

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

TESIS

**TDAH Y CORRELATOS
PSICOSOCIALES EN ESTUDIANTES
DE PREPARATORIA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ISAAC DE JESÚS SÁNTIZ GUZMÁN

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GERMÁN ALEJANDRO GARCÍA LARA

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 04 de abril del 2026





UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARIA GENERAL
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
04 de abril del 2026

C. Isaac de Jesús Sántiz Guzmán
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado: "TDA-H y correlatos psicosociales en estudiantes de preparatoria", en la modalidad de Tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Dr. Oscar Cruz Pérez

Mtra. Irma Hernández Solís

Lic. Angélica Cruz Becerril

Firmas:

C.c.p. Expediente



AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación.

En primer lugar, al director de la presente investigación el Dr. German Alejandro García Lara, que durante todo este tiempo mostró una actitud que me resultaba motivadora y que con su guía, paciencia y valiosas aportaciones, las cuales fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación, hoy veo culminado este trabajo.

Asimismo, agradezco a mis revisores, Mtra. Irma Hernández Solís, Lic. Angelica Cruz Becerril y Dr. Oscar Cruz Pérez, por brindarme de su tiempo y valioso apoyo durante todo el proceso de investigación, su acompañamiento fue muy provechoso para enriquecer los resultados de este trabajo.

A mi abuela por estar presente desde el inicio, por su apoyo incondicional ante la adversidad, sus consejos en los momentos de duda y por ser mi principal fuente de motivación a lo largo de mi formación académica.

A mis hermanos, por su comprensión y compañía en cada paso de este camino

Finalmente, agradezco a mis amigos que en cada momento de incertidumbre me mostraron su apoyo, colaboración y me animaron a seguir con todo el proceso de investigación que hoy puede verse plasmado en estas páginas

Este logro también es de ustedes.

·
·

ÍNDICE

Introducción	
Planteamiento del problema	
Objetivos	
Objetivo general	
Objetivos específicos	

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

1.1 Enfoque, tipo de estudio y diseño	11
1.2 Hipótesis y variables	11
1.3 Población y muestra	13
1.4 Técnicas e instrumentos de investigación	14
1.5 Procedimiento	16
1.6 Análisis de los datos	17

CAPÍTULO 2. EL TDAH EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

2.1 Antecedentes del TDAH	18
2.2. El funcionamiento neurológico en personas diagnosticadas con TDAH	22
2.3 Antecedentes investigativos sobre el TDAH en adolescentes	26
2.4 Calidad de vida familiar en el manejo del TDAH	30
2.5 El entorno psicosocial en la manifestación y evolución del TDAH	33
2.6 Evaluación diagnóstica en adolescentes	36

CAPÍTULO 3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS CON EL TDAH

3.1 Comorbilidad en el estudio del TDAH	38
3.1.1 Ideación suicida	38
3.1.2 Las dificultades de aprendizaje y relaciones sociales	40
3.1.3 Factores de riesgo por consumo de sustancias	41

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Datos sociodemográficos	43
4.2 Confiabilidad de los instrumentos aplicados	44
4.3 Contraste de variables	46
4.4 Correlación entre variables	47
4.5 Nivel de presencia ausencia de las variables.....	49

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los diagnósticos más comunes en la infancia y la adolescencia. Se reconoce principalmente por la dificultad para mantener la atención, el exceso de actividad motora y la tendencia a actuar de forma impulsiva. Estas características no solo afectan la forma en que los jóvenes aprenden, sino también la manera en que se relacionan con su entorno. Aunque en muchos casos se diagnostica en la niñez, el TDAH no desaparece con la edad; al contrario, sus manifestaciones pueden mantenerse durante la adolescencia e incluso en la etapa adulta, influyendo en la vida escolar, familiar y social.

La adolescencia es, de por sí, un periodo lleno de cambios y retos. En la preparatoria, los jóvenes se enfrentan a mayores exigencias académicas y a la necesidad de tomar decisiones que influyen en su futuro. Para quienes viven con TDAH, estas demandas resultan aún más complicadas, ya que las dificultades para concentrarse, organizar tareas y controlar la impulsividad pueden reflejarse en un bajo rendimiento escolar, en conflictos con los padres o maestros, y en problemas para establecer vínculos de amistad estables.

Un aspecto clave en este proceso es la relación con la familia. El apoyo y la comunicación que él o la adolescente mantiene con el padre y la madre funcionan como un factor protector importante; sin embargo, cuando estos vínculos son frágiles o problemáticos, el impacto del TDAH tiende a ser más evidente. Del mismo modo, la impulsividad se convierte en un rasgo que atraviesa varias áreas de la vida del o de la estudiante: influye en sus decisiones del día a día, en su comportamiento dentro del aula y en su forma de interactuar con los demás.

Otro punto de interés es la ideación suicida. Diversas investigaciones han mostrado que los adolescentes en general y, en específico, aquellos con TDAH, pueden ser más vulnerables a presentar pensamientos relacionados con el suicidio, en parte por la dificultad para regular sus emociones y por la frustración que pueden llegar a generar sus limitaciones en la escuela o en la vida social. Este tema no puede ignorarse, ya que representa un riesgo real para la salud y el bienestar de quienes atraviesan esta etapa.

La inteligencia emocional, por su parte, se presenta como una herramienta fundamental. Tener la capacidad de reconocer las propias emociones, comprender las de los demás y manejar adecuadamente los estados de ánimo se convierte en un recurso que puede marcar la diferencia. Un nivel bajo de inteligencia emocional puede complicar aún más la experiencia del TDAH, mientras que un desarrollo adecuado y continuo puede servir de apoyo para enfrentar los desafíos de la adolescencia y mejorar las relaciones interpersonales que se van formando.

En una ciudad como Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, estudiar el TDAH en jóvenes de preparatoria es especialmente importante porque aquí influyen muchos factores sociales, familiares y escolares en la forma en que se vive este trastorno. La adolescencia ya es en sí una etapa complicada, pero cuando se combina con las características del TDAH, los retos se vuelven aún mayores.

En la familia, por ejemplo, el poco tiempo que a veces pueden dedicar los padres a la convivencia o al acompañamiento escolar puede afectar la relación con sus hijos e hijas. En los y las adolescentes con TDAH, esto puede observarse con mayor fuerza, pues la falta de comunicación o de apoyo puede ser un factor que aumenta la frustración y los conflictos en casa. Algo parecido ocurre en la escuela: cuando maestros y compañeros interpretan los síntomas como “mala conducta” o “desinterés”, el o la adolescente no solo enfrenta dificultades académicas, sino también los estigmas sociales que rodean este trastorno, que afectan su autoestima.

Por ello, esta investigación tiene como objetivo principal identificar los correlatos psicosociales del TDAH en estudiantes de nivel medio superior, tomando en cuenta la relación con el padre y la madre, la impulsividad, la ideación suicida y la inteligencia emocional. Se parte de la hipótesis de que una mayor presencia de síntomas del TDAH está vinculada con mayores dificultades en el entorno familiar, un incremento en la impulsividad, un mayor riesgo de pensamientos suicidas y un menor desarrollo de la inteligencia emocional.

La tesis se organiza en cuatro capítulos. El primero de ellos es el de la metodología utilizada, que sigue un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo correlacional y

transeccional. Esto significa que se observaron los fenómenos tal y como ocurren en la realidad, sin manipular variables, y que los datos se obtuvieron en un solo momento. Este tipo de diseño permite establecer asociaciones entre las variables analizadas y construir un panorama general sobre cómo se relaciona el TDAH con los factores psicosociales mencionados.

En el segundo capítulo se expone el marco teórico, que incluye la aproximación conceptual al TDAH y sus principales repercusiones en la adolescencia, los antecedentes de investigaciones y la revisión de las variables de estudio.

El cuarto capítulo se centra en los resultados, el análisis y la discusión de los hallazgos, que tienen un doble propósito. En primer lugar, aportan al campo académico elementos para entender mejor el TDAH en adolescentes de preparatoria, un grupo en el que los estudios aún son limitados. En segundo lugar, brindan información práctica que puede servir para desarrollar programas de acompañamiento y prevención que fortalezcan tanto el desempeño escolar como el bienestar emocional y familiar de los jóvenes.

En conjunto, este trabajo busca ofrecer una visión integral del TDAH en estudiantes de preparatoria, mostrando que no se trata únicamente de un diagnóstico clínico, sino de una condición que interactúa con múltiples factores sociales y familiares. Comprender esta interacción es fundamental para diseñar estrategias educativas y de apoyo que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los adolescentes que conviven con este trastorno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo infantil y adolescente es diverso, así como las dificultades o alteraciones que presentan. Una de estas alteraciones, y de las más frecuentes, es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

El TDAH es un trastorno que afecta la manera en que nos concentramos, controlamos nuestros impulsos y regulamos nuestra energía. Las personas con este trastorno suelen tener dificultades para mantener la atención durante mucho tiempo, se distraen fácilmente y, a veces, les cuesta organizarse o terminar lo que empiezan. También pueden mostrar comportamientos impulsivos, actuando sin pensar (Barkley, 2015). Aunque es común en niños, el TDAH no siempre desaparece con la edad y puede persistir durante la adolescencia y la adultez, afectando el rendimiento en la universidad o en el trabajo.

El Instituto Nacional de la Salud ([NIH], 2006) afirmó lo siguiente:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes en la niñez y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta. Los síntomas incluyen dificultad para concentrarse y prestar atención, dificultad para controlar la conducta e hiperactividad (actividad excesiva) (p. 1).

Los científicos no están seguros de las causas del TDAH, aunque muchos estudios sugieren que los genes desempeñan un papel importante. Como sucede con otros trastornos, el TDAH es probablemente el resultado de una combinación de factores; además de la genética, los factores medioambientales, las lesiones cerebrales, la nutrición o el entorno social.

De acuerdo con Fernández (2022), es una alteración con un porcentaje de probabilidad hereditaria importante. Su etiología multifactorial, predominantemente genética, se asocia con una heredabilidad superior al 70%.

Los factores ambientales observados se relacionan con diferentes complicaciones prenatales y perinatales, como el consumo materno de alcohol y tabaco durante el embarazo, el bajo peso al nacer del neonato, el estrés perinatal, entre otros. En los últimos años, se han realizado investigaciones significativas para comprender mejor los factores que influyen en la manifestación y el manejo del TDAH (Rapin y Dunn, 2003).

Caballero et al. (2001) exponen que “El TDAH es un trastorno comportamental de inicio en la infancia que se ha descrito desde la antigüedad y que ha quedado reflejado en la sociedad a través de documentos literarios o artísticos” (p. 3).

En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) estimó que el niño a menudo se distrae con facilidad, tiene dificultades para concentrarse en sus deberes, requiere llamarle la atención en casa con frecuencia y sube a los muebles, lo cual corresponde a un trastorno mental. Esta opinión pudo haber tenido poco recorrido, dado que justamente esos comportamientos servirían muy bien para definir la propia infancia. Pero el dictamen de la APA entró a formar parte de la tercera edición de su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM III, razón suficiente para que naciera el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (DSM, 1983).

La idea del TDAH como diagnóstico válido ha sido “potente y destructivamente criticada” (e.g. Shaffer, 1980; Sandberg, 1981; Rutter, 1983; Prior y Sanson, 1986; citado por Sagvolden y Archer, 1989) desde su creación. Dichas críticas, sin embargo, no han impedido que el TDAH se convierta en “la enfermedad psiquiátrica más frecuente en edad escolar” (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010, p. 76).

El TDAH es un tema ampliamente estudiado, especialmente por su impacto en distintas etapas del desarrollo humano. Es posible plantear diferentes enfoques y análisis de las manifestaciones de esta alteración según las distintas etapas, como la infancia, la adolescencia y la transición hacia la adultez. Aunque los enfoques y metodologías varían, existen puntos en común que permiten comprender mejor el TDAH dependiendo de cada etapa y cómo este se manifieste.

Es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en niños y adolescentes, caracterizado por inatención, hiperactividad e impulsividad. Es una condición crónica que afecta significativamente el funcionamiento diario, y solo un pequeño porcentaje de niños diagnosticados experimenta una remisión completa en la adultez. Este trastorno neuropsiquiátrico de alta prevalencia tiene repercusiones que se extienden a lo largo de la vida adulta, afectando desde el ámbito académico hasta las relaciones personales y familiares (Fernández, 2022).

En casos de este tipo de población infantil, en ocasiones los niños hablan excesivamente, responden aun cuando no se ha terminado de hacerles alguna pregunta, interrumpen a otros en sus actividades y conversaciones, muestran poco interés en actividades académicas y presentan dificultad para permanecer períodos largos de tiempo en centros de trabajo.

Se ha demostrado que estos niños presentan dificultades en áreas como la conciencia fonológica, la articulación de palabras, la fluidez del habla, la morfología y la sintaxis del lenguaje. Además, muestran una menor capacidad de procesamiento semántico (Geurts, 2008) y dificultades en las habilidades narrativas, ya que producen narraciones más breves y desorganizadas (Becker, 2012). Las dificultades en la memoria de trabajo afectan tanto la producción como la comprensión del lenguaje, lo que puede afectar la comprensión oral y escrita (Carrow-Woolfolk, 2014).

Díaz (2024) compara el TDAH con tener demasiadas "pestañas abiertas" en el cerebro. Quienes lo padecen encuentran difícil concentrarse en una tarea específica debido a la dispersión de su atención. A menudo, se sienten inquietos, lo que puede llevar a comportamientos impulsivos o hiperactivos.

La impulsividad podría definirse como una dimensión que se caracteriza por la incapacidad de resistir o por un pensamiento que puede ser dañino para uno mismo o para otros. Barrera (2016) afirma que, en 1997, Scharfite define "los actos impulsivos como aquellos que se realizan sin reflexionar, a consecuencia de una imperativa necesidad limitadora de la libertad. La persona que realiza el acto impulsivo no puede inhibirlo voluntariamente o bien es incapaz de imponerse a él" (p. 82); son acciones que se llevan a cabo sin pensar en las consecuencias, dejándose llevar

por el momento, son respuestas rápidas y espontáneas que ocurren sin una reflexión previa, y forman parte del funcionamiento del cerebro en el TDAH, donde el autocontrol y la regulación de impulsos están menos desarrollados.

Por otro lado, este síntoma de impulsividad es una conducta que se refleja a menudo en estos jóvenes, quienes se muestran impacientes, hacen comentarios inapropiados, muestran sus emociones sin reparos y actúan sin tener en cuenta las consecuencias, tienen dificultad para esperar por cosas que quieren o para esperar su turno en los juegos, interrumpen con frecuencia conversaciones o las actividades de los demás; sin embargo, este tipo de conductas son más severas y ocurren con mayor frecuencia.

