



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA

TELERREHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UN ADULTO
JOVEN CON TDAH, DEPRESIÓN MAYOR Y SINTOMATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA COMÓRBIDA

TESIS

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ALAN ALBERTO MACÍAS FLORES

TUTOR PRINCIPAL

DRA. ANA NATALIA SEUBERT RAVELO - FES IZTACALA UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. MA. GUILLERMINA YÁÑEZ TÉLLEZ – FES IZTACALA UNAM

DRA. LILIA MESTAS HERNÁNDEZ – FES ZARAGOZA UNAM

DRA. MAYARO ORTEGA LUYANDO – FES IZTACALA UNAM

DRA. ADRIANA AMAYA HERNÁNDEZ – FES IZTACALA UNAM

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO, NOVIEMBRE, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

La realización de este trabajo representó para mí tres grandes cosas. La primera se relaciona con un aprendizaje muy importante a nivel personal, ya que durante la elaboración de este proyecto viví una serie de imprevistos a nivel personal que me llevaron a conocer una faceta mía que no conocía, la vida me demostró cuán resiliente puedo llegar a ser frente a la adversidad. No cabe duda que detrás de toda historia de infortunio, existe una historia de perseverancia. En segundo lugar, me permitió involucrarme en un campo de conocimiento del que me apasione conforme iba estudiando más de él, sin temor a equivocarme, considero que la evaluación y el tratamiento del TDAH será un área a la que quiero dedicar mis años de vida profesional. Finalmente, este trabajo me permitió confirmar una de las tantas frases célebres de mi papá, que hace referencia a como la unión, hace la fuerza. Lo digo porque no hubiera podido realizar este tipo de trabajo de no ser por la ayuda de personas importantes a quienes quiero agradecer mucho.

Paola, mi amor, estoy seguro que sabes lo agradecido que estoy contigo, pero deseo expresártelo por este medio, ya que tu apoyo para la realización de este trabajo es invaluable, tantas horas de trabajo juntos, gracias en verdad por acompañarme en estos dos años de maestría durante todos los momentos difíciles, siempre creíste en mí a pesar de que por momentos yo mismo no lo hacía conmigo, y por eso, estaré siempre agradecido contigo, te amo mucho mi amor.

A mi tutora principal, la Dra. Ana Seubert, por su apoyo incondicional desde mi primer día de maestría, por ser un modelo para mí sobre como tener un desempeño ejemplar como neuropsicólogo clínico, docente e investigador, francamente es fuente de inspiración para mí y le estoy muy agradecido por todas esas enseñanzas que me permitieron mejorar no solo este trabajo sino en general mis habilidades en la práctica clínica y en la investigación.

A la Dra. Guillermina Yáñez, por sus invaluable aportaciones en la construcción de este trabajo, el cual se vio sumamente enriquecido con sus observaciones; es también para mí fuente de inspiración, no solo dentro del campo de conocimiento del TDAH, sino en la neuropsicología en general.

A CAO, por permitirme conocerte y aceptar mi propuesta, créeme que los dos salimos con grandes enseñanzas y progresos de este trabajo, siempre te recordare con

cariño como la primera persona a quien le pude apoyar desde el plano de la rehabilitación neuropsicológica.

A mi mamá, mi más grande maestra y modelo a seguir, por tu sostén y amor cuando más lo necesitaba, por tu valiosísima guía y apoyo en todo lo que he llegado a necesitar, incluyendo este trabajo, no me queda duda de lo muy afortunado que soy al tenerte, te amo con todo mi corazón mamita hermosa.

A mi papá, mi otro gran maestro de vida y mi mejor amigo, porque recibí de ti, como ha sido siempre, apoyo incondicional de tu parte, porque me enseñas a adoptar una actitud de calma frente a acontecimientos adversos, gracias a ti comprendí que todo va a estar bien y que todo tiene solución, te amo muchísimo.

A mi hermana Jessica, porque siempre has querido lo mejor para mí.

A mi perrito Kenyi, quien me acompañó parte de mi trayecto en la maestría y me recibía siempre con su energía y cariño, lo que me impulsaba a seguir adelante ¡Los amo familia! Gracias a ustedes he podido llegar hasta aquí, gracias en verdad por ser mi motor para ponerme de pie y empezar de nuevo tras experimentar momentos difíciles.

