b>23.5.</b>
			4	<b>23.5.</b>
			> 6	<b>23.5.</b>
	ACTO SEXUAL: Nº VECES/MES		<b>23.6.</b>	
	<b>ACTIVIDAD DEPORTIVA</b>			
	AERÓBICA (nº horas/semana)		23.7.1.1	
	ANAERÓBICA (nº horas/semana)		23.7.2.2	
	¿DÓNDE HACE DEPORTE PRINCIPALMENTE?	CASA	<b>23.7.3.1</b>	
GIMNASIO O LUGAR ACONDICIONADO.		<b>23.7.3.2</b>		
GRADO DE SOCIABILIDAD EXIGIDA POR EL DEPORTE DE MAYOR EXIGENCIA QUE PRACTICUE	SOLITARIO	<b>23.7.4.1</b>		
	EN GRUPO PERO NO EN EQUIPO	<b>23.7.4.2</b>		
	EN EQUIPO	<b>23.7.4.3</b>		

## Anexo 6. Extractos ejemplo Test MSCEIT

# MSCEIT™

### Sección A

1.



**Instrucciones:** Observe la cara de la imagen e indique en qué grado expresa los sentimientos que aparecen a continuación.

(Por favor, seleccione una opción para cada sentimiento y márkela en la hoja de respuestas).

1. Ausencia de felicidad	1	2	3	4	5	Felicidad extrema
2. Ausencia de miedo	1	2	3	4	5	Miedo extremo
3. Ausencia de sorpresa	1	2	3	4	5	Sorpresa extrema
4. Ausencia de asco	1	2	3	4	5	Asco extremo
5. Ausencia de entusiasmo	1	2	3	4	5	Entusiasmo extremo



1



5. ¿Qué estado de ánimo sería útil que sintiera un médico cuando selecciona un tratamiento para un paciente con un tumor cancerígeno? El doctor debe aplicar varios procedimientos eficaces, pero conflictivos entre sí al tratar el tumor.

1. Felicidad
2. Estado de ánimo neutral
3. Enojo y desafío

## Sección C

**Instrucciones:** Seleccione la que, según su opinión, sea la mejor alternativa en cada uno de los siguientes enunciados y márkuela en la hoja de respuestas.

1. Marisa se sentía cada vez más y más avergonzada, y comenzó a sentirse despreciable. Más tarde, se sintió \_\_\_\_\_.
  - a. abrumada
  - b. deprimida
  - c. avergonzada
  - d. cohibida
  - e. inquieta
  
2. Francisco se sentía contento cuando pensaba en su vida y cuanto más reflexionaba sobre las cosas buenas que había hecho y la alegría que había provocado en los demás, más \_\_\_\_\_ se sentía.
  - a. sorprendido
  - b. deprimido
  - c. aceptado
  - d. feliz
  - e. asombrado
  
3. Natalia nunca había estado tan sorprendida en su vida. Pero cuando se recuperó un poco de la conmoción por la pérdida y se dio cuenta de que podía beneficiarse de la situación si reflexionaba cuidadosamente, ella \_\_\_\_\_.
  - a. se sintió asombrada
  - b. se sintió confusa
  - c. negó la situación
  - d. se sintió expectante
  - e. se sintió pensativa

## Sección D

**Instrucciones:** Seleccione una opción en cada una de las acciones y márkela en la hoja de respuestas.

- 1. María se levantó sintiéndose bastante bien. Había dormido estupendamente, se encontraba muy descansada y no tenía ningún tipo de inquietud o preocupación. ¿Cómo ayudaría cada una de estas acciones a mantener su estado de ánimo?**

**Acción 1:** Se levantó y disfrutó del resto del día.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Acción 2:** María disfrutó de ese sentimiento y decidió pensar y apreciar todas las cosas que le iban bien.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Acción 3:** Decidió que era mejor ignorar el sentimiento porque de todos modos no duraría mucho.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Acción 4:** Aprovechó ese sentimiento positivo para llamar a su madre, que había estado deprimida, e intentó animarla.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