Sin embargo, la impulsividad patológica se constituye como un síntoma cardinal en diversos trastornos psiquiátricos y neurológicos, tales como el trastorno de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias y trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados. Del mismo modo, la impulsividad, como síntoma cardinal, se manifiesta en algunas patologías neurológicas con connotación psiquiátrica.

Anderson y cols. (2015, p. 371) señalan que “los niños diagnosticados a temprana edad tienen más posibilidades de acceder a intervenciones que mejoren sus resultados académicos y sociales”. Swensen et al. (2003, p. 711), por su parte, “enfatan que el TDAH no solo afecta al niño, sino también a sus familiares, quienes enfrentan desafíos emocionales y económicos al manejar este trastorno”.

Los niños que padecen este trastorno necesitan guía y comprensión de sus padres y maestros para alcanzar todo su potencial y tener éxito en la escuela. Un enfoque psicosocial integral, que incluya el apoyo familiar, es fundamental para mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia.

La calidad de vida familiar es determinante en el manejo del TDAH. Las familias con acceso a apoyo social, recursos educativos y terapéuticos experimentan una mejor calidad de vida, lo que facilita un manejo más efectivo del trastorno. Este enfoque multidisciplinario, que integra la

educación física y el trabajo social, es esencial para abordar de manera integral las necesidades de los niños y sus familias.

Además, estudios como los de Palacios-Cruz et al. (2014) resaltan cómo los factores familiares y las adversidades psicosociales influyen en el desarrollo del TDAH en adolescentes con alto riesgo. Esto sugiere que el TDAH no es un trastorno aislado, sino que interactúa con las dinámicas familiares, en ámbitos como la comunicación, la expresión afectiva y la supervisión parental. La colaboración entre la familia, la escuela y la comunidad es clave para el éxito de las intervenciones.

El manejo efectivo del TDAH requiere un enfoque integral que contemple las necesidades del niño en su contexto social y familiar. Las estrategias educativas deben ser diseñadas para mejorar tanto el rendimiento académico como el bienestar emocional.

Rodillo (2015, pp. 52-59) “señala que los adolescentes con TDAH tienden a experimentar más rechazo social y tienen menos amigos íntimos, especialmente las chicas con el subtipo inatento, quienes son más propensas a sufrir acoso escolar”.

Los adolescentes pueden tener comportamientos impulsivos; los adolescentes con TDAH suelen tener un comportamiento distinto en comparación con un joven sin TDAH. Esto puede generar dificultades en su entorno social; asimismo, suelen tener menos amigos cercanos debido a sus dificultades para mantener la atención y controlar los impulsos, lo que afecta sus relaciones. A veces, los demás pueden sentir que no son buenos amigos porque no prestan atención o tienen dificultad para comprender las señales sociales, lo que reduce la posibilidad de formar vínculos fuertes.

La adolescencia es una etapa crítica, en la que los desafíos sociales, académicos y emocionales se intensifican. Restrepo (2014, p. 186-193) menciona que los adolescentes con trastornos psiquiátricos, como el TDAH, están en mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas. Dicha situación pone de manifiesto la necesidad de profundizar en la relación que mantienen o no este

tipo de alteraciones en la población adolescente, que vive situaciones de alto riesgo para su salud e integridad.

Por las consideraciones anteriormente expuestas, este tipo de investigaciones es crucial para mejorar las estrategias de diagnóstico y tratamiento del TDAH, garantizando que los individuos afectados tengan acceso a los recursos necesarios para mejorar su calidad de vida. El TDAH, como menciona Hervás (2014), se ha convertido en una "patologización de la infancia", donde comportamientos normales en los niños son malinterpretados como signos de un trastorno mental.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los correlatos psicosociales del TDAH en la relación con el padre, con la madre, impulsividad, ideación suicida e inteligencia emocional en estudiantes de preparatoria de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Objetivos específicos

Comparar las variables de TDAH, relación con el padre, con la madre, impulsividad, ideación suicida e inteligencia emocional respecto a las variables sociodemográficas en estudiantes de preparatoria de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Establecer los niveles de presencia o ausencia de las variables dependientes en relación con el padre, con la madre, impulsividad, ideación suicida e inteligencia emocional en estudiantes de preparatoria de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Caracterizar la correlación entre el TDAH y los correlatos psicosociales, como la relación con el padre, la madre, la impulsividad, la ideación suicida y la inteligencia emocional, respecto a las variables sociodemográficas en estudiantes de preparatoria de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

1.1 Enfoque, tipo de estudio y diseño

La presente investigación se fundamenta en el enfoque cuantitativo, puesto que este es el que mejor se adapta a las características y necesidades de la investigación. Para Reinoso (2017): “El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar una o varias preguntas de investigación y probar las hipótesis establecidas previamente; es un esquema deductivo y lógico, es reduccionista y pretende generalizar los resultados de sus estudios mediante muestras representativas” (p. 116).

Se utilizó un diseño no experimental, que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes, sino observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala Kerlinger (1979, p. 116). "La investigación no experimental o ex post facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones". De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad.

El estudio es de tipo correlacional, en el cual se establecen asociaciones entre las variables de estudio (Hernández et al., 2010), de tipo transeccional; esto es, se obtienen los datos en una sola aplicación.

1.2 Hipótesis y variables

Hipótesis de investigación

A mayor presencia de TDAH, mayores dificultades en la relación con el padre, la madre, impulsividad, ideación suicida y menor inteligencia emocional en estudiantes de preparatoria.

Hipótesis nula

A mayor presencia de TDAH, menores dificultades en la relación con el padre, la madre, impulsividad, ideación suicida y mayor inteligencia emocional en estudiantes de preparatoria.

VARIABLES DEPENDIENTES

TDAH: Se caracteriza por un patrón de conducta con la presencia, en diferentes proporciones, de dificultades para mantener la atención, impulsividad y exceso de actividad no propositiva. Se distinguen, habitualmente, tres formas clínicas de presentación: una, con predominio del déficit de atención; otra, con predominio de la hiperactividad e impulsividad; y una última, combinada, que es la más frecuente. (Rodríguez-Jiménez et al., 2001, p. 138)

Impulsividad: rasgo de personalidad dimensional que se ha aplicado a muchos aspectos diferentes del comportamiento animal y en los seres humanos, caracterizado por el déficit en la inhibición de la conducta, el cambio de comportamiento ante la demanda del medio ambiente y la tolerancia al retraso de la gratificación (Sánchez-Sarmiento et al., 2013, p. 244).

Impulsividad: tendencia a actuar por capricho, mostrando comportamientos caracterizados por poca o ninguna reflexión previa, consideración o evaluación de las consecuencias (Plutchik, van Praag & Conte, 1991, p. 61)

Ideación suicida: se considera que la ideación suicida es un precursor común del suicidio y está altamente correlacionada con los intentos de suicidio, que a su vez son factores potenciales de riesgo para una eventual muerte por suicidio. (Jiménez-Genchi, et al., 2023, p. 225)

La escala de relación con la madre trata de determinar cómo la madre de un estudiante intenta comunicarse con él. (Climent, Aragon y Plutchik, 1989, p.570)

La escala de relación con el padre se basa en las mismas preguntas sobre la relación del estudiante con el padre. Trata asuntos de impulsividad e incluye 5 puntos; por ejemplo, la frecuencia con que el estudiante corre riesgos. (Climent, Aragon y Plutchik, 1989, p. 570)

Inteligencia emocional: habilidad para monitorear nuestros propios sentimientos y emociones y los de los demás, para discriminar entre ellos y usar esta información para guiar nuestros pensamientos y acciones (Barahona & Alegre, 2016, p. 70).

Consumo riesgoso: es un patrón de consumo de alcohol que incrementa el riesgo de consecuencias adversas para el propio consumidor o para otros. (Babor et al., 2001, p. 4)

Consumo perjudicial: se refiere al consumo de alcohol que resulta en consecuencias para la salud física y mental. Algunos también considerarían las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. (Babor et al., 2001, p. 4)

Variables atributivas

Edad:

Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (RAE, s/a, s/p).

Sexo:

Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (RAE, s/a, s/p).

1.3 Población y muestra

Este estudio consideró como población a 511 estudiantes de la Preparatoria 7 de Tuxtla Gutiérrez durante el ciclo de agosto de 2023 a julio de 2024. De ellos, se considera una muestra intencional de 140 participantes. Una muestra intencional, según lo define Arias (2006), es aquella en la que los elementos muestrales son escogidos en base a criterios o juicios preestablecidos por el investigador. Los criterios considerados fueron la edad y sexo para reflejar de manera representativa a la población general. Es importante señalar que estos estudiantes no

cuentan con un diagnóstico clínico de TDAH ni presentan signos específicos de riesgo, lo que permite interpretar los resultados en el contexto de la población general y garantiza la validez del estudio.

1.4 Técnicas e instrumentos de investigación

Se aplicó la escala de impulsividad (Climent, Aragón y Plutckick, 1989), la cual consta de cinco reactivos y cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que son: 1= casi nunca, 2= a veces, 3= con frecuencia y 4= con mucha frecuencia, para evaluar la frecuencia con que las personas refieren haber realizado acciones con escasa reflexión acerca de las consecuencias que puede implicar el llevarlas a cabo. Se obtuvo una consistencia interna mediante el coeficiente alpha de Cronbach de .653, así como validez y análisis factorial satisfactorios en población estudiantil de Chiapas, México (García et al., 2020).

Se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Roberts (EIS) (Roberts & Chen, 1995). Es una escala que consta de cuatro reactivos (tres de la escala de Roberts y uno de la CES-D: “No podía seguir adelante”) relacionados con pensamientos sobre la propia muerte y quitarse la vida, ocurridos durante los últimos siete días, en el mismo formato de respuestas que la CES-D: 1= 0 días, 2= 1-2 días, 3= 3-4 días y 4= 5-7 días, así que el rango teórico fluctúa de 4 a 16. Ha sido evaluada satisfactoriamente en su consistencia interna con índices Alpha de Cronbach de .776 y validez estructural de un factor (García et al., 2020).

Escalas de Relación con el padre y con la madre (RELPA, RELMA) (Climent et al., 1989). Cada una consta de 15 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que son: 1= Casi nunca, 2= A veces, 3= Con frecuencia y 4= Con mucha frecuencia, por lo que el rangoteórico de cada Escala es de 15 a 60; en la que, a más puntaje, mejor calidad de la relación paterna/ materna percibida por el hijo(a). Estas escalas han mostrado ser consistentemente confiables con coeficientes Alpha Cronbach para la Escala de relación con el padre de .941 y tres factores en

cada una: afecto, comunicación y supervisión (García et al., 2020); y para la Escala de relación con la madre, un coeficiente alpha de Cronbach de .905 (García et al., 2020).

La Escala de Trait Meta-Mood Scale (TMMS) es una de las escalas más conocidas para la medición de las propiedades psicométricas; esta escala mide las emociones, ya que la inteligencia emocional es un concepto de extrema utilidad para la comprensión de “los procesos emocionales básicos que subyacen al desarrollo de un adecuado equilibrio psicológico”. Consta de 24 ítems, basados en la versión original de Salovey y Mayer (1995). La escala evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales; es decir, la conciencia de las propias emociones y la capacidad para regularlas. Los ítems se agrupan en tres factores: Atención a los sentimientos (ítems 1 al 8), que explora el grado en que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos; Claridad emocional (ítems 9 al 16), que se refiere a cómo las personas creen percibir sus emociones; y Reparación de las emociones (ítems 17 al 24), que indaga en la creencia del sujeto sobre su capacidad para interrumpir y regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos. Cada ítem incluye cinco opciones de respuesta: “nada de acuerdo”, “algo en desacuerdo”, “bastante de acuerdo”, “muy de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, con valores ordinales del 1 al 5. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .910 y fue validada mediante análisis factorial con extracción de factores principales, rotación y método varimax en tres factores (Ocaña, García y Cruz, 2019).

La Escala WURS-25 en adolescentes es una de las escalas que evalúa ámbitos como las dificultades atencionales, hiperactividad, impulsividad, problemas de conducta y subjetivos. La Wender Utah Rating Scale (WURS) es un instrumento de evaluación retrospectiva que, en su versión original de 61 reactivos, explora diferentes problemas en la infancia, como problemas de conducta, dificultades atencionales, dificultades de aprendizaje, pocas habilidades sociales, limitada tolerancia al estrés y disforia. En esta investigación se utilizó la versión española de la Wender Utah Rating Scale (WURS) (Rodríguez et al., 2001), una prueba con 25 reactivos que evalúa retrospectivamente dimensiones específicas del TDAH, así como problemas emocionales en formato de autorreporte; es decir, es el propio participante quien responde a los ítems, de acuerdo con su experiencia en la infancia. Cada ítem incluye cinco opciones de respuesta: 0 = nada, 1 = un poco, 2 = moderado, 3 = bastante, 4 = mucho, con valores ordinales de 0 a 4. Se obtuvo una consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0.967,

con validación de extracción de factores que reveló dos factores: problemas emocionales subjetivos y dificultades atencionales (ítems 1-9, 22-25); e impulsividad, hiperactividad y trastorno de conducta (ítems 10-21) (García et al., 2024).

La escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) está diseñada para evaluar el consumo de alcohol y detectar patrones de consumo problemático. Consta de 10 ítems que exploran la frecuencia y la cantidad de consumo, así como los problemas relacionados con el alcohol. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert, con valores ordinales de 0 a 4, según el ítem, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 40. En investigaciones previas realizadas en población estudiantil de Chiapas, México, la escala ha mostrado una consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82 (García et al., 2020). La puntuación total permite clasificar a los participantes según riesgo de consumo problemático, lo que facilita la identificación de patrones de comportamiento relacionados con el alcohol.

1.5 Procedimiento

Se solicitó, mediante un oficio dirigido a los directivos de la preparatoria 7 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, su autorización para la aplicación de instrumentos. Una vez obtenida la autorización, se acordaron con las autoridades correspondientes las fechas de aplicación de los instrumentos. Se pasó a los salones de clase, se les informó sobre el trabajo a realizar, pidiéndoles su autorización y consentimiento informado para el llenado de los instrumentos, a quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio, completaron el formato de investigación que incluye información demográfica y básica, sin la inclusión del nombre; de igual modo, se diligenció la escala EImp, la escala IS, la escala de relación con papá, la escala de relación con mamá, TMS-24, escala Wender-Utah y escala AUDIT. Se dieron instrucciones sobre la forma apropiada de llenar el cuestionario, quedando dispuestos a aclarar dudas, con la precaución de no sugerir la respuesta, y se inició su aplicación. Una vez completado el llenado de los instrumentos, se procedió a la captura y el análisis en SPSS.