A la Dra. Mayaro Ortega, Dra. Adriana Amaya y Dra. Lilia Mestas, por el tiempo que dedicaron a leer mi escrito, por las observaciones que me hicieron y que permitieron este trabajo tuviera una mejoría importante.

A Daniel, Carmen y Perla, por la orientación relacionada al diseño de mi programa de intervención.

A Diosito, por darme la fuerza para seguir adelante en esta aventura, superando los retos de su mano y gracias a él siendo bendecido con apoyo de todas estas personas importantes en mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por proporcionarme todos los recursos académicos para mi formación en la maestría, me siento muy orgulloso de egresar de la máxima casa de estudios. A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y al programa de Maestría y Doctorado en Psicología por formarme como profesional, estaré siempre agradecido con todos los profesores y amigos de mi generación, porque de cada uno pude aprender cosas, tanto en lo profesional como en lo personal, los admiro muchísimo, gracias por esta experiencia. Y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por respaldar financieramente mi formación de posgrado mediante una beca.

ÍNDICE	
Resumen	6
Capítulo 1: Marco teórico	7
Prevalencia del TDAH	7
Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-5	8
Manifestaciones clínicas del TDAH en la adolescencia y la adultez	10
Etiología del TDAH.....	12
Aspectos neurobiológicos	12
Aspectos del medio ambiente	24
Funciones ejecutivas y perfil neuropsicológico en el TDAH	24
Modelos explicativos del TDAH	26
Modelo teórico del TDAH propuesto por Russell Barkley (1997).....	26
Modelo teórico del TDAH propuesto por Thomas E. Brown (2006).....	32
Comorbilidad psiquiátrica en el TDAH	35
Trastorno de depresión mayor	36
Trastorno límite de personalidad.....	38
Trastorno de ansiedad	40
Trastornos del sueño	41
Uso de sustancias	42
Disregulación emocional en el TDAH	45
Definición de disregulación emocional	45
Prevalencia de la disregulación emocional en el TDAH	46
Conceptualización de la disregulación emocional en el TDAH y sus implicaciones clínicas	46
Descripción y expresión clínica de la disregulación emocional en el TDAH	47
Evaluación de la regulación emocional	48
Consecuencias de la disregulación emocional en el TDAH.....	50
Tratamiento de la disregulación emocional.....	50
Calidad de vida en el TDAH	51
Evaluación del TDAH	53
Tratamiento farmacológico del TDAH.....	59
Tratamiento no farmacológico del TDAH.....	61
Estrategias de la terapia cognitivo conductual	62
Estrategias compensatorias.....	66
Modificación de conducta	69

Entrenamiento en habilidades cognitivas	70
Estrategias de la terapia cognitivo conductual para el insomnio	75
Telerrehabilitación neuropsicológica.....	76
Planteamiento del problema	78
Justificación	78
Pregunta de investigación.....	79
Objetivos.....	80
Hipótesis.....	81
Capítulo 2: Método.....	82
Diseño y tipo de estudio	82
Presentación del paciente	82
Muestra control	86
Variables del estudio	87
Instrumentos empleados	93
Materiales.....	97
Diseño y procedimiento	98
Capítulo 3: Resultados.....	102
Fases del proceso de evaluación y rehabilitación.....	102
Fase I: Evaluación pre-intervención	102
Fase II: Diseño y aplicación del programa de telerrehabilitación neuropsicológica .	116
Fase III: Comparación del paciente y el grupo control antes y después de la intervención	154
Capítulo 4: Discusión	166
Capítulo 5: Conclusión	179
Referencias.....	181
Anexos	228
Anexo 1: Consentimiento informado para participantes del grupo control	228
Anexo 2: Consentimiento informado para evaluación neuropsicológica.....	228
Anexo 3: Consentimiento informado para atención neuropsicológica (videollamada)	229
Anexo 4. Respuestas obtenidas a través de la Escala Wender Utah (WURS).....	231
Anexo 5: Respuestas obtenidas a través de la Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS)	234
Anexo 6: Resúmenes visuales de cada módulo entregados al paciente	235
Anexo 7: Materiales del programa	246