- 2. Andrés trabaja tan duro, incluso más, que uno de sus colegas. De hecho, por lo general sus ideas son mejores y obtiene resultados muy positivos para la compañía. Su colega hace un trabajo mediocre pero se implica en la política de la empresa de tal manera que progresa. Así, cuando el jefe de Andrés anunció que el premio al mérito anual sería para su colega, Andrés se enojó mucho. ¿En qué grado serían eficaces cada una de estas acciones para ayudar a Andrés a sentirse mejor?**

**Acción 1:** Andrés se tomó un descanso y recapacitó sobre las cosas buenas de su vida y su trabajo.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Acción 2:** Hizo una lista de las características positivas y negativas de su colega.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Acción 3:** Se sintió fatal por comportarse de esa manera y se dijo que no conseguiría nada enfadándose por algo que escapaba a su control.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Acción 4:** Andrés decidió decirle a la gente que su colega había realizado un trabajo muy pobre y que, por tanto, no se merecía el premio. Reunió documentos e informes para demostrar su punto de vista y así fundamentar su palabra.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz



## Sección E

1.



**Instrucciones:** Observe la imagen e indique en qué grado expresa los sentimientos que aparecen a continuación.

(Por favor, seleccione una opción para cada emoción y márkela en la hoja de respuestas).

	1	2	3	4	5
1. Felicidad					
2. Tristeza					
3. Miedo					
4. Enojo					
5. Asco					

## Sección F

**Instrucciones:** En cada uno de los siguientes enunciados se le pide que se imagine sintiéndose de una manera determinada. Conteste lo mejor que pueda, incluso si no es capaz de imaginar ese sentimiento. Responda en la hoja de respuestas de acuerdo a la siguiente escala:

Nada parecido 1 2 3 4 5 Muy parecido

1. Imagine que se siente culpable porque olvidó visitar a un buen amigo que tiene una enfermedad grave. Al mediodía se da cuenta de que ha olvidado por completo ir a verlo al hospital. ¿En qué grado ese sentimiento de culpabilidad se parece a cada uno de los siguientes términos?

1. Frío
2. Azul
3. Dulce

2. Imagínese que se siente contento en un día maravilloso y le va todo muy bien en el trabajo y con su familia. ¿En qué grado ese sentimiento de satisfacción se parece a cada una de las siguientes sensaciones?

1. Cálido
2. Púrpura
3. Salado

3. Imagine que se está sintiendo frío, lento y afilado. ¿En qué grado ese sentimiento se parece a cada uno de los siguientes términos?

1. Desafiado
2. Aislado
3. Sorprendido

4. Imagine que se siente intenso, grande, delicado y verde brillante. ¿En qué grado ese sentimiento se parece a cada uno de los siguientes términos?

1. Entusiasmado
2. Celoso
3. Asustado

5. Imagine que se siente cerrado, oscuro y paralizado. ¿En qué grado ese sentimiento se parece a cada uno de los siguientes términos?

1. Triste
2. Contento
3. Calmado

## Sección G

**Instrucciones:** Seleccione la mejor alternativa en cada uno de los siguientes enunciados. Márquela en la hoja de respuestas.

1. **Un sentimiento de preocupación es la combinación de emociones de \_\_\_\_\_.**
  - a. amor, ansiedad, sorpresa y enojo
  - b. sorpresa, orgullo, enojo y miedo
  - c. aceptación, ansiedad, miedo y expectación
  - d. miedo, alegría, sorpresa y vergüenza
  - e. ansiedad, cuidado y expectación
2. **Otra palabra para «esperar sistemáticamente el placer» es \_\_\_\_\_.**
  - a. optimismo
  - b. felicidad
  - c. satisfacción
  - d. alegría
  - e. sorpresa
3. **Aceptación, alegría y afecto se combinan con frecuencia para formar \_\_\_\_\_.**
  - a. amor
  - b. asombro
  - c. expectación
  - d. satisfacción
  - e. aceptación
4. **Combinar los sentimientos de asco y enojo da como resultado \_\_\_\_\_.**
  - a. culpa
  - b. rabia
  - c. vergüenza
  - d. odio
  - e. desprecio
5. **Una sorpresa triste lleva a \_\_\_\_\_.**
  - a. la desilusión
  - b. el asombro
  - c. el enojo
  - d. el miedo
  - e. el arrepentimiento
6. **Tristeza, culpa y arrepentimiento se combinan para formar \_\_\_\_\_.**
  - a. dolor
  - b. enfado
  - c. depresión
  - d. remordimiento
  - e. miseria