1.6 Análisis de los datos

Una vez obtenida la información de los instrumentos aplicados, se procedió a elaborar el fichero en SPSS para Windows, versión 15. Se procedió a la captura de datos; una vez concluida esta, se realizó el análisis de normalidad y la correcta captura de los datos. Posteriormente, se obtuvo la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente Alpha de Cronbach; se calcularon los estadísticos descriptivos de frecuencia de los datos sociodemográficos, así como la comparación entre las variables dependientes por cada una de las variables atributivas. Finalmente, se realizó la correlación mediante el coeficiente bivariado de Pearson.

CAPÍTULO 2. EL TDAH EN POBLACIÓN

ADOLESCENTE

2.1 Antecedentes del TDAH

El TDAH es un trastorno cuyos síntomas principales son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, que se presenta de forma recurrente junto con otros trastornos asociados, los cuales tienen un gran impacto y deterioro en diferentes áreas de la vida de la persona que lo padece (cognitiva, emocional, social y comportamental).

Los primeros registros sobre el TDAH se pueden encontrar en el libro “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”, escrito por Sir Alexander Crichton (1798, Ana Barrera, 2016). Este médico escocés fue uno de los pioneros en describir comportamientos que hoy reconocemos como propios del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En sus observaciones, Crichton observó que algunas personas evidenciaban notables dificultades para mantener la atención en una sola actividad durante mucho tiempo y que parecían tener una mente inquieta, siempre en movimiento. A este estado lo llamó “mental restlessness” (agitación o inquietud mental), un término con el que buscaba explicar esa sensación de intranquilidad constante y la imposibilidad de concentrarse de manera estable.

Lo relevante de su descripción es que no se limitó a hablar del trastorno como simples distracciones, sino que reconoció que esta agitación mental podía afectar de manera significativa la vida de las personas, su proceso de aprendizaje y sus relaciones sociales. Aunque en aquella época aún no existían los conceptos ni el conocimiento médico que tenemos hoy, su obra se acerca bastante a lo que en la actualidad se conoce como el tipo inatento del TDAH. Por eso, se considera que Crichton marcó un punto de partida importante en la comprensión de este trastorno, al dejar claro que la falta de atención y la inquietud mental no son problemas recientes, sino experiencias humanas que se han observado desde hace más de dos siglos.

Años más tarde, en 1845, el médico psiquiatra Heinrich Hoffmann (citado en Ana Barrera, 2016), reconocido por su faceta como escritor e ilustrador, escribió la obra “Der Struwwelpeter” (Pedro el Melenas). Este libro, que es un conjunto de diez cuentos, fue interpretado inicialmente como material educativo y de entretenimiento para niños, aunque con el paso del tiempo ha adquirido un gran valor por su contenido psicológico. A través de sus historias, Hoffmann buscaba representar distintos comportamientos y dificultades emocionales que las personas experimentan durante la infancia, lo que dejó reflejada la visión que los de la época tenían sobre la educación, la disciplina y las conductas consideradas “problemáticas”.

Entre los cuentos más conocidos de la obra se encuentra el de “Felipe el nervioso” (Zappel-Philipp), un niño al que se le dificulta permanecer quieto durante la comida y cuya energía, que es considerada excesiva, provoca caos y desorden en la mesa. Este personaje se caracteriza por su impulsividad, movimientos constantes y falta de autocontrol, rasgos que hoy en día se consideran como síntomas de hiperactividad y déficit de atención. Aunque el propósito de Hoffmann era principalmente literario y pedagógico, su descripción del personaje de Felipe nos brinda una representación temprana y muy precisa de comportamientos que actualmente se relacionan con el TDAH. El valor de su trabajo radica en que permite reconocer cómo, incluso antes del desarrollo de la psiquiatría infantil moderna, ya existía un interés por comprender y representar la impulsividad, la falta de atención y la agitación propias de algunos niños. Por ello, “Der Struwwelpeter” no solo constituye una aportación literaria importante, sino también un antecedente relevante en la historia del estudio del TDAH.

Posteriormente, en 1902, el pediatra británico George Still describió a un grupo de 20 niños con síntomas similares a los que hoy en día se diagnostica como TDAH del tipo combinado. Debido a sus dificultades para controlarse, Still se refirió a estas manifestaciones como un “déficit de control moral” y falta de inhibición volitiva, cuya atención se veía supeditada a aquellos estímulos que les ofrecían una gratificación inmediata. Still, ya entonces, supuso que nos encontrábamos ante una enfermedad neurológica producto de una herencia biológica o de una lesión en el momento del nacimiento (Still, 1902). En España, la primera referencia se realizó en 1908 y se debe al Dr. Vidal i Parera en su “Compendio de Psiquiatría Infantil”, donde detalla

los síntomas en niños y niñas. Sin embargo, las investigaciones indicaban que estos síntomas también se manifestaban en niños que no tenían una clara evidencia de haber sufrido algún daño en el cerebro, por lo que se pensó que el trastorno era causado por un daño cerebral muy leve y apenas perceptible o, más bien, una disfunción en general, por lo que el TDAH pasó a llamarse en un principio "Daño cerebral mínimo" y después, "Disfunción cerebral mínima" (Barrera et al., 2016).

Según Barkley (2011), el período entre 1950 y 1970 es recordado como la “edad de oro de la hiperactividad”, ya que a finales de los años 50 surgió un gran interés científico por entender mejor este fenómeno, lo que llevó a generar distintas hipótesis al respecto. Durante esos años, este término empezó a cobrar mayor relevancia, pues se consideraba que la actividad motora excesiva era el rasgo principal del trastorno, dejando en segundo plano la falta de atención y la impulsividad. Lo que resultó en que el cuadro clínico adoptara una nueva denominación: Síndrome Hiperkinético, reflejando la manera en que la medicina y la psicología de la época enfocaban el problema en el exceso de movimiento y energía de los niños.

Fue en la década de 1960 cuando la hiperactividad comenzó a entenderse como un trastorno del comportamiento, siguiendo las ideas del conductismo, corriente que centraba su atención en las conductas observables y en cómo el entorno influía en ellas. En este contexto, la explicación se distanciaba de las causas neurológicas o cerebrales para enfocarse en cómo los patrones de conducta podían aprenderse o modificarse. Fue entonces cuando la psiquiatra infantil Stella Chess y otros investigadores propusieron una perspectiva diferente. Chess (1960) y sus colegas se alejaron de la idea de que la hiperactividad estaba relacionada con una lesión cerebral mínima —una teoría muy popular en ese momento—, y defendieron la existencia de un cuadro específico al que llamaron “síndrome del niño hiperactivo”.

El enfoque que ofreció Chess resultó muy innovador, ya que planteaba que la hiperactividad debía entenderse como parte del proceso de desarrollo infantil, y no necesariamente como un trastorno permanente. Según su propuesta, muchos niños con síntomas de hiperactividad podían mejorar con la edad y alcanzar una vida funcional al llegar a la adolescencia o adultez. Esta interpretación ofrecía un enfoque más comprensivo respecto al trastorno, reconociendo

que el comportamiento inquieto o impulsivo no siempre era patológico, sino que formaba parte del crecimiento y la maduración del niño. Gracias a esto, el trabajo de Chess ayudó a cambiar la forma en que se concebía la hiperactividad, incorporando una visión más humana y evolutiva del desarrollo infantil.

En la década de los 70, es cuando la dificultad para mantener la atención y para controlar los impulsos, es decir, los aspectos cognitivos, empieza a adquirir relevancia frente a la hiperactividad. Las investigaciones de Virginia Douglas en 1972 influyeron de manera decisiva en el cambio de denominación del TDAH en el DSM III (Tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1980) y el trastorno pasó a denominarse Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDA+H y TDA-H), haciendo hincapié en el aspecto atencional y en la insuficiente autorregulación o impulsividad, y que en algunos casos podía acompañarse de hiperactividad. En este período, el concepto se populariza y se difunde en el ámbito social, escolar y en los medios de comunicación, creándose además las primeras asociaciones. Por otro lado, a mediados de los años 70, se empieza a tener en cuenta que al menos una parte de los síntomas puede persistir en la edad adulta.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud publica la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), en la que el TDAH se reconoce como entidad clínica y queda incluido en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones, de inicio en la infancia y la adolescencia, dentro del subgrupo de Trastornos Hiperkinéticos, que comprende cuatro entidades diagnósticas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético sin especificaciones.

Con el tiempo, ha evolucionado su entendimiento, especialmente con el desarrollo de herramientas diagnósticas como el DSM-IV. El TDAH se manifiesta a través de síntomas como falta de atención, hiperactividad y comportamientos impulsivos. Se mencionan tres subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado. El uso del DSM-IV como base para la clasificación de los subtipos de TDAH le otorga un enfoque clínico sólido, facilitando el diagnóstico y tratamiento basados en criterios internacionales (García, 2001, págs. 107-108).

En la revisión del DSM IV-TR, el trastorno pasa a denominarse TDAH; se consideran los tres subtipos (predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado) y está incluido en los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, concretamente en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante.

En el reciente DSM -5, como se explica más adelante, se mantiene la nomenclatura y el cambio más relevante es la edad de inicio antes de los 12 años.

La mayoría de los niños que padecen el TDAH continúan presentando síntomas a medida que entran en la adolescencia. A algunos, sin embargo, no se les diagnostica el TDAH hasta que alcanzan la adolescencia. Esto es más común en niños con síntomas del tipo predominantemente inatento.

En la actualidad, el TDAH está reconocido como un trastorno del neurodesarrollo tanto en el DSM-5-TR de la American Psychiatric Association como en la CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud. Esta clasificación refuerza la idea de que se trata de una condición con fundamento neurobiológico, que da comienzo en la infancia y cuyos síntomas pueden mantenerse, en mayor o menor medida, a lo largo de las distintas etapas de la vida.

2.2. El funcionamiento neurológico en personas diagnosticadas con TDAH

El TDAH es un trastorno que se origina principalmente en el cerebro y lo afecta de diferentes maneras. El cerebro controla y regula todas las actividades fisiológicas, asignando tareas a diversas áreas dentro de él mismo. Por lo tanto, puede realizar las siguientes funciones: recibir información sensorial, iniciar, ejecutar y coordinar movimientos voluntarios e involuntarios, regular el estado de ánimo y las emociones, y controlar la conducta, entre otras. El procesamiento

y el intercambio de información a través de vastas redes neuronales es, por lo tanto, una parte esencial del funcionamiento normal del cerebro. Esto se logra mediante neurotransmisores que transmiten estímulos nerviosos a través de las sinapsis a otras neuronas.

El TDAH se asocia con niveles anormalmente bajos de los neurotransmisores que se transmiten entre el área cortical prefrontal y los ganglios basales, es decir, la dopamina y la noradrenalina. La dopamina está estrechamente relacionada con los centros de recompensa del cerebro y también interactúa con otros neurotransmisores potentes para regular el estado de ánimo. Por lo tanto, los niveles bajos de dopamina impulsan a la persona a buscar la sensación de recompensa por otros medios. La disfunción de la corteza prefrontal provoca falta de alerta, reducción de la capacidad de atención y disminución de la eficiencia de la memoria de trabajo o a corto plazo, dificultad para iniciar y mantener actividades, e incapacidad para distinguir y evitar actividades innecesarias o distractoras. Por ello, las personas con TDAH presentan una concentración reducida. Además, existe una dificultad significativa para organizar el cerebro para la realización de cualquier actividad que requiera la planificación de más de un paso, debido a un comportamiento fuertemente guiado por la impulsividad y a la dificultad para permanecer quieto o en un mismo lugar. (Thomas, 2022)

Para Carboni et al. (2011), el TDAH no es solo una cuestión de comportamiento, sino que tiene un componente genético importante, lo que significa que algunas personas pueden nacer con una mayor predisposición a desarrollarlo. Sin embargo, este trastorno no depende únicamente de la herencia; también influyen factores neurológicos y ambientales que pueden potenciar o moderar sus síntomas. Entre los factores neurológicos, los autores mencionan posibles alteraciones en áreas específicas del cerebro que se encargan de regular la atención, controlar impulsos y organizar la conducta, lo que hace que estas funciones no operen de manera óptima en quienes presentan TDAH.

Por otro lado, los autores exponen qué elementos del entorno pueden agravar la situación, afectando el equilibrio del cerebro y su capacidad para autorregularse. Todo esto conduce a un funcionamiento inusual de los mecanismos de autocontrol y de las funciones ejecutivas, que son los procesos mentales que le permiten a una persona planificar, organizar tareas y controlar

impulsos. Como resultado, aparecen los síntomas típicos del TDAH: dificultades para mantener la atención, impulsividad y niveles altos de actividad. En conjunto, Carboni et al. (2011) muestran que el TDAH es un trastorno complejo, que surge de la interacción entre genética, cerebro y ambiente, y que tiene un impacto real en la vida cotidiana y el desarrollo de quienes lo presentan.

Según Guillermo et al. (2010):

Los estudios de neuroimagen estructural y funcional de personas con TDAH muestran anomalías en estructuras cerebrales (región prefrontal, ganglios de la base y cerebelo, entre otras) que producen un desequilibrio en el funcionamiento normal de los neurotransmisores en estas regiones del sistema nervioso central. En términos generales, se produce una alteración de la recaptación presináptica de dopamina y noradrenalina que desequilibra el funcionamiento de los circuitos frontoestriado, mesolímbico o frontocerebeloso (p. 81).

Tales anomalías en estructuras cerebrales y desequilibrios en neurotransmisores clave resultan en dificultades en el control de la atención, el movimiento y los impulsos, así como en la regulación emocional.

El TDAH debe ser reconocido como una condición de origen neurobiológico y no como un problema exclusivamente conductual o resultado de una falta de disciplina. De acuerdo con Guillermo et al. (2010), los estudios de neuroimagen han revelado alteraciones en áreas cerebrales como la corteza prefrontal, los ganglios basales y el cerebelo, lo que provoca un desequilibrio de neurotransmisores fundamentales como la dopamina y la noradrenalina. Estas disfunciones impactan directamente en procesos como la atención sostenida, la autorregulación y la planificación, capacidades que resultan importantes para el desempeño escolar. En este sentido, es indispensable que el ámbito educativo supere las percepciones erróneas que vinculan el TDAH con conductas como la desobediencia o la falta de interés, y adopte una postura más informada y empática. Fomentar prácticas pedagógicas que se ajusten a las necesidades de estos estudiantes no solo favorece su aprendizaje, sino que también contribuye a reducir el estigma que históricamente ha rodeado esta condición.