Resumen

Antecedentes: El TDAH en la edad adulta es un trastorno que conduce a un deterioro cognoscitivo, emocional y conductual, afectando casi todos los dominios del funcionamiento diario en la persona que lo presenta. Sin embargo, actualmente existen pocos programas de intervención neuropsicológica para esta población. Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa de telerrehabilitación integrado por estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación conductual, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño, aplicado en un adulto joven con TDAH, depresión mayor y sintomatología psiquiátrica comórbida, para mejorar su funcionamiento diario, calidad de vida y sintomatología psiquiátrica. Método: Se trabajó con un varón universitario de 24 años, a quien se le diagnosticó TDAH en presentación combinada y con múltiples comorbilidades. Tuvo un rendimiento promedio en tareas de desempeño, pero en escalas, inventarios y cuestionarios de autorreporte presentó puntajes sugerentes de problemas importantes en actividades de la vida diaria de naturaleza atencional, mnésica y ejecutiva, en su salud del sueño y respecto a sintomatología psiquiátrica asociada. Se desarrolló y aplicó un programa de rehabilitación neuropsicológica en línea, el cual constó de 20 sesiones de 90 minutos cada una. Resultados: Los autorreportes indican que al finalizar el programa logró desempeñarse de mejor forma en actividades demandantes de atención, que requieren de habilidades mnésicas y de inhibición; así como de planificación, organización de su espacio personal, entre otras. De igual forma existió mejoría respecto a su salud del sueño y en sintomatología psiquiátrica comórbida relacionada a depresión, ansiedad, rasgos límite e ideación suicida. Conclusión: El programa de telerrehabilitación mostró eficacia puesto que el paciente tuvo una mejoría en actividades de su funcionamiento diario y sintomatología

psiquiátrica, lo cual coincide con lo referido en la literatura científica sobre las mejorías que resultan tras el tratamiento psicológico en adultos con TDAH.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, funciones ejecutivas, sintomatología psiquiátrica, telerrehabilitación neuropsicológica.

Capítulo 1: Marco teórico

Prevalencia del TDAH

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta hasta al 10% de los niños y el 5% de los adultos en todo el mundo (Kessler et al., 2006; Faraone et al., 2006). Otros estudios informan que en población infantil la prevalencia es de un 5.2% (Polanczyk et al., 2015) y de un 2.5% en adultos de entre 19-45 años (Simon et al., 2009). Siendo más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 2:1 (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, la prevalencia puede variar, dependiendo de los instrumentos que se empleen, los criterios clínicos aplicados y la población que se estudie (Cardo et al., 2007).

En años anteriores se creía que el TDAH remitía tras la adolescencia, sin embargo, la literatura científica reciente señala que el trastorno llega a persistir junto con sus comorbilidades hasta la edad adulta (Spencer et al., 2007). En este sentido se ha señalado que entre un 30 y 70% de los individuos que presentaron TDAH en la infancia todavía presentan sintomatología clínica importante en la vida adulta (Barkley et al., 2008).

Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-5

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) presenta los criterios diagnósticos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (American Psychiatric Association, 2013).

Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o desarrollo caracterizado por los síntomas enumerados en 1 y/o 2:

1.- Inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido por al menos seis meses en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta de modo negativo y directo en las actividades sociales, académicas u ocupacionales. Para adolescentes y adultos de 17 años en adelante se requieren al menos cinco de los síntomas.

a) Fallas en prestar la debida atención a detalles o descuidos o errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades; b) dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas; c) dar la apariencia de no escuchar cuando se les habla de manera directa; d) no seguir instrucciones y no terminar las tareas escolares, quehaceres o deberes laborales; e) tener dificultad para organizar tareas y actividades; f) evitar, hacer con disgusto o mostrarse poco entusiasta, al iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; g) perder cosas necesarias para tareas o actividades; h) distraerse con facilidad por estímulos externos o por pensamientos no relacionados con la tarea en curso; e, i) olvidar las actividades cotidianas.

