



Trastorno de déficit atencional e hiperactividad: implicaciones para el género femenino en relación con sospecha diagnóstica, diagnóstico terapéutica

Attention deficit hyperactivity disorder: implications for the female gender in relation to diagnostic suspicion, diagnosis and therapy



¹Dra. Fiorella Otoya Chaves

Investigadora independiente, Heredia, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-2088-1154>

²Dra. María José González Aguilar

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0003-1710-7173>

³Dra. Alejandra Sequeira Araya

Investigadora independiente, Heredia, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0002-3614-0588>

Recibido
13/06/2022

Corregido
26/06/2022

Aceptado
15/07/2022

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una alteración del comportamiento con bases en el neurodesarrollo. Es prevalente durante la niñez, sin limitarse a esta. Debido a sus comorbilidades y riesgos asociados, esta afección representa un problema de salud pública. Cuando se trata de la sospecha, diagnóstico y terapéutica del trastorno de déficit atencional e hiperactividad, múltiples reportes se han referido a las diferencias existentes en materia de género. La mayor prevalencia en hombres y sus mayores registros de tratamiento han elevado la sospecha de una disparidad que puede llegar a impactar negativamente a mujeres que padecen este trastorno. Se mencionan como principales obstáculos asociados al género femenino, la falta de sospecha, diagnósticos tardíos o ausentes y tratamientos no óptimos. La importancia de reconocer estas diferencias radica no solo en esclarecer la teoría respecto a la patología, sino en brindar a las y los individuos que padecen este trastorno atención médica y seguimiento de calidad.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, identidad de género, femenino, rol de género.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder is a behavioral alteration with bases on neurodevelopment, it is prevalent during childhood, without being limited to it. Due to its



comorbidities and associated risks, this condition represents a public health issue. When it comes to suspicion, diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder, numerous reports have described the existing differences in terms of gender. The higher prevalence in men and their higher records of treatment, have raised the suspicion of a disparity that can have a negative impact on women suffering from this disorder. The main obstacles associated with the female gender are mentioned to be the lack of suspicion, late or absent diagnoses and non-optimal treatments. The importance of recognizing these differences lies not only in clarifying the theory regarding the pathology, but also in providing quality medical care and follow-up to the individuals who suffer from this disorder.

KEY WORDS: Attention deficit disorder with hyperactivity, gender identity, female, gender role.

¹ Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED16804](#). Correo: fiorella.otoya.chaves@gmail.com

² Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED16509](#). Correo: maria.jose.gonzalez.ag@gmail.com

³ Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED17517](#). Correo: alejandra.sequeira@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una patología con importantes bases en el neurodesarrollo. Puede afectar durante cualquier etapa de la vida, pero principalmente durante la niñez y adolescencia, observándose una disminución de sintomatología en adultos, al llevarse a cabo procesos de maduración neuronal. Sus manifestaciones típicas han permitido clasificar los subtipos de este trastorno en el caracterizado por inatención y el caracterizado por impulsividad o hiperactividad (1-4).

Reportes de hace algunas décadas se refieren a la brecha existente entre el género femenino y masculino en relación con el TDAH. Se alertaba de la minoría que representaban las mujeres al tratarse de este trastorno, y cómo esto podría deberse a diferencias en la manifestación de síntomas, que las alejaría de ser referidas para valoración. Esto ha dado como resultado una percepción general de que esta patología está principalmente asociada al género masculino, concepto que aún prevalece. Por lo tanto, el conocimiento de este trastorno proviene de estudios con muestras donde la mayoría de los participantes son niños u hombres (2,5).

La tasa de diagnóstico, comparando entre hombres y mujeres, oscila en un rango entre 2:1 hasta 10:1. Además, en múltiples estudios se menciona el rol tan importante que representan los estereotipos de género que están bien establecidos en la sociedad actual y que pueden incidir en la sospecha clínica, el diagnóstico y el tratamiento de esta patología. De acuerdo con lo anterior, se reporta que tanto padres como educadores logran identificar síntomas de TDAH en niños de forma más efectiva que en niñas. Además, existe evidencia que indica que las mujeres tienen más probabilidades de no recibir tratamiento o que este sea subóptimo (6-9).

Al desconocerse aspectos que impactan en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de una patología, se incide directamente en la calidad de atención médica que se le puede brindar a quien la desarrolle. El impacto en las esferas sociales, académicas, económicas, así como múltiples comorbilidades psiquiátricas, entre ellas depresión, ansiedad, bipolaridad y desórdenes de la personalidad, pueden resultar de un mal abordaje inicial y seguimiento inapropiado (9,10).