Estas manifestaciones clínicas, junto con las comorbilidades frecuentes, subrayan la importancia de una identificación temprana y de un abordaje integral que incluya tanto intervenciones médicas como educativas para mejorar la calidad de vida de quienes presentan este trastorno.

Actualmente, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se incluye dentro de los trastornos del neurodesarrollo según el DSM-5-TR de la American Psychiatric Association. Esta clasificación evidencia que se trata de una condición con base neurobiológica, que se manifiesta desde etapas tempranas del desarrollo y que puede acompañar a la persona a lo largo de su vida.

De acuerdo con el DSM-5-TR, el TDAH se define por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere de manera significativa en el funcionamiento diario o en el proceso de desarrollo. Para establecer el diagnóstico, los síntomas deben haberse presentado antes de los 12 años, manifestarse en al menos dos contextos distintos —como el escolar, familiar o social— y provocar un deterioro clínicamente significativo en el ámbito académico, social o laboral.

En contraposición con ediciones anteriores, el DSM-5 estableció un cambio importante al sustituir el término “subtipos” por “presentaciones clínicas”, reconociendo que la expresión de los síntomas puede variar con el tiempo. Actualmente se distinguen tres presentaciones: predominantemente inatenta, predominantemente hiperactiva-impulsiva y combinada.

Por su parte, la CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud también mantiene el reconocimiento del TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo, de manera consistente con los criterios diagnósticos internacionales vigentes.

Un aspecto importante en la comprensión actual del trastorno es que ya no se considera un trastorno exclusivo de la infancia. Diversas investigaciones de seguimiento a largo plazo han mostrado que una parte importante de los casos continúa presentando síntomas durante la adolescencia e incluso en la adultez, aunque estos puedan manifestarse de forma diferente. Esta

continuidad a lo largo del desarrollo resulta relevante para comprender el impacto del TDAH en la población adolescente.

2.3 Antecedentes investigativos sobre el TDAH en adolescentes

La adolescencia es una fase en la que los problemas asociados con el TDAH pueden exacerbarse debido a un aumento en las demandas educativas, laborales e interpersonales. Además, estos presentan tasas elevadas de discontinuación del tratamiento, lo que agrava su situación. Es crucial diagnosticar y tratar el TDAH durante la adolescencia y, si es posible, desde la infancia para evitar que afecte su desarrollo. Las intervenciones pueden incluir terapia, medicamentos y estrategias educativas adaptadas. Además, el apoyo familiar y una comprensión adecuada de la condición son esenciales para el éxito en la vida de estos adolescentes.

Para Caballo et al. (2001), en los niños es un trastorno cuya incidencia es:

[...] bastante mayor de lo que con una mirada superficial podría inferirse. En este sentido, si bien es un cuadro que no solo afecta a los menores, repercute además en el entorno familiar y escolar de estos, ocasionándoles conflictos con su medio y, en definitiva, graves problemas de adaptación y socialización. (p. 2)

Los síntomas tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, causando una importante morbilidad y disfuncionalidad no solo en el niño, sino también en el grupo de compañeros y en su familia (Cardo, 2008).

Anderson et al. (2015) señalan que los niños diagnosticados a una edad temprana tienen mayores probabilidades de acceder a intervenciones que pueden mejorar sus resultados académicos y sociales. Esta evidencia resalta la importancia de una identificación temprana, ya que cuanto antes se reconozca el trastorno, mayores serán las oportunidades para implementar estrategias

educativas y conductuales efectivas que prevengan dificultades a largo plazo. Además, los autores destacan que un diagnóstico oportuno permite una mejor adaptación del entorno escolar y familiar a las necesidades del niño. Por otro lado, Swensen et al. (2003) destacan que el TDAH no solo afecta al adolescente que lo padece, sino que también tiene repercusiones considerables para sus familiares, quienes a menudo lidian con exigencias adicionales debido a la carga emocional y económica que implica el manejo de este trastorno. De esta manera, el impacto del TDAH supera el ámbito individual y se configura como una problemática de carácter sistémico que requiere un enfoque comprensivo. El trabajo de estos autores recalca la importancia de una intervención psicosocial integral que no solo aborde los síntomas del niño, sino que también proporcione apoyo a la familia en su conjunto, lo cual es importante para mejorar la calidad de vida de todos los miembros. Esto puede implicar el diseño de programas que incluyan orientación a los padres, estrategias de gestión del comportamiento en el hogar y acompañamiento psicológico, con el objetivo de reducir el estrés familiar y fomentar una dinámica positiva en el entorno inmediato del niño.

Cuando el niño con TDAH inicia la escuela, se encuentra con un ambiente nada comprensivo con sus déficits básicos, donde las habilidades para permanecer sentado, atender, escuchar, obedecer, inhibir la conducta impulsiva, cooperar, organizar acciones y realizar un seguimiento de instrucciones, jugar bien, interactuar adecuadamente con otros niños, resultan esenciales para cursar con éxito y obtener un buen rendimiento académico (Barkley, 2011).

Durante la educación primaria, se manifiesta con mayor notoriedad la dificultad de los niños hiperactivos para responder a las exigencias del aprendizaje (García, 2003). La actividad motora es especialmente notable durante la clase y menos aparente en el recreo, apreciándose una variabilidad en la sintomatología según las distintas personas y actividades. La impulsividad es evidente, y se observa que durante la clase responden antes de que se les hagan las preguntas o contestan por escrito sin leer completamente el enunciado. Invaden el juego de los demás niños sin considerar las reglas, les cuesta esperar y su falta de reflexión les dificulta aprender de los errores o pensar con claridad en las consecuencias de sus actos. La problemática citada es más acusada y se reconoce más tempranamente en niños con TDAH y alteraciones de conducta.

Miranda, Roselló y Soriano (1988) refieren, por observación empírica, que durante los primeros años de escolaridad es frecuente que los niños hiperactivos tengan un rendimiento académico que puede considerarse cercano a lo normal, pero, a medida que nos acercamos a la adolescencia, se incrementan las dificultades de aprendizaje y hasta un 80% presenta dificultades en lectoescritura y aritmética. En función de lo significativo que resulta el fracaso escolar en las personas con TDAH, algunos autores consideran que tal característica debería ser considerada intrínseca y no secundaria.

En la infancia tardía, probablemente debido a las dificultades anteriormente mencionadas, es común que los niños con TDAH presenten inseguridad y baja autoestima. Durante la adolescencia, aunque existe un pequeño grupo de casos de TDAH en los que se incrementan sus síntomas básicos, suele haber un declive en sus niveles de hiperactividad que se manifiesta en intranquilidad y una mejora discreta en su mantenimiento de la atención y control de impulsos (Gastaminza y Vacas, 1995). No obstante, el 70-80% de los chicos adolescentes con TDAH continúan mostrando síntomas con una extensión inapropiada para su grupo de edad (Sibley, 2012).

Soutullo Esperón (2011) destaca que las personas con TDAH tienen alrededor de seis veces más probabilidades que el resto de la población de presentar otros problemas de salud mental asociados. Entre estos se encuentran las dificultades de aprendizaje, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno depresivo mayor, la ansiedad y el trastorno por abuso de sustancias. Esta combinación de trastornos puede hacer que el diagnóstico y el tratamiento del TDAH resulten más complejos, ya que los síntomas pueden mezclarse o intensificarse. Además, el riesgo de caer en el abuso de sustancias en etapas como la adolescencia supone un desafío adicional para el bienestar general de la persona.

La evolución de los casos de TDAH desde la infancia hasta la vida adulta ha sido clasificada en tres grupos: un 30 % de los niños con TDAH vigilados hasta la edad adulta se comportan con bastante adecuación y no difieren significativamente del grupo control. Un 50-60 % de los niños con TDAH probablemente serán adultos que seguirán teniendo problemas importantes de concentración, impulsividad e interacción social, lo que suele causarles problemas laborales,

alteraciones en las relaciones interpersonales, baja autoestima, irritabilidad, ansiedad e inestabilidad emocional. Finalmente, entre un 10-15 % presentan un pronóstico de notables problemas psiquiátricos y antisociales, o ambos. Son adultos que probablemente sufrirán depresiones, intentos de autólisis y/o abuso de drogas, así como conducta antisocial (32). El TDAH, por todo ello, no es un trastorno infantil benigno o autolimitado, y su impacto suele continuar hasta la edad adulta.

Sobre el TDAH en la adultez, Agnew-Blais et al. (2016) exponen que, en esta etapa de la vida, los síntomas pueden volverse más evidentes, sugiriendo nuevamente la interacción entre el trastorno y el entorno. A pesar de que este estudio se centra en una población más madura, sus hallazgos refuerzan la idea planteada por otros estudios, que concluyen que el contexto en el que se desenvuelve el individuo con TDAH desempeña un papel crucial en la evolución de los síntomas. Aunque estos puedan disminuir con el tiempo, muchos adultos jóvenes continúan experimentando dificultades, lo que refuerza la importancia de un diagnóstico y tratamiento tempranos.

Este tipo de investigaciones es sumamente importante para mejorar las estrategias de diagnóstico y tratamiento del TDAH, tanto en niños como en adultos, y para garantizar que todos los individuos afectados tengan acceso a los recursos que necesitan para mejorar su calidad de vida.

El TDAH se ha convertido en una “patologización de la infancia”, en la que los comportamientos normales en los niños se interpretan como signos de un trastorno mental.

La evidencia científica recopilada en las últimas décadas respalda de manera consistente la base neurobiológica del TDAH. Estudios familiares, de gemelos y de adopción han estimado una heredabilidad aproximada del 70–80 %, lo que lo sitúa entre los trastornos psiquiátricos con mayor componente genético (Faraone et al., 2015). Estas investigaciones indican que el riesgo de presentar TDAH es significativamente mayor cuando hay antecedentes familiares directos.

Desde el punto de vista neuroanatómico y funcional, los estudios de neuroimagen han identificado diferencias en redes cerebrales implicadas en la autorregulación, en particular en los

circuitos frontoestriatales que conectan la corteza prefrontal con estructuras subcorticales, como los ganglios basales. La corteza prefrontal dorsolateral, región asociada con la planificación, la inhibición conductual y la memoria de trabajo, muestra un desarrollo más lento o patrones de activación atípicos en individuos con TDAH.

Un estudio longitudinal realizado por Shaw y colaboradores (2007) evidenció un retraso en la maduración cortical, especialmente en las áreas prefrontales, en comparación con pares sin el trastorno. Este hallazgo respalda la hipótesis de que el TDAH implica una alteración del ritmo del desarrollo cerebral más que una lesión estructural definida.

En el plano neuroquímico, se han identificado alteraciones en la regulación de neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina, fundamentales para los procesos de atención y control inhibitorio. Esta evidencia explica, en parte, la eficacia de los tratamientos farmacológicos estimulantes.

Desde una perspectiva teórica, el modelo de autorregulación propuesto por Russell Barkley plantea que el déficit central del TDAH se sitúa en la inhibición conductual, lo que afecta, de manera secundaria, a las funciones ejecutivas: memoria de trabajo, planificación, organización, regulación emocional y control motivacional. Este modelo se considera especialmente útil para comprender las dificultades que emergen con mayor intensidad durante la adolescencia, cuando las demandas de autonomía y autorregulación aumentan significativamente.

2.4 Calidad de vida familiar en el manejo del TDAH

Según Cidoncha Delgado (2010), “El ambiente más efectivo para ayudar a los niños con TDAH es el que mantiene un orden, una rutina y una previsión; aquel en el que las normas son claras, argumentadas y consistentes” (p. 34)

Bajo este argumento, se menciona que el ambiente más efectivo para apoyar a los niños con TDAH es aquel que brinda orden, rutina y planificación. Esta idea resalta la importancia de

ofrecerles un entorno estructurado en el que puedan sentirse seguros y acompañados en su día a día. Los niños con TDAH suelen enfrentarse a dificultades para mantener la atención y controlar sus impulsos, por lo que vivir en un contexto en el que las actividades están organizadas y se repiten de manera predecible les ayuda a reducir la incertidumbre y el estrés. Cuando saben qué esperar y cómo desenvolverse en cada momento, puede provocar en ellos una sensación de tranquilidad y, por ende, enfocarse mejor en sus tareas.

Además, la autora destaca que las normas deben ser claras, argumentadas y consistentes. En otras palabras, esto significa que no basta con imponer reglas de forma arbitraria, sino que es muy importante explicar por qué existen y aplicarlas, en la medida de lo posible, de la misma manera. De esta forma, los niños comprenden el propósito de esas normas y pueden interiorizarlas con mayor facilidad. Esta claridad y coherencia, que se aplican con constancia, son clave para permitir al niño desarrollar la capacidad de autorregularse y mejorar sus habilidades sociales, dos áreas que suelen verse alteradas en quienes padecen TDAH.

Estas acciones no solo responden a una necesidad educativa, sino que también son un gesto de apoyo y comprensión hacia el niño y su familia. Proporcionarles un espacio donde puedan anticipar lo que sucede y entender los límites les permite interactuar con más confianza, reducir la frustración y favorecer su crecimiento integral. Así, el entorno que propone Cidoncha Delgado (2010) se convierte en un recurso esencial para que estos niños enfrenten sus desafíos y potencien sus capacidades.

Para Machado et al. (2022, p. 303):

La calidad de vida familiar es un factor determinante en el manejo del TDAH. La familia ha sido considerada el núcleo básico de toda sociedad humana, pues, es ahí donde se forman desde su nacimiento todos los individuos. Principalmente, los padres son los encargados de formar individuos comprometidos con su entorno, fomentándoles valores morales que permitirán una convivencia funcional en la sociedad. No obstante, la familia a su vez se encuentra sujeta a influencias mayores y cambiantes desde otros entornos. Esta dinámica definirá las redes de apoyo con las que un niño con TDAH

pueda contar dentro de su núcleo de referencia, ya que las demandas específicas de esta población requieren de esfuerzos conjuntos.