2.- Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido por al menos seis meses a un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta de modo negativo y directo en las actividades sociales,

académicas u ocupacionales. Para adolescentes y adultos de 17 años en adelante se requieren al menos cinco de los síntomas.

a) Juguetear o golpear con las manos o los pies o retorcerse en el asiento; b) levantarse en situaciones en que se espera que permanezca sentado; c) corretear o trepar en situaciones en las que no resulta apropiado; d) ser incapaz de jugar o de ocuparse en actividades recreativas con tranquilidad; e) actuar como si lo “impulsara un motor”; f) hablar en exceso; g) responder de forma inesperada o antes de que se concluya una pregunta; h) presentar dificultad para esperar su turno; e, i) interrumpir o inmiscuirse en las actividades de los demás.

De acuerdo con el DSM-5, los síntomas de inatención y de hiperactividad e impulsividad antes descritos deben estar presentes antes de los 12 años, y deben manifestarse en dos o más contextos (p. ej., casa, escuela, con las amistades, entre otros). Además, éstos deben interferir con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducir el funcionamiento de los mismos.

El DSM-5 también requiere especificar el grado de alteración, el cual puede ser leve, moderado o severo. 1.- Leve: cuando pocos o ningún síntoma es excesivo, de aquellos requeridos para hacer el diagnóstico y sólo resultan en alteraciones menores en el funcionamiento social u ocupacional. 2.- Moderado: alteración entre leve y severa. 3.- Severo: cuando hay un exceso de síntomas de aquellos requeridos para hacer el diagnóstico, o diversos síntomas son en particular severos, o bien resultan en marcada alteración en el funcionamiento social u ocupacional.

Finalmente, cabe señalar que se reconocen tres tipos de presentación para el TDAH:

1.- Predominantemente inatento: caracterizado por la presencia de los síntomas de inatención y una ausencia de al menos 6 meses de los síntomas de hiperactividad-impulsividad. 2.- Predominantemente hiperactivo-impulsivo: caracterizado por la presencia de los síntomas de hiperactividad-impulsividad y una ausencia de al menos 6 meses de los síntomas de inatención. 3.- Presentación combinada: tanto los síntomas de inatención como los de hiperactividad-impulsividad han estado presentes al menos 6 meses.

Manifestaciones clínicas del TDAH en la adolescencia y la adultez

De acuerdo con la literatura científica el 80% de los niños continúan cumpliendo con criterios diagnósticos en la adolescencia y el 60% tendrá síntomas centrales en la vida adulta (Dopheide & Pliszka, 2009). Esto implica que en muchas ocasiones el trastorno no remite, y si lo hace se presenta de forma parcial, cambiando la presentación de los signos conductuales entre la infancia y edades más avanzadas. Durante la adolescencia de personas con TDAH, hay una reducción de la hiperactividad, sin embargo, continúan los problemas de falta de atención e impulsividad. Los adolescentes con TDAH tienden a ser menos persistentes en sus diversas actividades, tienen una baja tolerancia a la frustración y exigen una gratificación inmediata o el cumplimiento de sus demandas. Repiten el grado escolar más veces que sus compañeros sin el trastorno, o dejan cursos o estudios sin terminar. Las expulsiones de clase, el consumo de alcohol y drogas también son más frecuentes. Además, junto con el TDAH, presentan a menudo trastornos del estado de ánimo, síntomas de depresión, ansiedad, trastornos de personalidad y mal concepto de sí mismos (Barkley, 2006).

En la edad adulta, la falta de atención es evidente porque se distraen fácilmente (pierden el hilo de la lectura en medio de un párrafo, por ejemplo), por olvidos frecuentes, desorganización (problemas en el orden de las tareas y en el establecimiento de

prioridades), dificultad para completar las tareas (indecisión, problemas para iniciarlas o terminarlas), para emprender o trabajar en muchos proyectos al mismo tiempo, problemas para seguir un orden o para cumplir promesas, así como dificultades para mantener una conversación (Amador et al., 2010).

Si bien los adultos suelen mostrar menor hiperactividad manifiesta que los niños, sí es frecuente que muestren conductas que pueden considerarse variantes de la hiperactividad: se sienten inquietos con facilidad, se sienten incómodos al sentarse en una clase o en una reunión, se mueven en el asiento, se aburren, juegan con el celular o con algún otro objeto que tengan a la mano. La impulsividad se pone de manifiesto en comportamientos como hablar demasiado y de manera rápida, interrumpir a los demás, decir lo primero que se le ocurra, independientemente de dónde o qué tan apropiados sean sus comentarios, conducir demasiado rápido, y tener más accidentes/multas de tráfico que las personas sin TDAH. La dificultad para administrar el tiempo, detener o retrasar las cosas excesivamente, el insomnio o la somnolencia, y la falta de motivación también son quejas frecuentes (Amador et al., 2010).