De la misma manera en que son contempladas las diferencias entre adultos y

niños al momento de realizar un diagnóstico de TDAH, deben identificarse las discrepancias entre el género femenino y masculino. Lo anterior no implica, necesariamente, la separación de la patología en dos entidades distintas. Por esto, el objetivo del presente artículo sería conocer las variables que, en la actualidad, influyen en el género femenino al momento de abordar el diagnóstico de TDAH, desde la sospecha clínica, hasta su tratamiento; reconociendo que esto ha aportado a la disparidad entre géneros reportada en el TDAH. Esto permitiría enriquecer el conocimiento de esta patología psiquiátrica, lo cual es vital para brindar una atención médica de calidad (7,8,11).

METODO

Se realizó una búsqueda tanto en bases de datos libres, como PubMed y ResearchGate; así como en el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica (UCR) (Clinical Key, UpToDate, ScienceDirect, MedLine). Se seleccionaron 22 fuentes bibliográficas asociando los términos: "déficit atencional", "hiperactividad", "género" y "femenino".

Los criterios de inclusión fueron: idioma español e inglés, énfasis en artículos de los últimos 5 años, y documentos con información relevante para la revisión con antigüedad no mayor a 10 años.

Se excluyeron aquellos documentos en idiomas diferentes al inglés o español, con más de 10 años de antigüedad y los que no contenían información relevante asociada al objetivo de la revisión.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que un 5% de los niños y niñas a nivel mundial reciben el diagnóstico de TDAH, siendo más diagnosticado, y por ello

más representado en estudios, el género masculino durante la niñez. Actualmente, la prevalencia según el género varía, con reportes que indican que el diagnóstico se presenta 2, 2,5 y hasta 9 veces más en los niños. La razón de estas diferencias es, hasta el momento, desconocida (4,10,12,13).

Además de las diferencias en prevalencia, se menciona que, una vez realizado el diagnóstico de TDAH, las mujeres están siendo diagnosticadas, principalmente con el subtipo caracterizado por la inatención, y los hombres con el subtipo relacionado a la impulsividad e hiperactividad. Esta clasificación se basa en las manifestaciones clínicas de la patología, es decir, la distribución de los síntomas también se podría ver modificada de acuerdo con el género (2,3,9,11,14).

Con el pasar de los años, y en relación con el neurodesarrollo de las personas y la evolución de sus habilidades sociales, los síntomas suelen disminuir. Es así como los datos estadísticos respecto a adultos son escasos, y más aún, aquellos diferenciados por género. En su estudio, Martin et al. (14) concluyen que la prevalencia TDAH persistente y TDAH sintomático podría acercarse a un 2,58% y un 6,76%, respectivamente. Además, resulta importante destacar que la brecha de género en la tasa diagnóstica impresiona ser menor en adultos, acercándose a una relación de 1:1 (3,14).

Actualmente, debido a la limitada información que se encuentra disponible y la calidad de los estudios, resulta apresurado concluir que sí existe una franca diferencia demostrable y reproducible en materia de género. Así como sería inapropiado asegurar que estas diferencias se deben, únicamente, al curso patológico normal del

trastorno, justificando la prevalencia en el género masculino (14,15).

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

El estigma que genera la patología como tal, además de la creencia tradicional, donde el papel de las mujeres se define en gran parte por sus habilidades sociales y cohesión, ha podido impactar de forma particular el diagnóstico de TDAH en niñas y mujeres. Se cree que estos prejuicios pueden ser los que impulsen el desarrollo de mejores mecanismos compensatorios en niñas, con los cuales logran enmascarar sus síntomas y que estos pasen desapercibidos. Es por estos hallazgos que se ha estudiado la importancia de los roles de género, y cómo estos pueden afectar el diagnóstico de la patología psiquiátrica en general. Incluso, pueden ser predictores del estado de salud de los individuos, y no limitarse meramente al género biológico, femenino o masculino (15,16).

Según Lee (10), las creencias estereotípicas respecto al género pueden implicar un impacto importante en la forma en que los adultos interactúan con las niñas y niños. Reforzando esto, otros autores también indican que esto puede modificar cómo se perciben ciertos comportamientos, y moldea las expectativas que se tienen según sea un niño o una niña con quien se está compartiendo. Por ejemplo, lo que en un niño se describe como "inquietud", en una niña puede ser más probable que se interprete como "ansiedad" (10,15-18).