Los autores destacan la importancia de la calidad de vida familiar en el adecuado manejo del TDAH. Este argumento asume a la familia como el núcleo fundamental de la sociedad humana, ya que constituye el primer espacio social en el que los individuos se desarrollan y se forman desde su nacimiento. En este contexto, los padres desempeñan un papel primordial como formadores de personas conscientes de su entorno, encargándose de transmitir y fomentar valores éticos y morales para lograr una convivencia armónica y funcional en el sistema social. No obstante, la familia no actúa de manera aislada, sino que está inmersa en un conjunto más amplio de influencias sociales, culturales y económicas, variables y cambiantes. Esta compleja dinámica afecta directamente las redes de apoyo con las que cuenta el núcleo familiar, especialmente en el caso de los niños con TDAH, cuyas necesidades específicas requieren una atención multidimensional y coordinada. Por ello, la investigación sugiere que las familias que reciben un apoyo social adecuado y tienen acceso a recursos educativos y terapéuticos experimentan una mejor calidad de vida, lo que se traduce en un manejo más eficaz del trastorno. Un enfoque multidisciplinario, que incluye la educación física y el trabajo social, es esencial para abordar de manera integral las necesidades de estos niños y sus familias.

El manejo efectivo del TDAH requiere un enfoque integral que aborde las necesidades específicas del niño en su contexto social y familiar, así como la implementación de estrategias educativas que mejoren su rendimiento académico y su bienestar emocional. La integración de diferentes disciplinas, como la educación física, el trabajo social y la psicología, es crucial para desarrollar intervenciones más efectivas que consideren la complejidad del TDAH y su impacto en múltiples áreas de la vida del niño y su familia. En particular, la participación activa de los padres y educadores, junto con el apoyo social adecuado, se destaca como un factor clave para mejorar la calidad de vida de las familias afectadas por el TDAH.

2.5 El entorno psicosocial en la manifestación y evolución del TDAH

Palacios-Cruz et al. (2014) estudian cómo los factores familiares y las adversidades psicosociales influyen en el desarrollo del TDAH en adolescentes con alto riesgo. Este estudio resalta la fuerte correlación entre el entorno y la exacerbación de los síntomas, lo cual es un hallazgo importante, ya que sugiere que el TDAH no es un trastorno aislado, sino que interactúa con las dinámicas familiares.

La familia, la escuela y la comunidad son fundamentales para el éxito de las intervenciones en niños y adolescentes con TDAH. Los programas de apoyo que involucran a todos estos actores son más efectivos para abordar las múltiples facetas del trastorno y para proporcionar un entorno que promueva el desarrollo integral del niño. Asimismo, es esencial que las políticas educativas y sociales reconozcan y apoyen estas colaboraciones para maximizar el impacto positivo de las intervenciones. En este tenor, es fundamental comprender la relación entre los problemas cognitivos y la impulsividad en los niños desde una perspectiva sólidamente respaldada por la literatura científica.

En diversas escuelas secundarias y de educación media superior, es común encontrar alumnos diagnosticados y medicados por TDAH; sin embargo, rara vez se cuestiona ni se reflexiona sobre las dificultades que enfrentan los adultos responsables en el ámbito escolar para gestionar adecuadamente estas condiciones. No se indaga lo suficiente en cómo están preparados los docentes, orientadores y el personal educativo en general para contener, motivar y educar a estos estudiantes con necesidades particulares. Tampoco se analiza el tipo de estimulación cognitiva, emocional y social a la que están sometidos estos niños, tanto en el entorno escolar como fuera de él, en sus hogares y comunidades. Este enfoque parcial genera un sesgo importante en la comprensión del proceso educativo, pues se centra exclusivamente en el alumno, asumiendo que él es el único actor y responsable de su aprendizaje. De esta manera, se ignoran las influencias y responsabilidades del contexto educativo y familiar, así como la necesidad de una intervención integral que incluya la capacitación y el apoyo a los adultos que interactúan con

estos estudiantes. Este panorama evidencia una visión limitada y simplificada del TDAH y de los procesos de aprendizaje, lo que puede resultar contraproducente para el desarrollo académico y personal de los jóvenes afectados.

La adolescencia es una etapa compleja para la gran mayoría, caracterizada por numerosos cambios físicos, emocionales y sociales que generan diversas complicaciones para los jóvenes. Estos cambios afectan su bienestar psicológico y también influyen directamente en su desempeño académico y en la manera en que se relacionan con su entorno. En este contexto, resulta esencial reconocer y valorar el rol que desempeñan los maestros tutores y el personal de apoyo en el ámbito escolar. Estos actores no solo comparten conocimientos, sino que también desempeñan una función importante como guías y acompañantes en el proceso formativo, lo que favorece que los estudiantes se sientan integrados y parte activa de la comunidad educativa.

Esta inclusión y el sentido de pertenencia son fundamentales para el éxito educativo, especialmente para aquellos adolescentes que pueden presentar signos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Estos jóvenes enfrentan, en términos generales, las mismas inquietudes y desafíos típicos de la adolescencia, pero con la particularidad de que sus dificultades atencionales y de autorregulación pueden complicar aún más la gestión de esta etapa. Durante la adolescencia, los jóvenes comienzan a construir su identidad, un proceso que implica explorar y consolidar valores, creencias y metas personales. Además, es en esta fase cuando se establecen las bases para un funcionamiento más autónomo, la comprensión y aceptación de su sexualidad, y la toma de decisiones críticas relacionadas con el consumo de sustancias y la planificación de su futuro.

La adolescencia es un período de transición lleno de cambios importantes, tanto a nivel biológico como cognitivo y social. En esta etapa, el TDAH no desaparece necesariamente, pero sí puede manifestarse de manera distinta.

Diversos estudios, como el Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA), han mostrado que entre la mitad y casi tres cuartas partes de los niños diagnosticados con este trastorno continúan

presentando síntomas significativos durante la adolescencia. Sin embargo, la forma en que se manifiestan estos síntomas suele transformarse con el tiempo.

La hiperactividad física evidente —como levantarse constantemente de su asiento, moverse sin parar o tener dificultades para permanecer sentado— tiende a disminuir. En su lugar, muchos adolescentes experimentan una inquietud más interna, que no siempre se ve, pero sí se siente. Por su parte, la inatención suele mantenerse, observándose problemas para concentrarse en tareas largas, organizar el tiempo, planificar las actividades académicas, postergar responsabilidades, olvidar compromisos constantemente y manejar eficientemente sus obligaciones.

La impulsividad también se mantiene y puede verse reflejada en la toma de decisiones rápidas, en la manifestación de conductas de riesgo, en dificultades para anticipar consecuencias y en problemas en el manejo de las emociones. Durante la adolescencia, estas dificultades suelen acentuarse debido a la búsqueda de independencia y a la exposición a situaciones sociales más complejas propias de esta etapa.

En el ámbito escolar, las demandas de autonomía y de planificación a largo plazo aumentan, lo que puede provocar un bajo rendimiento, la repetición de grado o incluso el abandono escolar. En el ámbito social y emocional, los adolescentes con TDAH enfrentan un mayor riesgo de conflictos familiares, dificultades en sus relaciones y baja autoestima. Además, esta etapa se asocia con un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades, como ansiedad, depresión o consumo de sustancias, lo que hace de la adolescencia un período especialmente sensible.

En pocas palabras, aunque los síntomas más visibles de hiperactividad puedan reducirse con el tiempo, los desafíos relacionados con la atención, la autorregulación y las habilidades sociales se mantienen y se vuelven más evidentes. Esto resalta la importancia de contar con evaluaciones y estrategias de intervención específicas que acompañen a los adolescentes en esta etapa de crecimiento y desarrollo.

2.6 Evaluación diagnóstica en adolescentes

La evaluación del TDAH en adolescentes requiere un enfoque integral y multimodal, que considere tanto los síntomas observables como el contexto académico, familiar y social del joven. Este enfoque permite identificar con precisión los patrones de inatención, hiperactividad e impulsividad, así como sus repercusiones en distintas áreas de la vida.

Uno de los componentes centrales de la evaluación es la entrevista clínica estructurada con el adolescente y sus cuidadores primarios. Esta entrevista permite recoger información detallada sobre la historia del desarrollo, el inicio y la evolución de los síntomas, el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y la presencia de posibles comorbilidades. Es importante que la entrevista se adapte a la etapa evolutiva, considerando el nivel de autonomía y la capacidad de reflexión del o la adolescente.

La información derivada del entorno escolar representa otra base esencial. Los informes de profesores, registros de conducta y calificaciones académicas permiten contrastar los datos reportados por la familia y el propio adolescente, y aportan evidencia sobre cómo se manifiestan los síntomas en contextos distintos, estructurados y con demandas cognitivas elevadas.

Por otra parte, las escalas estandarizadas son herramientas útiles para sistematizar la evaluación y cuantificar la gravedad de los síntomas. Entre las más utilizadas se encuentran el Conners' Rating Scales y la ADHD Rating Scale, que cuentan con versiones adaptadas para padres, docentes y adolescentes, lo que favorece una perspectiva amplia y comparativa.

Es importante señalar que el proceso diagnóstico también requiere un diagnóstico diferencial cuidadoso, dado que los síntomas del TDAH pueden solaparse con otras condiciones frecuentes en la adolescencia, como trastornos de ansiedad, depresión o dificultades específicas de aprendizaje. Además, es fundamental distinguir el TDAH de conductas oposicionistas, cambios normativos propios del desarrollo adolescente y trastornos afectivos, para evitar sobrediagnósticos o confusiones clínicas.

A grandes rasgos, la evaluación diagnóstica del TDAH en adolescentes debe ser completa, integrando información de diversas fuentes y considerando la complejidad del desarrollo adolescente. Un diagnóstico preciso hace posible diseñar intervenciones individualizadas y adecuadas a las necesidades específicas de cada joven, optimizando su adaptación académica, social y emocional.

CAPÍTULO 3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

ASOCIADOS CON EL TDAH

3.1 Comorbilidad en el estudio del TDAH

Caron y Rutter (2014) definen la comorbilidad como: la ocurrencia simultánea de dos o más condiciones nosológicas no relacionadas. Por otro lado, se ha encontrado que el TDAH asociado a comorbilidad presenta más dificultades de adaptación psicosocial. Por esto, la comorbilidad supone uno de los grandes desafíos en la detección y diagnóstico del TDAH. En ocasiones, los síntomas de TDAH se confunden con los de otros trastornos, como la ansiedad, ya que las personas ansiosas pueden presentar, en situaciones de examen, un incremento de la inatención e incluso de la hiperactividad. En la adolescencia y en la edad adulta, existen otras comorbilidades, siendo una de las más prevalentes el abuso o dependencia de sustancias tóxicas en un 25-50% (Hervás, 2014). Los síntomas pueden remitir con el tiempo; muchos adultos jóvenes siguen presentando síntomas que podrían haberse tratado de manera más efectiva si hubieran sido diagnosticados antes.

3.1.1 Ideación suicida

El comportamiento suicida en adolescentes está asociado a factores individuales, familiares y sociales, y hasta el 90% de los adolescentes suicidas presenta un trastorno psiquiátrico en el momento de la muerte (Sánchez, 2010). El comportamiento suicida en adolescentes con TDAH es un tema preocupante debido a la combinación de factores emocionales, conductuales y sociales asociados con este trastorno. Varios estudios han mostrado una relación entre el TDAH y un mayor riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas en adolescentes.

El comportamiento suicida y el consumo de sustancias son dos de los problemas más preocupantes que pueden presentarse en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Estos jóvenes tienden a presentar mayores problemas de conductas peligrosas, además de tener un mayor riesgo de iniciar el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana u otras drogas) a edades más tempranas (Miranda, Roselló y Soriano, 2016).

Asimismo, el entorno familiar puede influir en el riesgo de suicidio en adolescentes con TDAH. La tensión familiar, el conflicto y la falta de apoyo o comprensión de sus dificultades pueden intensificar sus problemas emocionales; además, las dificultades en la relación con los padres pueden aumentar los sentimientos de soledad y desesperanza (Burleson Daviss y Diler, 2014).

A su vez, se presenta un factor importante debido a un desequilibrio en el comportamiento: el suicidio en los adolescentes, determinado por numerosos factores individuales, familiares y sociales. Se ha estimado que entre el 70 % y el 90 % de los adolescentes suicidas presentaban un trastorno psiquiátrico al momento de la muerte (Manrique, 2016). Los trastornos psiquiátricos iniciados en la niñez se caracterizan por la presencia de conducta disruptiva, impulsividad, hostilidad, negativismo y comportamientos antisociales, que inician en edades tempranas y alteran de forma severa el funcionamiento global del niño y del adolescente que los presenta (Restrepo-Bernal et al., 2014).

El suicidio en la adolescencia no es un fenómeno aleatorio; ocurre en adolescentes vulnerables, con patología mental severa a nivel personal y con frecuente disfunción familiar y social. En este sentido, identificar factores asociados al comportamiento suicida de los adolescentes abre la posibilidad de prevenirlo. desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno de conducta) Los trastornos mentales que comienzan en la infancia y la adolescencia (trastorno negativista) son los 14 trastornos mentales más prevalentes en este grupo de edad, resulta importante establecer si estos se asocian con el comportamiento suicida de los adolescentes porque, de resultar positiva esta asociación, se podrían generar estrategias de prevención del suicidio, encaminadas a identificar y tratar precozmente estos trastornos. (Bonafante, 2014).

3.1.2 Las dificultades de aprendizaje y relaciones sociales

Existen diferentes factores que pueden tener una importante repercusión en el niño, tanto a nivel académico como en sus relaciones personales o en el ámbito familiar (Fernández, 2022). Se ha demostrado que los adolescentes con antecedentes de TDAH tienden a experimentar más rechazo por parte de sus compañeros, tienen menos amigos íntimos y son más propensos a sufrir acoso escolar que sus compañeros. Dichos efectos sobre la función social son más frecuentes en chicas que en chicos, especialmente en las chicas con el subtipo de TDAH de falta de atención. Suelen ser impulsivos, lo que les genera desafíos en las interacciones sociales: interrumpen a los demás, tienen dificultades para esperar su turno o actúan de manera inapropiada, lo que puede resultar en conflictos con compañeros y adultos (Young, 2013).

Como se menciona, los recursos educativos pueden ser determinantes para mejorar tanto la calidad de vida de las personas con TDAH como la de sus familias, así como para aumentar la eficacia del manejo integral del trastorno. En el contexto escolar, contar con estrategias pedagógicas inclusivas puede marcar una diferencia significativa en el rendimiento académico y la estabilidad emocional de los estudiantes con TDAH. Estos recursos no solo facilitan el aprendizaje, sino que también promueven la autoestima, reducen la frustración asociada a las dificultades escolares y previenen el aislamiento social (DuPaul & Stoner, 2014). Además, cuando estos recursos se acompañan de docentes capacitados y sensibilizados sobre el trastorno, se crea un entorno más comprensivo, estructurado y propicio para el desarrollo integral del alumnado.