Finalmente señalar que, aun cuando el TDAH se caracteriza por ser un trastorno de inicio temprano, estudios longitudinales han indicado que el curso del trastorno puede variar entre los pacientes, pudiéndose diagnosticar en la adolescencia. Se sugiere la posibilidad de al menos 4 trayectorias del desarrollo del trastorno: inicio temprano (niños con TDAH de 3-5 años), de inicio en la niñez media (6-14 años) con un curso persistente, de inicio en la niñez media con una remisión en la adolescencia, y de inicio en la adolescencia o adultez, de 16 años y en adelante (Moffitt et al., 2015; Sibley et al., 2018; Posner et al., 2020).

Etiología del TDAH

La etiología del TDAH no ha sido completamente establecida. Los resultados de la investigación se inclinan por la hipótesis de una etiología multifactorial que comprende aspectos neurobiológicos y del medio ambiente (Faraone et al., 2015).

Aspectos neurobiológicos

Genética.

Algunos estudios han determinado que el principal factor etiológico del TDAH es el genético (Posner et al., 2020). En una revisión, Faraone y Biederman (2000) señalan que entre un 30-35% de los familiares de los niños diagnosticados con este trastorno también reúnen los criterios para este padecimiento; calculando que el riesgo de padecer TDAH es de 6 a 8 veces más alto que para el resto de la población cuando se tienen familiares en primer grado con el trastorno. En este mismo sentido, un estudio halló que 80% de los padres de niños con TDAH de la muestra estudiada había presentado problemas de atención o hiperactividad en la infancia, concluyendo que la heredabilidad del trastorno es alta (Rivera, 2013).

Algunas investigaciones han buscado identificar genes específicos asociados al TDAH. Los genes que en más investigaciones se han encontrado asociados al trastorno son los relacionados con receptores y transportadores de dopamina, noradrenalina y serotonina (Faraone & Mick, 2010); aunque se ha establecido que este trastorno no se explica por una alteración genética simple, sino por la contribución de un conjunto de genes que tienen efectos aditivos; por tanto, no existe un gen en específico que cause por sí solo el TDAH, sino que el factor genético incluye a diferentes genes y variantes genéticas de pequeño efecto. En años anteriores se han examinado al menos 5 genes que se han vinculado con la etiología del TDAH. Entre ellos el receptor dopaminérgico tipo

D4 (DRD4) en la región cromosómica 11P15.5 (Faraone et al., 2005), el gen del transportador de dopamina DAT1-SLC6A3 en la región cromosomal 5P15.3 (Dresler et al., 2010), el gen del receptor dopaminérgico D5 (DRD5) en la región cromosómica 4P16.1 (Lasky-Su et al., 2007), el gen del receptor 5HT1B en la región cromosomal 6Q13 (Li et al., 2005), y el gen de la proteína 25 asociada con el sinaptosoma (Snap-25), en la región cromosomal 20P12-P11.2 (Brophy, et al., 2002). A su vez, de manera reciente se han identificado 12 fragmentos específicos de ADN relacionados con la vulnerabilidad al TDAH, lo que explicaría el 22% de la heredabilidad del trastorno (Demontis et al., 2018; Posner et al., 2020).

Estudios remarcan el hecho de que, debido a la poligenicidad del TDAH y la heterogeneidad genética en personas con el trastorno, existe una gran combinación entre los diferentes genes que participan y los efectos que tienen, lo que lleva a un número exponencialmente grande de bases genéticas que pueden derivar en el trastorno. Esto explicaría la heredabilidad, variabilidad fenotípica del trastorno y las comorbilidades existentes (Conde et al., 2021; Rohde et al., 2019). En este sentido, la heredabilidad no implicaría solo al TDAH, sino que incluso podría heredarse en combinación con depresión, algún problema de conducta o esquizofrenia (Cross Disorders Consortium, 2013; Hamshere et al., 2013; Hamshere et al., 2013a).