Lo descrito anteriormente se ha visto respaldado de forma consistente en otros reportes, donde se ha demostrado que incluso los motivos de consulta o referencia a servicios de salud son distintos en el género femenino y masculino. Siendo así que una niña o mujer puede que experimente o describa sus síntomas como

"emocionales" o "afectivos", o sean referidas a descartar diagnósticos diferenciales del TDAH, por ejemplo, la ansiedad o depresión (15-17).

En su estudio, Juster et al. (16) evalúan a 204 personas, 60 hombres y 144 mujeres, analizando pruebas biológicas para estudios hormonales, y cuestionarios asociados a roles de género. Se obtuvieron cuatro subcategorías asociadas a género más allá de lo biológico, las cuales fueron, masculino, femenino, andrógino e indiferenciado; siendo estos últimos cuando las características socialmente reconocidas como femeninas y masculinas, clasificaban ambas por encima de la media, en el caso de androginismo, o por debajo de la media, en el caso de la indiferenciación. En sus conclusiones, mencionan que los rasgos más "femeninos" se asocian en mayor medida a síntomas de ansiedad y depresión, al compararse con los rasgos más "masculinos". Este estudio, aunque debe interpretarse con discreción al ser una investigación con una muestra pequeña, respalda hallazgos mencionados en otras investigaciones donde se mencionan los síntomas de depresión y ansiedad, como síntomas prevalentes en niñas y mujeres con TDAH, y cómo estos síntomas han implicado diagnósticos erróneos. Si bien no es parte del objetivo de esta revisión, cabe destacar que los estereotipos de género parecen impactar no solo en el aspecto biológico, sino que podrían involucrar al género como construcción social, como se observó en este estudio, donde los individuos categorizados como andróginos, demostraron mejor autoestima, mejor estado general y menos síntomas depresivos, en contraste con aquellos indiferenciados (16).

Se podría entonces inferir que los estereotipos o roles de género, siendo

construcciones sociales dinámicas en el tiempo, aún prevalecen, y pueden estar representando un papel importante incluso en el ámbito de la salud como concepto integral. En este caso, afectan la forma en la que se interpretan ciertos síntomas según el género de la persona que los manifiesta, e impactan en el diagnóstico y seguimiento de TDAH en los individuos (16,18).

SOSPECHA DIAGNÓSTICA Y DIAGNÓSTICO

Kok et al. (19) se refieren al subdiagnóstico de este trastorno en el género femenino como una realidad, que se ve reforzada por la falta de estudios realizados en niñas y mujeres. Mencionan que la forma en la que las niñas y mujeres presentan sus síntomas puede ser la razón de esta brecha, que las aleja de cumplir con los criterios que se han establecido para el diagnóstico de TDAH según el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM, por sus siglas en inglés). La prevalencia de síntomas emocionales y afectivos, comunes en este grupo, puede dificultar el diagnóstico certero. Actualmente, se estima que entre la mitad y tres cuartos de las mujeres se encuentran sin diagnóstico (8,12,19).

Se menciona que, respecto a los criterios diagnósticos del DSM, se han establecido críticas, en relación con qué tan apropiados son para ser utilizados en mujeres. Principalmente, porque se ha visto que el género femenino muestra, como grupo, menores niveles de falta de atención, así como de hiperactividad o impulsividad. Lo anterior no puede descartarse que sea secundario al impacto de lo discutido respecto a roles de género, o la utilización de mecanismos compensatorios. Siendo así que las mujeres, para elevar sospechas, deben demostrar una sintomatología más

severa o mayor disfunción durante su niñez o adolescencia, al compararse con otras mujeres sanas. Esta situación puede aumentar el riesgo de múltiples comorbilidades, así como propiciar un curso no favorable de la patología (2,8,12,15,20). Por las razones previamente expuestas, algunos autores han mencionado la necesidad de reevaluar los criterios diagnósticos establecidos en el DSM vigente, y considerar el papel de los síntomas emocionales y afectivos, siendo estos comunes en el TDAH, y más aún en niñas y mujeres con este diagnóstico (8,15,17).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Las mujeres con menor disfunción, pero que de igual forma manifiestan síntomas de TDAH, se ven expuestas a recibir diagnósticos incorrectos. Por ello, resulta importante destacar algunos de estos diferenciales que se adjudican de manera errónea, y las razones que median esta situación. Los principales impresionan ser la depresión y la ansiedad, en ocasiones indicando para estas una prevalencia hasta 2 veces mayor en mujeres que en hombres. Se incluyen también la bipolaridad, esquizofrenia, personalidad antisocial, abuso de sustancias y trastornos en el estado de ánimo, entre otros (3,14,17-19). Ciertas manifestaciones y características de estos diagnósticos diferenciales pueden observarse en mayor o menor medida en pacientes con TDAH. Esto sin dejar de lado la posibilidad de una coexistencia de múltiples patologías. Ambas situaciones descritas representan un reto para el diagnóstico certero. Por ejemplo, cuando las mujeres presentan síntomas asociados a ansiedad o depresión, se ha visto que existe una mayor facilidad para familiares, maestros o profesionales de la salud, de