Sin embargo, para que estas medidas sean efectivas, es esencial un enfoque colaborativo e interdisciplinario. La complejidad del TDAH, que incluye manifestaciones cognitivas, emocionales, conductuales y sociales, requiere la participación coordinada de diversos profesionales. La psicología, por ejemplo, puede contribuir a la evaluación diagnóstica, a la intervención en habilidades socioemocionales y al acompañamiento terapéutico tanto del estudiante como de su familia. Por su parte, el trabajo social desempeña un papel clave en la articulación entre los diferentes actores del sistema (familia, escuela, servicios de salud), así como

en la gestión de apoyos comunitarios que mejoren las condiciones de vida del menor. La educación física, aunque a veces subestimada, también cumple una función relevante, ya que la actividad física regular ha demostrado ser eficaz para reducir los síntomas de hiperactividad e impulsividad, mejorar la atención y fomentar habilidades de autorregulación emocional.

Este tipo de intervención conjunta no solo aumenta las probabilidades de éxito escolar, sino que también impacta positivamente en el bienestar general de la persona con TDAH, promoviendo su inclusión social, un desarrollo emocional equilibrado y una participación activa en diferentes contextos. Asimismo, la familia, al verse respaldada por una red interdisciplinaria de apoyo, puede enfrentar con mayor resiliencia los desafíos que conlleva el cuidado y el acompañamiento de un hijo o hija con TDAH. Por lo tanto, la implementación de recursos educativos adecuados, junto con el trabajo coordinado entre profesionales de distintas áreas, resulta esencial para abordar el TDAH desde una perspectiva integral, centrada no solo en los síntomas, sino también en la calidad de vida y el desarrollo pleno de quienes lo experimentan.

3.1.3 Factores de riesgo por consumo de sustancias

El TDAH se relaciona con diversos factores de riesgo, entre ellos el consumo de sustancias. Terán (2004) indica que la comorbilidad entre el TDAH y el abuso de sustancias representa una dificultad importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de quienes la presentan. En la adolescencia, las personas con este trastorno suelen mostrar una mayor propensión a participar en conductas de riesgo, como el abuso de drogas, debido a características como la impulsividad y la dificultad para controlar las emociones. Diversos estudios han demostrado que los adolescentes con TDAH tienen una mayor probabilidad de iniciar el consumo de sustancias a edades más tempranas, así como de desarrollar trastornos por consumo de sustancias en comparación con sus pares sin el trastorno (Wilens et al., 2011). Esta vulnerabilidad se incrementa en contextos donde no se diagnostica ni trata adecuadamente el TDAH, lo que puede llevar a que los individuos busquen regular sus emociones o mejorar su concentración mediante el uso de drogas ilícitas o alcohol (Barkley, 2015). Esta situación puede empeorar si no se brinda un abordaje adecuado, ya que aumenta la probabilidad de enfrentar consecuencias negativas en la adultez, como problemas de salud física y mental, bajo

rendimiento académico, dificultades en las relaciones sociales y conductas de riesgo.

Asimismo, se ha observado que el tratamiento temprano con medicamentos estimulantes, bajo supervisión médica, puede reducir el riesgo de abuso de sustancias en el futuro, al disminuir la impulsividad y mejorar la autorregulación (Chang et al., 2014). Por ello, es imprescindible atender el TDAH con una perspectiva que contemple tanto los síntomas principales como las condiciones que pueden surgir a lo largo del tiempo, incluyendo la prevención del consumo problemático de sustancias como parte de un abordaje integral.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

En este capítulo se describen los datos sociodemográficos de la población de estudio y las medidas de confiabilidad de los instrumentos utilizados en la investigación; asimismo, los niveles de presencia o ausencia de cada una de las variables y la correlación entre ellas.

4.1 Datos sociodemográficos

En este apartado se presenta información sobre las variables atributivas de sexo y edad. A continuación, se presentan las tablas correspondientes a cada una de ellas.

La distribución por sexo fue de 77 mujeres (55%) y 63 hombres (45%) (Tabla 1). La distribución por edad fue de 71 estudiantes de 15 años (50,7 %), 54 de 16 años (38,6 %) y 15 de 17 años o más (10,7 %).

Tabla 1.

Datos sociodemográficos

Concepto	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	63	45.0
	Femenino	77	55.0
	Total	140	100.0
Edad	15	71	50.7
	16	54	38.6
	17 y más	15	10.7
	Total	140	100.0

4.2 Confiabilidad de los instrumentos aplicados

De los instrumentos aplicados, se obtuvo una consistencia interna mediante el coeficiente alpha de Cronbach para la Escala de Impulsividad, la Ideación Suicida de Roberts, la escala de relación con papá de González Forteza, la escala de relación con mamá de González Forteza, la inteligencia emocional TMSS-24 y la Wender-Utah Rating Scale de M. F. Ward, P. H. Wender y F. W. Reimber, lo que significa un nivel aceptable a muy aceptable de confiabilidad en dichos instrumentos (tabla 2).

La Tabla 2 presenta los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos para las distintas escalas aplicadas en el estudio, junto con el número de reactivos que conforman cada una. Estos valores reflejan el grado de consistencia interna de los instrumentos utilizados.

La escala de Impulsividad, que consta de 5 reactivos, obtuvo una confiabilidad de 0,617, lo cual se considera un nivel moderado. Aunque este valor es inferior al criterio comúnmente aceptado de 0,70, se justifica su uso debido a que consta de un mínimo de reactivos y a que fue diseñada para evaluar específicamente este rasgo en determinadas poblaciones, como lo plantean Plutchik et al. (1989).

En cuanto a la escala de Ideación Suicida, compuesta por 4 reactivos, presentó un coeficiente de confiabilidad de 0,822, lo que indica una consistencia interna aceptable. Esta medida se basa en la propuesta original de Reynolds (1987) y ha sido validada en diversos contextos clínicos, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Las escalas que evalúan la relación con las figuras parentales también mostraron niveles muy altos de confiabilidad. La escala de relación con papá obtuvo un coeficiente de .944 y la de relación con mamá alcanzó .909. Estos instrumentos han mostrado una alta validez y consistencia en contextos latinoamericanos.

Tanto la Escala de Impulsividad, de Ideación Suicida como la de Relación con Papá y Relación con Mamá, fueron validadas y se establecieron niveles de confiabilidad óptimos para la población adolescente chiapaneca (García et al., 2018).

Por otro lado, la TMMS-24, que evalúa la inteligencia emocional percibida y consta de 25 reactivos, reportó una confiabilidad de 0,932. Esta escala fue desarrollada por Salovey et al. (1995) y adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004), y es ampliamente utilizada en investigaciones relacionadas con las emociones y la regulación emocional. De igual modo, en un estudio realizado por Ocaña et al. (2019) con adolescentes chiapanecos, se obtuvo un nivel de consistencia interna muy alto.

Finalmente, la Wender-Utah Rating Scale (WURS), con 24 reactivos, arrojó un coeficiente de 0,915, lo que refleja una excelente confiabilidad. Este instrumento, creado por Ward et al. (1993), se emplea para evaluar síntomas retrospectivos del TDAH en adultos y ha sido validado en múltiples estudios clínicos, así como en población chiapaneca adolescente, con los mismos resultados (García et al., 2024).

En general, la mayoría de las escalas utilizadas en el estudio presentan niveles adecuados o excelentes de confiabilidad, lo que respalda su pertinencia para la evaluación de los constructos psicológicos propuestos. La única excepción es la escala de Impulsividad, cuyo nivel de confiabilidad es más bajo, pero su uso es pertinente dada su especificidad y diseño original.

Tabla 2.

Confiabilidad

Escala	Confiabilidad	No. de reactivos
Impulsividad	.617	5
Ideación Suicida	.822	4
Escala de Relación con Papá	.944	15
Escala de Relación con Mamá	.909	15
TMMS-24	.932	25
Wender-Utah Rating Scale	.915	24

4.3 Contraste de variables

Al aplicar el estadístico T de Student para la variable de sexo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres (M= 11.7403) y hombres (M= 13.7302) en la subescala de Comunicación con el padre de la ERP (sig.= .028); entre mujeres (M= 19.8052) y hombres (M= 22.9048) en la subescala de Claridad emocional del TMMS (sig.= .006) (tabla 3).

Tabla 3.

Prueba de contraste mediante T de Student

Variable	Sexo	N	Media	DE	Sig bilateral
TMMS-24 Claridad emocional	Mujeres	77	19.8052	6.57755	.006
	Hombres	63	22.948	6.52715	
Comunicación con el padre	Mujeres	77	11.7403	4.75285	.0028
	Hombres	63	13.7302	5.83152	

Los resultados de contraste obtenidos muestran diferencias importantes entre hombres y mujeres en dos aspectos: la claridad emocional y la comunicación con el padre. Al aplicar la prueba, se observó una diferencia significativa en la claridad emocional ($p = 0,006$). En este caso, los hombres reportaron una puntuación promedio más alta ($M = 22,95$) que las mujeres ($M = 19,81$), lo que indica que sienten mayor facilidad para comprender y reconocer sus emociones. Aunque tradicionalmente se ha considerado que las mujeres presentan una inteligencia emocional más desarrollada, investigaciones recientes señalan que los hombres tienden a sobreestimar sus habilidades emocionales, mientras que las mujeres suelen evaluarse de manera más crítica, lo que podría explicar estas diferencias observadas (Extremera & Fernández-Berrocal, 2004).

En cuanto a la comunicación con el padre, también se observaron diferencias significativas ($p = .0028$). Los hombres indicaron tener una relación más abierta o fluida con su figura paterna ($M = 13.73$), mientras que las mujeres reportaron niveles más bajos ($M = 11.74$). Esto puede estar

influido por factores sociales y culturales, como los roles de género. De acuerdo con McKee et al. (2019), es común que los padres se comuniquen más con sus hijos varones, ya sea por intereses compartidos o por un estilo de interacción más directo. Por el contrario, la relación con las hijas puede ser más distante o rígida, especialmente durante la adolescencia.

Durante la adolescencia, las relaciones con los padres suelen experimentar cambios importantes, en los que es común que surjan conflictos o se genere cierto distanciamiento emocional, especialmente en la relación entre padres e hijas (Branje, 2018). Esta transformación puede verse influida por cambios en la dinámica familiar, así como por la manera en que los adolescentes perciben la cercanía y la disponibilidad emocional de sus padres. Además, estudios previos señalan que la forma en que los padres se comunican con sus hijos varía según el género, mostrando un estilo más directivo y menos expresivo con los varones, aunque estos tienden a interpretar ese tipo de interacción como válida o adecuada (Oliva et al., 2007).

Estos resultados resaltan la importancia de tener en cuenta el género al aplicar y obtener resultados en estas pruebas. Las diferencias encontradas en claridad emocional y comunicación con el padre muestran que hombres y mujeres gestionan de manera distinta sus emociones, y por lo tanto, necesitan estrategias de apoyo diferenciadas. Es fundamental que tanto las escuelas como las familias reconozcan estas diferencias y promuevan un acompañamiento más justo y sensible a las necesidades específicas de cada persona.

4.4 Correlación entre variables

Al aplicar la correlación bivariada de Pearson, se aprecian correlaciones moderadas, positivas y significativas entre la escala Wender-Utah y la escala de impulsividad ($R=.564^{**}$); entre la escala Wender-Utah y la escala de ideación suicida ($R=.463^{**}$); entre la escala relación con la madre y la escala relación con el padre ($R=.417^{**}$); y correlaciones bajas, positivas y significativas entre las escalas: la escala de ideación suicida y la escala de impulsividad ($R=.347^{**}$), TMSS-24 y la escala de relación con la madre ($R=.240^{**}$) (tabla 4). La significación es al nivel 0.01.

Tabla 4.

Correlación entre las variables de estudio

	Escala de impulsividad	Escala de ideación suicida	Escala de relación con el padre	Escala de relación con la madre	Wender Utah Rating	TMMS-24
	Sumatoria	Sumatoria	Sumatoria	Sumatoria	Sumatoria	Sumatoria
Escala de impulsividad	1	.347(*)	-.103	-.067	.564(*)	-.145
Escala de ideación suicida		1	-.163	-1.76(*)	.463(*)	-.154
Escala de relación con el padre			1	.417(*)	-.155	.135
Escala de relación con la madre				1	-.029	.240(*)
Wender Utah Rating					1	-.025

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La Tabla 4 presenta las correlaciones entre distintas escalas psicológicas, calculadas a partir de la suma de sus ítems correspondientes. Se observa que la impulsividad se relaciona positivamente y de manera significativa con la ideación suicida y con la escala Wender Utah Rating, lo cual coincide con investigaciones previas que señalan que los altos niveles de impulsividad incrementan el riesgo de conductas suicidas (Evenden, 1999; Mann et al., 2001).

Por otro lado, la ideación suicida se correlaciona positivamente con la escala Wender Utah Rating. Esto coincide con estudios que enfatizan la importancia del papel de rasgos característicos evaluados por el Wender Utah, relacionados con trastornos neuroconductuales que pueden potenciar la ideación suicida (Wender et al., 1993).

Finalmente, la relación con la madre también se asocia positivamente con el TMMS-24, lo que refleja la importancia del apoyo materno en el desarrollo de una inteligencia emocional adecuada (Brackett et al., 2011).

En conjunto, estos hallazgos respaldan la idea de que la impulsividad y la ideación suicida están estrechamente relacionadas y que la calidad de las relaciones familiares, especialmente con la madre, influye en la regulación emocional y en la presencia de conductas de riesgo.

4.5 Nivel de presencia ausencia de las variables

Para obtener el nivel de cada variable dependiente en el análisis, se calculó la media poblacional de cada instrumento, sumando y restando una desviación estándar para identificar a los sujetos que obtienen puntajes dentro del rango de normalidad; a partir de estos rangos, nuevamente se sumó y restó una desviación estándar para determinar los niveles restantes, que indican la presencia o ausencia de la variable.

Respecto de la variable impulsividad, 25 (17.9%) de los estudiantes presentan alta impulsividad, 4 (2.9%) moderada y 111 (79.3%) normal (tabla 5).

Tabla 5.