Correlato neuroanatómico y neurofisiológico.

Estudios han encontrado que, a nivel grupal, los niños con TDAH tienen un menor volumen cerebral en comparación con el grupo control, siendo la reducción de aproximadamente 3-5% (Seidman et al., 2005). Esta reducción igualmente se ha encontrado al estudiar regiones cerebrales en aislado, específicamente en la corteza prefrontal dorsolateral, corteza premotora, estriado ventral y dorsal, globo pálido, esplenio

del cuerpo calloso, cíngulo anterior y vermis del cerebelo (Castellanos et al., 2002; Valera et al., 2007; Bush et al., 2005; Vaidya, 2012). A este respecto del volumen cerebral, un estudio encontró que correlaciona con la sintomatología de TDAH (Hoogman et al., 2012). En relación a la sustancia blanca, un metaanálisis que incluyó estudios de tensor de difusión reportó alteraciones en pacientes con TDAH, principalmente en la corona radiada anterior derecha, cápsula interna bilateral y en el cerebelo izquierdo (van Ewijk et al., 2012).

Con relación al desarrollo del grosor cortical, se ha encontrado que el pico en se alcanza, a los 7.5 años en niños sin el trastorno, a diferencia de los niños con TDAH quienes lo alcanzan a los 10.5 años, siendo el retraso más prominente en regiones frontales (Shaw et al., 2007). En adultos también se ha encontrado un menor grosor cortical, en específico en la corteza prefrontal derecha, cíngulo anterior y en lóbulo parietal inferior (Makris et al., 2007).

En el caso específico de población adulta con TDAH y alteraciones a nivel anatómico, se han reportado reducciones volumétricas en el núcleo caudado, así como en áreas del córtex prefrontal dorsolateral, el cíngulo anterior, el lóbulo parietal inferior, el putamen y el cerebelo (Seidman et al., 2011). Otro estudio en adultos encontró menor grosor cortical en la corteza dorsolateral y orbitofrontal, bilateralmente; así como en el cíngulo anterior y posterior, y en el área de asociación temporoccipitoparietal (Makris et al., 2007).

Por otro lado, autores precisan que el TDAH es el reflejo de una conectividad alterada en distintas redes neuronales más que anomalías aisladas en una región del cerebro, esto queda en evidencia a través de estudios de neuroimagen estructural y funcional que muestra que dicho trastorno se caracteriza por una hipoactividad o

hiperactividad en una amplia variedad de circuitos neuronales (Cortese et al., 2012). En este sentido, estudios de resonancia magnética funcional (RMNf) han aportado pruebas de que existen alteraciones en regiones y estructuras que pertenecen a los circuitos frontoestriatales, al circuito frontocerebeloso y frontoparietal, a la DMN (Default Mode Network), y en las regiones implicadas en el procesamiento de la recompensa y la motivación (Kasperek et al., 2015).

De esta forma, el TDAH no implica únicamente una disfunción a nivel de los lóbulos frontales, sino que involucra una hipoperfusión de la red fronto-estriatal, lo que contribuiría a la sintomatología observada. Las fallas en la inhibición, la distractibilidad, fallas en la memoria de trabajo, dificultades para permanecer en una tarea como fallas en la conducta dirigida a objetivos y en general del funcionamiento ejecutivo, obedecerían a una falla en el circuito fronto-estriado-pálido-tálamo-cortical (Koziol et al., 2013; Koziol & Stevens, 2012).

En relación con este circuito frontoestriatal, estudios de neuroimagen también han demostrado alteraciones en pacientes con TDAH, tanto a nivel anatómico como a nivel funcional, lo que resulta en una selección no adaptativa de pensamientos y/o conductas (Voeller, 2004; Frank et al., 2007). En concreto, al interior del circuito frontoestriatal existen algunas vías, entre las que destaca la vía directa, que aprende respuestas deseadas y juega un papel importante en la mediación para que se produzca la conducta; la vía indirecta evita respuestas no deseadas, favorece que se suprima la conducta (Koziol & Budding, 2009). En conjunto modulan lo que se tiene o lo que no se tiene que hacer. Por tanto, estas vías tendrían participación en la transformación de estímulos, en acciones que lleven a desenlaces favorables. En el caso del TDAH existe una actividad deficiente en ambas vías, lo que implica un desbalance entre procesos inhibitorios y excitatorios, esto lleva a que las representaciones que se encuentran en la corteza