interpretarlos como patologías aisladas. Con esto, se puede ignorar la posibilidad diagnóstica de TDAH como diagnóstico único, o TDAH como patología coexistente con los diagnósticos mencionados (12,17,19).

Es así como los síntomas emocionales y afectivos en ocasiones pueden opacar los síntomas que se consideran característicos en el TDAH, y esto priva de un diagnóstico y seguimiento adecuados. Como se mencionó previamente, aunque se sabe que existe un componente importante relacionado a síntomas afectivos y emocionales, estos no son típicamente considerados un estándar en el trastorno (8,13,17).

TRATAMIENTO

La base del tratamiento del TDAH es la farmacoterapia. De forma general, se cuenta con dos grupos de medicamentos disponibles para el manejo de esta patología, los productos estimulantes y los no estimulantes. La mayoría de los pacientes están siendo tratados con medicamentos estimulantes. Como se mencionó previamente, aunado al subdiagnóstico o diagnóstico tardío, se ha evidenciado un problema respecto al tratamiento óptimo. Más allá del obvio obstáculo en la terapéutica que representan el fallo o retraso en el diagnóstico, se comenta también que existe mayor probabilidad de que las niñas y mujeres ya diagnosticadas no reciban un abordaje terapéutico adecuado, a menos de que estas presenten síntomas considerados severos y que se ajusten más a los criterios diagnósticos del DSM vigente (2,5,11,13,19).

Se ha reportado una preferencia por el uso de terapia con medicamentos no estimulantes en niñas y mujeres, contrario a las preferencias ya mencionadas a nivel

general a favor los estimulantes. Esto parece justificarse debido a que, aunque no se cuenta con información definitiva respecto a diferencias notables en la respuesta al tratamiento o sus efectos, parece ser que las mujeres han asociado mayores efectos adversos con el uso de productos estimulantes. Hinshaw et al., en su revisión, mencionan que, indistintamente del tipo de fármaco, las niñas y mujeres tienden a recibir menor medicación (15,19,21).

Una revisión sistemática de literatura, seleccionando 21 estudios, siete relacionados a la prescripción de medicamentos y 14 asociados a la efectividad y eficacia de los tratamientos estimulantes y no estimulantes en el TDAH, indica que se logra concluir que niñas y mujeres menores de 18 años recibieron menos tratamiento farmacológico que los niños y adolescentes masculinos, en la totalidad de los estudios. En 13 de 14 estudios asociados a efectividad y eficacia, se observó que las mujeres adultas recibieron menos tratamiento farmacológico que los hombres adultos. Se encontró también en uno de los estudios, que las niñas tenían mayor probabilidad de no recibir tratamiento farmacológico del todo, que los niños. Estos datos deben ser interpretados con cautela, puesto que no existe aún consenso respecto a las diferencias expuestas; sin embargo, se suman a los datos que siguen en aumento, apoyando la teoría de disparidad entre géneros (19).

Dos estudios en Murcia concluyen que el tratamiento farmacológico, específicamente con metilfenidato, es más frecuente en niños de 2 a 4 veces; asimismo que, de forma general, sin especificar fármaco, existe un mayor número de niños tratados respecto a niñas. Reportan que esto se puede deber a

diversos factores que generan heterogeneidad respecto a percepción y sensibilidad en padres y profesionales, en relación con los problemas o comorbilidades asociadas al TDAH, evidenciándose nuevamente el papel de las expectativas que se tienen respecto al comportamiento, según se trate de un niño o una niña (9).