Nivel de impulsividad

	Frecuencia	Porcentaje
Normal. 6 a 10 puntos	111	79.3
Impulsividad moderada. 11 a 13 puntos	4	2.9
Impulsividad elevada. 14 y más puntos	25	17.9
Total	140	100.0

La Tabla 5 presenta la distribución de los niveles de impulsividad entre los participantes de este estudio, clasificados en tres categorías: normal, moderada y elevada. Se observa que la mayor parte de la muestra (79,3%) se encuentra dentro del rango normal, con puntuaciones entre seis

y diez, lo que indica que estos estudiantes tienden a ejercer un control adecuado de sus impulsos. De acuerdo con Barratt (1994), la impulsividad puede entenderse como un rasgo compuesto por diversas dimensiones, que no necesariamente resulta problemático cuando se presenta en niveles moderados. Sin embargo, cuando estos niveles aumentan, es común que se relacionen con dificultades para tomar decisiones adecuadas y una mayor propensión a adoptar conductas de riesgo.

Por otro lado, un pequeño grupo, equivalente al 2,9 %, muestra una impulsividad moderada, con puntuaciones que van de once a trece, lo que podría indicar cierta dificultad en el control de los impulsos, aunque no de forma alarmante. Asimismo, un 17,9 % de los evaluados presenta impulsividad elevada, con 14 puntos o más. Esto indica una inclinación a reaccionar de manera más impulsiva ante diferentes situaciones, lo cual podría estar vinculado con comportamientos que no se adaptan adecuadamente al entorno (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann, 2001).

Estos hallazgos reflejan que, si bien la mayoría mantiene niveles adecuados de impulsividad, existe un sector de la población evaluada que carece de estrategias de autocontrol y se relaciona con el TDAH.

La Tabla 6 presenta información sobre la ideación suicida, dividida en dos niveles según la severidad y el puntaje registrado. La mayoría de los casos se encuentran en la categoría de ideación suicida alta, con puntajes entre cuatro y siete, y una frecuencia de 107 casos, lo que representa el 76,4 % del total. En contraste, la ideación suicida grave, con puntajes iguales o superiores a 8, registra 33 casos, lo que equivale al 23,6 %.

Numerosos estudios han señalado que las personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) enfrentan un riesgo considerablemente mayor de ideación suicida que la población general. Esta asociación se mantiene incluso al controlar la presencia de trastornos concomitantes como la depresión y la ansiedad (Impey & Heun, 2012; James, Lai, & Dahl, 2004).

Por esta razón, se considera indispensable realizar evaluaciones clínicas periódicas y detectar tempranamente los síntomas suicidas en personas con TDAH, con el objetivo de evitar consecuencias negativas (Mérida-López, Extremera y Rey, 2021).

Tabla 6.

Nivel de ideación suicida

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ideación suicida alta. 4 a 7 puntos.	107	76.4
Ideación suicida grave. 8 puntos y más.	33	23.6
Total	140	100

La tabla 7 presenta la distribución de la relación que los estudiantes de preparatoria mantienen con su padre, evaluada mediante una escala de puntuación que clasifica la calidad de dicha relación en distintos niveles. Un total de 10 estudiantes, equivalentes al 7,1 %, reportaron tener una relación con muchas dificultades, con puntuaciones iguales o inferiores a 19 puntos. Por otra parte, 35 estudiantes (25,0 %) indicaron tener una relación con dificultades, con puntuaciones entre 20 y 30 puntos. La mayoría, 84 estudiantes, que representan el 60,0 %, manifestó una relación considerada normal, con puntuaciones entre treinta y uno y cincuenta y tres puntos. Finalmente, 11 estudiantes (7,9 %) describieron una relación muy buena con su padre, con puntuaciones superiores a 54 puntos. En conjunto, la muestra totalizó 140 estudiantes, lo que equivale al 100% de los participantes evaluados.

Los resultados evidencian que la mayoría de los adolescentes perciben este vínculo como normal (60%) o muy bueno (7,9%). En este sentido, Lamb (2010) subraya que la implicación positiva de la figura paterna contribuye al fortalecimiento de la autoestima y al desarrollo de habilidades socioemocionales que favorecen la adaptación en la adolescencia. Asimismo, Amato y Gilbreth (1999) destacan que la calidad del vínculo con el padre guarda una relación estrecha con el rendimiento académico y la disminución de conductas problemáticas en esta etapa. A partir de estas aportaciones, los hallazgos del presente estudio permiten suponer que los adolescentes que refieren vínculos conflictivos con su padre podrían estar en mayor riesgo de presentar dificultades emocionales y escolares.

Por otro lado, el 32,1 % reporta cierta dificultad en dicha relación. Esta distribución resulta significativa, pues, aunque predominan las percepciones positivas, una tercera parte de los participantes enfrenta dinámicas con la relación paterna menos favorables, lo cual no puede considerarse un aspecto menor en términos de un desarrollo integral.

La dinámica de las relaciones familiares, y en especial el lazo que se establece con la figura paterna, representa un aspecto clave en el desarrollo emocional y el rendimiento académico de los y las adolescentes. La evidencia muestra que los vínculos conflictivos o poco funcionales con los padres pueden acentuar aspectos como la impulsividad, la dificultad de autorregulación emocional y el déficit de atención, lo que impacta directamente tanto en el desempeño escolar como en la adaptación al entorno social (Barkley, 2014). En contraste, Sonuga-Barke et al. (2013) plantean que una relación afectiva positiva, junto con un ambiente familiar de apoyo, puede funcionar como factor protector al facilitar el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas y al promover un desarrollo emocional más funcional. Desde esta perspectiva, fortalecer los vínculos familiares, en particular entre padres e hijos, se considera una acción fundamental y viable que puede favorecer la calidad de vida y las expectativas académicas en la adolescencia.

Tabla 7.

Nivel en Relación con papá

	Frecuencia	Porcentaje
Relación con muchas dificultades. 19 puntos o menos.	10	7.1
Relación con dificultades. 20 a 30 puntos.	35	25.0
Normal. 31 a 53 puntos.	84	60.0
Relación muy buena. 54 y más puntos.	11	7.9
Total	140	100.0

En la tabla 8, se indica que el 58,6 % de los participantes (82 adolescentes) reportaron una relación de tipo "normal", con puntajes comprendidos entre 43 y 58 en la escala utilizada. Este hallazgo concuerda con estudios previos que señalan que, a pesar de las dificultades conductuales asociadas al TDAH, muchos adolescentes logran mantener relaciones parentales funcionales,

aunque no necesariamente óptimas (Barkley, 2015; Johnston y Mash, 2001). No obstante, se identifica que el 20 % de los evaluados (28 adolescentes) percibe su relación con la madre como marcada por "muchas dificultades", con puntuaciones iguales o inferiores a 33. Este resultado es consistente con investigaciones que muestran que el TDAH puede tener un impacto significativo en la dinámica familiar, especialmente en la relación madre-hijo, lo que genera tensiones, frustración y patrones de interacción negativos (Chronis-Tuscano et al., 2008; Harvey et al., 2011). Asimismo, el 18,6 % (26 adolescentes) reportaron una relación con dificultades moderadas, ubicándose en un rango de 34 a 42 puntos, lo que indica una proporción adicional de jóvenes que experimentan conflictos frecuentes, aunque no tan severos.

Llama particularmente la atención que únicamente el 2,9 % de los participantes (4 adolescentes) calificaron su relación con la madre como "muy buena", con puntuaciones iguales o superiores a 59. Esta baja proporción de relaciones altamente positivas podría reflejar las múltiples exigencias emocionales y conductuales que el TDAH impone a la relación madre-hijo, así como la necesidad de fortalecer las estrategias de comunicación, empatía y contención emocional en el contexto familiar (Theule et al., 2013).

Aunque una mayoría relativa percibe la relación materna como funcional, los datos también evidencian una proporción importante de adolescentes que viven relaciones marcadas por conflictos o dificultades. Estos hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones psicoeducativas y familiares orientadas al fortalecimiento del vínculo afectivo, ya que el tipo de relación con la madre puede influir significativamente en la autorregulación emocional y en el pronóstico del TDAH durante la adolescencia (Wymbs & Pelham, 2010).

Tabla 8.*Escala relación con mamá*

	Frecuencia	Porcentaje
Relación con muchas dificultades. 33 puntos o menos.	28	20.0
Relación con dificultades. 34 a 42 puntos	26	18.6
Normal. 43 a 58 puntos	82	58.6
Relación muy buena. 59 y más puntos	4	2.9
Total	140	100.0

En la tabla 9 se presenta la distribución de una muestra de 140 sujetos, clasificados según los niveles del TDAH. De los casos analizados, 138 se consideraron válidos, mientras que 2 se registraron como incompletos.

Del total de casos válidos, la mayoría de los participantes—específicamente 101 individuos, lo que equivale al 72,1 %— se ubicaron en la categoría “Sin TDAH”, correspondiente a un rango de puntuación de cero a cuarenta y dos puntos. En cuanto a los casos que presentaron indicios del trastorno, 12 participantes (8,6 %) fueron clasificados con TDAH leve al obtener puntuaciones entre 43 y 52 puntos. Asimismo, 21 sujetos (15,0 %) alcanzaron niveles compatibles con un TDAH moderado, situándose entre 53 y 72 puntos. Finalmente, solo 4 personas (2,9 %) obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 73 puntos, lo que indica un TDAH alto.

Esta forma de clasificar la severidad del TDAH se alinea con los criterios propuestos en la literatura especializada, donde se reconoce que el trastorno puede manifestarse con distintos grados de intensidad, lo cual tiene implicaciones clínicas y funcionales importantes (American Psychiatric Association, 2013). Autores como Barkley (2015) han señalado que el TDAH no es una condición homogénea, sino que presenta variabilidad tanto en su expresión sintomática como en el grado de afectación que provoca en las distintas esferas del funcionamiento individual. Además, estudios recientes han resaltado la importancia de una clasificación

dimensional para una mejor comprensión del trastorno y para el diseño de intervenciones diferenciadas (Faraone et al., 2021).

Los resultados evidencian que la mayor parte de la muestra no presenta síntomas clínicamente significativos de TDAH, mientras que un porcentaje menor se distribuye entre los distintos niveles de severidad del trastorno, lo cual concuerda con investigaciones previas que estiman una prevalencia moderada de TDAH en poblaciones generales (Thomas et al., 2015).

Tabla 9.

Niveles de presencia de TDAH mediante la prueba WURS

	Frecuencia	Porcentaje
Sin TDAH. 0 a 42 puntos	101	72.1
TDAH leve. 43 a 52 puntos	12	8.6
TDAH moderado. 53 a 72 puntos	21	15.0
TDAH alto. 73 y más puntos	4	2.9
Total	138	98.6
Perdidos sistema	2	1.4
Total	140	100.0

En la tabla 10 se presenta la distribución de los niveles de inteligencia emocional, según los puntajes obtenidos en el instrumento TMSS. La mayoría de los participantes (65,7 %, equivalente a 92 individuos) se ubicó en el rango normal de inteligencia emocional, con puntajes entre 54 y 87. Un 18,6 % (26 estudiantes) presentó un nivel elevado, con puntajes entre 88 y 105. Por otro lado, el 11,4 % (16 estudiantes) presentó un nivel bajo de inteligencia emocional, con puntajes entre 37 y 53, mientras que un 3,6 % (5 estudiantes) se situó en un nivel muy bajo, con puntajes menores a 36. Finalmente, solo un individuo (0,7 %) alcanzó un nivel muy elevado, con puntajes superiores a 106.

Estos resultados indican que más del 80% de los estudiantes evaluados tienen un nivel adecuado o superior de inteligencia emocional, lo cual se considera un hallazgo positivo, ya que la

inteligencia emocional está relacionada con una eficiente aplicación de las habilidades sociales, manejo del estrés en diversas situaciones y en el desempeño académico.

Pese a ello, un 15 % de los estudiantes se encuentran en niveles bajos o muy bajos, lo que representa un grupo vulnerable con posibles dificultades en el reconocimiento, la comprensión y la regulación de sus emociones. Esto resulta particularmente relevante en la etapa de educación media superior, ya que es un período en el que las y los jóvenes enfrentan retos personales, sociales y académicos que requieren distintas habilidades de manejo emocional.

En contextos escolares, se ha observado que los y las estudiantes con bajos niveles de inteligencia emocional tienden a presentar problemas de conducta más graves, dificultades de atención y menor rendimiento escolar (Pineda et al., 2012). La carencia de competencias para identificar, interpretar y regular las propias emociones, así como las de los demás, puede comprometer significativamente la capacidad del estudiante para responder adecuadamente a su contexto escolar. Las limitaciones en la autorregulación emocional pueden manifestarse en comportamientos impulsivos, mientras que una comprensión emocional deficiente podría dificultar la construcción de vínculos positivos con sus padres, profesores y pares, alterando la dinámica relacional en el aula. De igual manera, las dificultades en la atención podrían estar asociadas a un manejo disfuncional del estrés o la ansiedad en el ámbito académico, dimensiones que la inteligencia emocional contribuye a regular eficazmente (Fernández-Berrocal & Extremera, 2016).

Tabla 10.

Niveles de inteligencia emocional mediante la prueba TMSS

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja inteligencia emocional. 36 a menos puntos.	5	3.6
Baja inteligencia emocional. 37 a 53 puntos.	16	11.4
Normal. 54 a 87 puntos.	92	65.7
Elevada inteligencia emocional. 88 a 105 puntos.	26	18.6
Muy elevada inteligencia emocional. 106 y más puntos.	1	.7
Total	140	100.0

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como finalidad analizar los correlatos psicosociales del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en estudiantes de preparatoria de Tuxtla Gutiérrez, considerando variables como la relación con los padres, la impulsividad, la ideación suicida y la inteligencia emocional. A lo largo del trabajo quedó manifiesto que el TDAH no puede verse únicamente como una etiqueta diagnóstica de carácter clínico, sino también como una condición que se entrelaza con lo que ocurre en la familia, en la escuela y en la vida social de los adolescentes. A partir de los resultados, se pueden establecer las siguientes conclusiones.

En conjunto, los hallazgos evidencian la relevancia del entorno social, familiar y emocional de los y las adolescentes. La calidad de la relación con los padres, el manejo de la impulsividad, la presencia de ideación suicida y las limitaciones en la inteligencia emocional no actúan de manera aislada, como podría pensarse, sino que están estrechamente relacionadas entre sí.