cerebral no sean moduladas de manera eficiente, lo que promueve que el “qué” conductual se manifieste en un “cuándo” conductual inapropiado, es decir, la selección de la acción no es adaptativa (Koziol et al., 2013). Algunos ejemplos de ello serían los siguientes: el patrón de procrastinación que en muchas ocasiones exhiben los pacientes sería un déficit en saber cuándo empezar. El hecho de que los pacientes interrumpen conversaciones o tengan dificultad para esperar turnos sería un déficit para saber cuándo no empezar. Las ocasiones en las que hiperfocalizan en torno a una actividad, como por ejemplo estar en videojuegos, y no pudiendo hacer transiciones de atención hacia otros estímulos, sería un déficit para saber cuándo parar una conducta; finalmente las fallas para iniciar, mantenerse y completar la realización de una tarea escolar por ejemplo, implicarían una falla para saber cuándo persistir. A su vez los autores señalan que el desbalance en las vías corteza-núcleos de la base conduciría a la alteración en el nivel de focalización de la atención, sostener la atención y manifestar hiperactividad e impulsividad, en donde los pacientes con TDAH pasarían a otra percepción, cognición o conducta aun cuando la intención cortical sea otra (Koziol et al., 2013).

Otra investigación señala algo en este mismo sentido, un metaanálisis de 55 estudios en donde se incluyeron tareas de funciones ejecutivas, memoria, recompensa y estimación temporal en 16 estudios con adultos y 39 estudios con población pediátrica, con un total de 741 sujetos con TDAH y 801 sujetos de control, mostraron una hipoactivación significativa (a través de una menor actividad eléctrica, menor flujo sanguíneo y menor capacidad cerebral general) en pacientes con TDAH en relación con los controles en las redes frontoestriales (Cortese et al., 2012; Faraone et al., 2015).

Por otra parte, la red frontocerebelosa estaría asociada a la capacidad de estimar intervalos de tiempo, de estimar el tiempo que toma una actividad y también para hacer predicciones temporales (Durstun et al., 2011), dichas capacidades se encuentran

alteradas en el TDAH (Kasperek et al., 2015). La hipoactivación cerebelosa (junto con la hipoactivación de la red frontoparietal) y la reducción de la conectividad funcional frontocerebelosa no solo se aprecia durante el procesamiento temporal, la discriminación del tiempo y la sincronización en paradigmas de tipo motor en pacientes con TDAH (Hart et al., 2012; Vloet et al., 2010) sino también durante paradigmas cognitivos (Suskauer et al., 2008), lo que refleja también alteraciones cognitivas como consecuencia de la disfunción frontocerebelosa en personas con TDAH.

De igual forma, estudios indican que el TDAH afecta a la red relacionada con el procesamiento de la recompensa; dicha red se relaciona con la generación de una respuesta frente a la anticipación/recepción de la recompensa (Faraone et al., 2015). De acuerdo con la literatura científica, una representación y un procesamiento incorrecto de los estímulos de refuerzo pueden conducir a una motivación insuficiente y a un comportamiento impulsivo con preferencia por la recompensa inmediata en lugar de la demorada (Durstun et al., 2011). Las personas con TDAH expresan este patrón de comportamiento a través de un desarrollo gradual de respuestas más frecuentes y rápidas inmediatamente después del estímulo de recompensa (existen numerosas repuestas de su parte que pueden reflejar impulsividad y preferencia por la recompensa inmediata), con una incapacidad para suprimir las respuestas cuando los reforzadores ya no se presentan (Sagvolden & Sergeant, 1998). Esta misma situación se ha podido constatar a través de estudios que reportan una activación disminuida en el estriado ventral de adolescentes y adultos con TDAH frente a la anticipación de la recompensa (Scheres et al., 2007; Strohle et al., 2008; Plichta et al., 2009). En este mismo sentido autores mencionan que una hiporesponsividad del estriado ventral a una recompensa anticipada pudiera provocar un incremento de la conducta impulsiva dirigida a la recompensa en compensación a los niveles basales bajos de activación existentes (Robbins & Everitt, 1999).