## Sección H

**Instrucciones:** Seleccione el grado de eficacia de cada una de las siguientes respuestas y marque la opción escogida en la hoja de respuestas.

1. El año pasado Juan hizo un buen amigo en el trabajo. Hoy, ese amigo le ha sorprendido por completo al decirle que había aceptado un trabajo en otra compañía y que se mudaría de esa zona. No le había dicho nada a Juan de que estuviera buscando otros trabajos. ¿En qué grado sería efectivo para Juan, con la finalidad de mantener la amistad, responder de la siguiente manera?

**Respuesta 1:** Se sintió feliz por su amigo y le dijo que estaba muy contento de que consiguiera otro nuevo trabajo. A partir de ahora, Juan se aseguraría de que mantuvieran el contacto.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Respuesta 2:** Juan se sintió triste porque su amigo iba a marcharse, consideraba que lo que había ocurrido era una muestra de que no le importaba a su amigo. Después de todo, su amigo no le había comentado que estuviera buscando otro empleo. Ya que se marcharía de todos modos, Juan no le dijo nada y empezó a buscar nuevos amigos en el trabajo.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Respuesta 3:** Juan estaba muy enojado porque su amigo no le había dicho nada y mostró su desaprobación ignorándolo hasta que le diera una explicación. Juan pensó que si no le decía nada, eso confirmaría su opinión de que no valía la pena hablar con él.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

2. La profesora de Raúl acaba de llamar a sus padres para decirles que va muy mal en el colegio. La profesora les dice que su hijo no pone atención, es problemático y no puede estarse quieto. Esta profesora en particular no se maneja muy bien con los chicos inquietos y los padres de Raúl se preguntan qué está pasando realmente. Más tarde, la profesora les dice que su hijo volverá a repetir curso a menos que mejore. Los padres se sienten muy enojados. ¿En qué grado será útil para su hijo cada una de estas reacciones?

**Respuesta 1:** Los padres le dijeron a la profesora que eso supone una gran conmoción para ellos y que era la primera vez que escuchaban que existiese ese problema. Piden reunirse con la profesora y solicitan que el director también asista a la reunión.

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz

**Respuesta 2:** Los padres le dijeron a la profesora que si ella continuaba amenazando con que su hijo repitiera el curso, llevarían este problema al director. Le dijeron: «Si nuestro hijo repite, diremos que usted es personalmente la responsable. Usted es la profesora y su trabajo es enseñar, no echarle la culpa a los alumnos».

- a. Muy ineficaz      b. Algo ineficaz      c. Ni eficaz, ni ineficaz      d. Algo eficaz      e. Muy eficaz



## Anexo 7. Cuestionario AAQoL

### Cuestionario sobre la calidad de vida en adultos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

Las preguntas siguientes se basan en el impacto que ha supuesto el TDAH en su vida durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Responda a cada pregunta rodeando su respuesta con un círculo. No existen respuestas correctas o incorrectas.

1. Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, indique la dificultad que ha experimentado para:	<i>Ninguna</i>	<i>Poca</i>	<i>Alguna</i>	<i>Mucha</i>	<i>Muchísima</i>
mantener su casa limpia u ordenada .....	1	2	3	4	5
administrar su economía (utilizar un cajero automático, controlar su cuenta bancaria, pagar las facturas puntualmente).....	1	2	3	4	5
recordar cuestiones importantes.....	1	2	3	4	5
hacer la compra (por ejemplo, comida, ropa o artículos del hogar) .....	1	2	3	4	5
prestar atención al relacionarse con los demás	1	2	3	4	5

2. Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, indique con qué frecuencia se ha sentido/ha pensado:	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Muy a menudo</i>
abrumado(a) .....	1	2	3	4	5
inquieto(a).....	1	2	3	4	5
deprimido(a).....	1	2	3	4	5
que no ha sido capaz de cumplir las expectativas que otros tenían sobre usted (en casa o en el trabajo)	1	2	3	4	5
que molestaba a la gente .....	1	2	3	4	5
que hacer las cosas requiere demasiado esfuerzo...	1	2	3	4	5
que la gente se siente frustrada con usted.....	1	2	3	4	5

Contact Information: Meryl Brod, PhD, President, The BROD GROUP - 219 Julia Ave., Mill Valley, CA 94941  
Tel: 415-381-5532, Fax: 415-381-0653, Email: [mbrod@thebrodgroup.net](mailto:mbrod@thebrodgroup.net); Website: [www.thebrodgroup.net](http://www.thebrodgroup.net)

1

que ha reaccionado de forma exagerada en situaciones difíciles o estresantes.....	1	2	3	4	5
que ha invertido bien sus energías (con resultados positivos)	1	2	3	4	5
capaz de disfrutar del tiempo que pasa con otros.....	1	2	3	4	5
que puede organizar su vida de manera eficaz	1	2	3	4	5
que era tan productivo(a) como le gustaría.....	1	2	3	4	5

3. Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, indique su grado de preocupación por:	<i>Ninguna</i>	<i>Poca</i>	<i>Alguna</i>	<i>Mucha</i>	<i>Muchísima</i>
experimentar tensión en las relaciones .....	1	2	3	4	5
no tener tiempo de calidad para pasarlo con otros .....	1	2	3	4	5

4. Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, indique su grado de molestia por:	<i>Ninguna</i>	<i>Poca</i>	<i>Alguna</i>	<i>Mucha</i>	<i>Muchísima</i>
sentirse cansado(a) .....	1	2	3	4	5
experimentar altibajos en sus emociones .....	1	2	3	4	5

**Contact Information:** Meryl Brod, PhD, President, The BROD GROUP - 219 Julia Ave., Mill Valley, CA 94941  
 Tel: 415-381-5532, Fax: 415-381-0653, Email: [mbrod@thebrodgroup.net](mailto:mbrod@thebrodgroup.net); Website: [www.thebrodgroup.net](http://www.thebrodgroup.net)

5.	Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, indique en qué medida le han supuesto un problema las situaciones siguientes:	Ninguna	Poca	Alguna	Mucha	Muchísima
	terminar proyectos o tareas (tanto en el trabajo como en casa) .....	1	2	3	4	5
	comenzar tareas que no le resultan interesantes .....	1	2	3	4	5
	compaginar varios proyectos .....	1	2	3	4	5
	terminar las cosas a tiempo .....	1	2	3	4	5
	llevar un control de los objetos importantes (por ejemplo, llaves, cartera) .....	1	2	3	4	5

6.	Durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS, indique con qué frecuencia se ha sentido/ha pensado:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	No es pertinente
	bien consigo mismo(a) .....	1	2	3	4	5	----
	que la gente disfruta con usted .....	1	2	3	4	5	----
	que su relación de pareja marcha bien emocionalmente.....	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

**Muchas gracias**

**Contact Information:** Meryl Brod, PhD, President, The BROD GROUP - 219 Julia Ave., Mill Valley, CA 94941  
Tel: 415-381-5532, Fax: 415-381-0653, Email: [mbrod@thebrodgroup.net](mailto:mbrod@thebrodgroup.net); Website: [www.thebrodgroup.net](http://www.thebrodgroup.net)