Al realizar el contraste de variables, se observó que la relación con los padres influye significativamente en cómo los y las adolescentes viven sus vínculos familiares. Cuando existen comunicación, acompañamiento y cercanía, los síntomas resultan más manejables, especialmente en el caso de los hombres, según los resultados. En contraposición, cuando esta dinámica familiar se debilita, los jóvenes tienden a mostrar conductas más impulsivas, a experimentar dificultades en la gestión emocional y a adoptar conductas de riesgo, rasgos que se observaron con mayor marcado en las mujeres participantes. Estos resultados invitan a reflexionar sobre cómo los roles de género influyen en la forma en que hombres y mujeres conviven en su entorno, así como en las repercusiones que esto genera en la forma de gestionar su conducta y sus emociones.

Por otro lado, se identificó que la impulsividad constituye un rasgo muy presente, con impacto no solo en el rendimiento escolar, sino también en la manera en que los jóvenes se relacionan con los demás, lo que dificulta la construcción y el mantenimiento de vínculos estables, así como la resolución efectiva de conflictos. La detección de ideación suicida en las y los estudiantes se

reconoce como un signo de gran vulnerabilidad, lo que enfatiza la importancia de implementar acciones preventivas en las preparatorias y de brindar un acompañamiento emocional adecuado. Respecto a la inteligencia emocional, muchos de los participantes presentaron limitaciones para reconocer y regular sus emociones, lo que los lleva con frecuencia a reaccionar de manera impulsiva o a experimentar frustración con facilidad. Esto señala la necesidad de desarrollar estrategias que fortalezcan la inteligencia emocional en estudiantes de educación media superior, como recurso protector de su propio proceso emocional y en cómo esto se relaciona con sus vínculos sociales, incluyendo los familiares.

Los resultados confirman que, al abordar estas variables, debe realizarse un trabajo articulado entre la familia, la escuela y los servicios de salud, que permita construir estrategias más humanas y sensibles, dirigidas a mejorar la calidad de vida de los adolescentes que muestran señales de poca funcionalidad en la expresión emocional y en las habilidades interactivas con sus padres.

Por supuesto, este trabajo también tiene limitaciones, ya que se enfocó en un contexto geográfico particular y contó con una muestra limitada, por lo que los resultados no pueden generalizarse sin precaución. Sin embargo, lo aquí encontrado sirve como punto de partida para que futuras investigaciones amplíen la mirada, incluyan más variables y busquen enfoques más completos que permitan comprender el fenómeno en toda su complejidad.

REFERENCIAS

- Aguilar, F., & Jiménez, M. (2021). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: revisión actualizada. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 8(1), 39–49. <https://dx.doi.org/10.35366/101204>
- Almeida Montes, L. G., Ricardo-Garcell, J., Prado Alcántara, H., & Martínez García, R. B. (2009). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. Primera parte. *Salud Mental*, 32(6), 503–512. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252009000600004
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care* (2nd ed.). World Health Organization.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (4.ª ed.)*. Guilford Press.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan & H. J. Steadman (eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 61–79). University of Chicago Press.
- Burleson Daviss, W., & Diler, R. S. (2014). Suicidal behaviors in adolescents with ADHD: Associations with depressive and other comorbidity, parent–child conflict, trauma exposure, and impairment. *Journal of Attention Disorders*, 18(8), 680–690. <https://doi.org>
- Burleson, M. H., & Diler, R. S. (2014). *Suicide risk in adolescents with ADHD: A review of the literature*. *Journal of Attention Disorders*, 18(6), 467–475. <https://doi.org/10.1177/1087054713484878>
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D’Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., Rück, C., & Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 878–885. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12164>

- Escofet Soteras, C., Fernández Fernández, M. A., Torrents Fenoy, C., Martín del Valle, F., Ros Cervera, G., & Machado Casas, I. S. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría*, 85-92. <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-diagnosticos-y-terapeuticos-neurologia-pediatrica>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J. S., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(15020). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljouidi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- García Lara, G. A., Hernández Solís, S., Ocaña Zúñiga, J., & Cruz Pérez, Ó. (2024). Propiedades psicométricas del WURS-25 en adolescentes escolares mexicanos. *Psico Espacios*, 18(32), 49–56. <https://doi.org/10.25057/21452776.1526>
- García Lara, G. A., Ocaña Zúñiga, J., Cruz Pérez, O., Hernández Solís, S., & Pérez Jiménez, C. E. (2019). Propiedades psicométricas de instrumentos de evaluación de aspectos psicosociales en adolescentes de México. *Revista CES Psicología*, 13(1), 70–88. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.1.5>
- Gastaminza Pérez, X., & Vacas Moreira, R. (1995). Psicopatología del niño y del adolescente. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, (4), 285. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/720>
- Kerlinger, F. N. (1979). *Behavioral research: A conceptual approach*. Holt, Rinehart & Winston.
- Manrique Mattos, K. (2016). *Suicidio en niños y adolescentes*. https://www.academia.edu/29843464/SUICIDIO_EN_NI%C3%91OS_Y_ADOLES_CENTES

- Miranda, A., Roselló, B., & Soriano, M. (2016). El impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el rendimiento académico de los adolescentes. *Revista de Psicología Educativa*, 32(2), 45–58. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n2.v1.1972>
- Ocaña Zúñiga, J., García Lara, G. A., & Cruz Pérez, O. (2019). Propiedades psicométricas del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) en adolescentes de Chiapas, México. *European Scientific Journal*, 15(16), 280–294. <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n16p280>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (11a ed.; CIE-11)*. Organización Mundial de la Salud.
- Restrepo-Bernal, D., Bonfante-Olivares, L., Torres de Galvis, Y., Berbesi-Fernández, D., & Sierra-Hincapié, G. (2014). Comportamiento suicida de adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Medellín (Colombia), 2011-2012. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.08.001>
- Sánchez, F. (2006). Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: intervenciones terapéuticas. *Bibliopsiquis*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/suicidio-e-intento-de-suicidio-en-ninos-y-adolescentes-intervenciones-terapeuticas>
- Sánchez-Cabada, M. E., Elizalde-Monjardín, M., & Salcido-Cibrián, L. J. (2022). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49–56. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2710>
- Sibley, M. H., Pelham, W. E. Jr., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Garefino, A. C., Kuriyan, A. B., Babinski, D. E., & Karch, K. M. (2012). Diagnosing ADHD in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 139–150. <https://doi.org/10.1037/a0026577>
- Soutullo Esperón, C. (2011). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad)*. Editorial Médica Panamericana
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2011). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111(1), 179–185. <https://doi.org/10.1542/peds.111.1.179>
- Young S., Fitzgerald M., Postma M. (2013), TDAH: Hacer visible lo invisible. Confederación Salud Mental España, 7-8. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/tdah-hacer-visible-lo-invisible/>.



ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Nombre: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Sexo: Hombre () Mujer ()

Escuela de procedencia: _____

PADRE	Edad:	Religión:	Ocupación:
Último grado estudiado (marca con X)	() No sabe leer ni escribir	() Sólo sabe leer o escribir	() Profesional
		() Primaria	() Secundaria
			() Preparatoria

MADRE	Edad:	Religión:	Ocupación:
Último grado estudiado (marca con X)	() No sabe leer ni escribir	() Sólo sabe leer o escribir	() Profesional
		() Primaria	() Secundaria
			() Preparatoria

A continuación, te presentamos una serie de preguntas sobre diferentes aspectos de tu persona, por favor contesta lo más sinceramente posible a estas.

EImp (Climent, Aragón y Plutckick, 1989)

Validada por: González-Forteza (1992, 1996, 1997).

Contesta las siguientes preguntas para indicar qué tan seguido:

No.	Preguntas	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Haces cosas arriesgadas, sólo porque son emocionantes				
2	Haces cosas impulsivamente				
3	Corres riesgos (peligros)				
4	Haces lo que te gusta, sin pensar en las consecuencias				
5	Te desesperas fácilmente con la gente				

ESCALA IS (Roberts, 1988).

Validada y revalidada por: González-Forteza (1992, 1995, 1996).

Ahora nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante la semana pasada. Por favor, lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) en que te sentiste así la semana pasada

Durante la semana pasada, ¿cuántos días te sentiste así?

No.	Pregunta	Número de días			
		0	1-2	3-4	5-7
1	No podía "seguir adelante"				
2	Tenía pensamientos sobre la muerte				
3	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)				
4	Pensé en matarme				

ESCALA DE RELACIÓN CON PAPÁ

Tomado de González Forteza

Ahora contesta las siguientes preguntas para indicar la relación que tu papá (o sustituto) tiene contigo:

No.	Pregunta	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	¿Te demuestra afecto?				
2	¿Realiza alguna actividad agradable contigo?				
3	¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos(as) juegos? etc.?				
4	¿Habla contigo de tus problemas?				
5	¿Se muestra interesado en ayudarte?				
6	¿Muestra que se preocupa por ti?				
7	¿Trata de darte lo que necesitas?				
8	¿Es justo contigo?				
9	¿Te expresa el amor que siente por ti?				
10	¿Sabe a dónde vas cuando sales?				
11	¿Sabe con quién estás cuando sales?				
12	¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?				
13	¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?				
14	¿Habla contigo sobre tus dudas sexuales?				
15	¿Te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?				

ESCALA DE RELACIÓN CON MAMÁ

Tomado de González Forteza

Ahora contesta las siguientes preguntas para indicar la relación que tu mamá (o sustituta) tiene contigo:

No.	Pregunta	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	¿Te demuestra afecto?				
2	¿Realiza alguna actividad agradable contigo?				
3	¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos(as) juegos, etc.?				
4	¿Habla contigo de tus problemas?				
5	¿Se muestra interesada en ayudarte?				
6	¿Muestra que se preocupa por ti?				
7	¿Trata de darte lo que necesitas?				
8	¿Es justa contigo?				
9	¿Te expresa el amor que siente por ti?				
10	¿Sabe a dónde vas cuando sales?				
11	¿Sabe con quién estás cuando sales?				
12	¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?				
13	¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?				
14	¿Habla contigo sobre tus dudas sexuales?				
15	¿Te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?				

TMMS-24

Instrucciones: A continuación, encontrarás algunas afirmaciones sobre tus emociones y sentimientos. Lee atentamente cada frase e indica el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señala con una “X” la respuesta más cercana a tus preferencias.

No.	Pregunta	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Presto mucha atención a los sentimientos.					
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.					
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis sentimientos.					
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.					
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.					
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.					
7	A menudo pienso en mis sentimientos.					
8	Presto mucha atención a cómo me siento.					
9	Tengo claros mis sentimientos.					
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.					
11	Casi siempre sé cómo me siento.					
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.					
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
14	Siempre puedo decir cómo me siento.					
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.					
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.					
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.					
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.					

20	Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.					
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.					
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.					
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.					
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.					

WENDER- UTAH RATING SCALE

Tomado de: M. F. Ward, P. H. Wender y F. W. Reimber, 1993

Instrucciones: Responde a cada cuestión con una (x), valorando el grado en que tú presentabas o presentas cada una de las conductas descritas.

No.	De pequeño (o ahora) era, o tenía o estaba	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Mucho
1	Sentimientos de culpa, remordimientos					
2	Cambios de humor frecuentes: alegre, triste...					
3	Enfadado(a)					
4	Perdía el control de mí mismo(a)					
5	Ansioso(a), preocupado(a)					
6	Me dejaba llevar demasiado por los demás					
7	Dificultad para ponerme en el lugar de los otros					
8	Irritable					
9	Tendencia a ser inmaduro					
10	Molestaba a otros niños					
11	Me metía en peleas					
12	Problemas con las autoridades, en la escuela, reportes al maestro o al director					
13	Desobediente con mis padres, rebelde, contestón					
14	Imprudente, temerario, hacía travesuras					
15	Tendencia a ser o actuar irracionalmente, sin razonar las cosas					

16	Impulsivo, hacía las cosas sin pensar					
17	Activo(a), no paraba nunca					
18	Nervioso(a), inquieto					
19	Mucho temperamento, saltaba con facilidad					
20	Explosiones de genio, rabieta					
21	Testarudo, necio					
22	Problemas de concentración, me distraía con facilidad					
23	Descuidado(a), me organizaba mal					
24	Problemas para terminar las cosas que empezaba					
25	Poco atento “en las nubes”					

AUDIT

Instrucciones: Tómate tu tiempo para pensar en tu comportamiento en los últimos 12 meses antes de responder a cada pregunta. Responde con sinceridad, ya que el objetivo es tu bienestar y no el juicio.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Cuál fue la edad en la que iniciaste el consumo de alcohol?	9-11	12-13	14-15	16-17	18-19
2. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	De 4 o más veces a la semana
3. ¿Cuánto consumo de bebidas alcohólicas sueles realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
4. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
10. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque en el curso del año usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

11. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	<i>No</i>		<i>Sí, pero no en el curso del último año</i>		<i>Sí, el último año</i>
---	-----------	--	---	--	--------------------------

1. Si una amiga o amigo me ofreciera un cigarro yo aceptaría:			
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente si	Definitivamente si
2. Cuando sea un poco mayor, voy a fumar:			
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente si	Definitivamente si
3. Si estuviera solo(a) en la casa y me encontrara un cigarro, yo fumaría:			
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente si	Definitivamente si
4. Dentro de cinco años, yo seré fumador(a):			
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente si	Definitivamente si
5. Fumar es muy rico:			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6. Cuando estoy con amigas o amigos que fuman, me dan ganas de fumar:			
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente si	Definitivamente si
7. Nunca voy a fumar:			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
8. Durante los próximos 12 meses (un año) fumaré por lo menos un cigarro:			
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
9. Está bien fumar:			
Nunca	Solo después de los 20 años	Solo después de los 15 años	A cualquier edad
10. Cuando probé el cigarro me gustó:			
Nada	Algo	Mucho	Muchísimo
11. Quisiera volver a tener esa experiencia:			
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente si	Definitivamente si
12. Yo he probado el cigarro:			
Nunca	Una Vez	Algunas veces	Muchas veces
13. Me sentí contento(a) conmigo mismo(a):			
Nada	Algo	Mucho	Muchísimo
14. Fumo o tengo ganas de fumar, aunque esté enfermo(a):			
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
15. Fumo o tengo ganas de fumar inmediatamente cuando me levanto en la mañana:			
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
16. Me gusta fumar:			
Nada	Algo	Mucho	Muchísimo

17. Actualmente yo fumo:			
Algunos cigarros al día	Algunos cigarros a la semana	Solo de vez en cuando	No fumo
18. Los días que fumé, fumé:			
Menos de un cigarro al día	Un cigarro al día	De 2 a 5 cigarros al día	De 6 a 10 cigarros al día
19. Gasté en cigarros durante el mes:			
Nada, porque no compro mis cigarros	Menos de 5 pesos	De 11 a 50 pesos	Mas de 50 pesos