Además de la farmacoterapia, se cuenta con la terapia enfocada en habilidades sociales. Esta se ha propuesto como una herramienta de gran utilidad en el tratamiento del TDAH, en especial en niñas y mujeres, al considerarse que las pacientes con este diagnóstico presentan déficits importantes en el aspecto social. Sin embargo, esta información puede implicar fundamentos basados en los roles de género, como se describió previamente, donde se identifican las habilidades sociales, como un área de gran importancia para el género femenino, por lo que se podría cuestionar si se debe contemplar esta terapia como particularmente beneficiosa para las niñas y mujeres, o si podría implicar un alejamiento del tratamiento farmacológico (13,19,22).

Tanto la farmacología como la terapia conductual pueden ayudar a mejorar la sintomatología presentada por quien padece de este trastorno, pero no siempre se podrá lograr la normalización del comportamiento. Sin embargo, reconociendo las comorbilidades asociadas y el impacto que el TDAH puede implicar en la esfera social de las personas que lo padecen, el beneficio de estas terapias, aunque no logren la normalización deseada, es claro (19,22).

CONCLUSIONES

La poca representación de niñas y mujeres puede deberse a múltiples factores, entre ellos, la creencia por parte de científicos y otros profesionales de que esta patología es rara en niñas, y más aún mujeres adultas; la

prevalencia de síntomas de inatención en mujeres; menor incidencia de comportamiento disruptivo en niñas; los sesgos presentes al momento diagnóstico, siendo ciertos síntomas fácilmente asociados a TDAH en niños y no en niñas; la baja sospecha diagnóstica por parte de profesores y familiares al estar frente a una niña o mujer con TDAH; y la utilización de mecanismos compensatorios por parte de las niñas para lograr enmascarar sus síntomas.

Pese a esto, actualmente, existe información contradictoria respecto a las diferencias de género en el diagnóstico y manejo del TDAH. La falta de consenso obliga a continuar con los estudios, pues, como se describió previamente, las consecuencias de un diagnóstico tardío o nulo, así como un mal tratamiento de la patología una vez diagnosticada, implican consecuencias importantes a nivel de salud pública, así como un impacto económico en la sociedad y para los individuos y sus familias, asociado a las comorbilidades que son consecuencia del TDAH.

REFERENCIAS

1. Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 12ª ed. Baltimore, MD, Estados Unidos de América: Wolters Kluwer Health; 2021.
2. Nussbaum NL. ADHD and female specific concerns: a review of the literature and clinical implications: A review of the literature and clinical implications. J Atten Disord [Internet]. 2012;16(2):87-100. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1087054711416909>
3. Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsøyr K. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2018;137(3):176-86. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12845>

4. Gordon CT, Hinshaw SP. Executive functions in girls with and without childhood ADHD followed through emerging adulthood: Developmental trajectories. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2020;49(4):509–23. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2019.1602840>
5. Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, Branney P, Beckett M, Colley W, et al. Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020;20(1):404. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
6. Mowlem F, Agnew-Blais J, Taylor E, Asherson P. Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019;272:765–73. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
7. Skoglund C, Kopp Kallner H, Skalkidou A, Wikström A-K, Lundin C, Hesselman S, et al. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder with teenage birth among women and girls in Sweden. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2019;2(10):e1912463. Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.12463>
8. Faraone SV, Rostain AL, Blader J, Busch B, Childress AC, Connor DF, et al. Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2019;60(2):133-150. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12899>
9. Sánchez Martínez DP, Guillén Pérez JJ. Epidemiología del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la Región de Murcia: diferencias por sexo, edad y lugar de residencia. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2018;88(4):183–90. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.02.014>
10. Lee KW, Cheung RYM, Chen M. Preservice teachers' self-efficacy in managing students with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder: The roles of diagnostic label and students' gender: LEE et al. *Psychol Sch* [Internet]. 2019;56(4):595–607. Doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pits.22221>
11. Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015;40:15–27. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>
12. Ottosen C, Larsen JT, Faraone SV, Chen Q, Hartman C, Larsson H, et al. Sex differences in comorbidity patterns of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2019;58(4):412-422.e3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.910>
13. Martin J, Taylor MJ, Rydell M, Riglin L, Eyre O, Lu Y, et al. Sex-specific manifestation of genetic risk for attention deficit hyperactivity disorder in the general population. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2018;59(8):908–16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12874>
14. Martin J, Walters RK, Demontis D, Mattheisen M, Lee SH, Robinson E, et al. A genetic investigation of sex bias in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2018;83(12):1044–53. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.11.026>
15. Hinshaw SP, Nguyen PT, O'Grady SM, Rosenthal EA. Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2022;63(4):484–96. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.13480>