A su vez, también se han detectado alteraciones en la red de alerta (las áreas corticales frontales y parietales, y el tálamo interactúan intensamente en esta red que apoya el funcionamiento atencional), teniendo una respuesta más débil en los individuos con TDAH que en población sin el trastorno, lo que interferiría con la modulación de la alerta (Cortese et al., 2012; Faraone et al., 2015;).

En adición, también se han evidenciado fallas en otras redes identificadas bajo el nombre de sistemas cerebrales de larga escala (Large-Scale Brain Systems, por sus siglas en inglés); (Castellanos & Proal, 2012; Koziol & Stevens, 2012). En relación con la red frontoparietal, también conocida como red de control ejecutivo (participa en procesos ejecutivos dirigidos a un objetivo, incluyendo la toma de decisiones, la flexibilidad para cambiar respuestas de acuerdo a las demandas y en tareas que requieren sostener en la mente información o reglas para guiar la conducta; comparte con el circuito frontoestriatal un gran número de estructuras en su conformación), tiene una hipoactivación en tareas de inhibición en niños con TDAH (Dicksen et al., 2006; Rubia, 2011). También se ha observado hipoactividad de este circuito en la corteza prefrontal dorsolateral y en la corteza prefrontal ventrolateral (dos de los componentes de esta red) durante la realización de tareas de memoria de trabajo y de discriminación del tiempo (Rubia, 2011); asimismo se registró baja actividad en el cíngulo anterior, otro de sus componentes, frente a tareas de inhibición conductual y de atención (Bush, 2010; Rubia, 2011).

Por su parte la red de atención ventral (VAN, por sus siglas en inglés) y la red de atención dorsal (DAN, por sus siglas en inglés), en conjunto con la red visual, permiten que se sostenga la atención y se suprima la misma frente a estímulos que son irrelevantes, de igual forma permiten el monitoreo de estímulos salientes, la reorientación de la atención a diferentes fuentes y el control de la atención espacial. Se cree que existe

una alteración de estas redes en población infantil con TDAH, con mayor evidencia sobre DAN (Castellanos & Proal, 2012; Koziol & Stevens, 2012).

En relación con la red Default Mode Network (DMN), la cual se podría catalogar como una representación basal a nivel fisiológico del cerebro, ya que presenta una actividad aumentada durante el reposo y una reducción durante las demandas cognitivas en sujetos sanos (Buckner et al., 2008); sin embargo en personas con TDAH se ha evidenciado que DMN no se encuentra menos activa durante la realización de tareas con alta demanda cognitiva, lo cual interfiere con el trabajo cognitivo; se ha asociado con los lapsos de inatención en el trastorno (Weissman et al., 2006). Otro estudio encontró resultados similares, el cual reportó que existiría una mala regulación entre DMN y los circuitos dirigidos a realizar una tarea o resolver un problema, como lo son el frontoparietal, VAN y DAN. La hiperactividad de DMN interrumpiría la actividad de estos circuitos, lo que favorecería la distractibilidad (Cortese et al., 2012; Koziol et al., 2013).

Finalmente, en lo referente a la función motora, autores indican que aun cuando se conoce acerca de la hiperactividad motora en el TDAH, existen pocos estudios de neuroimagen dirigidos a síntomas motores en el trastorno. Sin embargo, destaca un estudio de adultos durante tareas de tapping, en donde se registró una hipoactivación en los circuitos relacionados al tiempo y a nivel de la corteza motora y premotora (Valera et al., 2010). En otro estudio con niños con el trastorno, se encontró una correlación entre un deficiente control inhibitorio y déficits en el rendimiento motor (Gilbert et al., 2011). Por último, en un estudio se evidenció hipoactividad del circuito somatomotor en población infantil con el trastorno, en menor medida existió esta hipoactivación en población adulta igualmente con TDAH, los autores señalan que esta sería una posible explicación de la disminución en la actividad motora en la adultez en estos pacientes; a su vez este trabajo evidenció que las redes de atención ventral (VAN) y de atención dorsal (DAN) también

presentaban mayor actividad en adultos que en niños, lo que apoyaría la hipótesis de que existe madurez cortical en ciertos circuitos conforme el individuo va creciendo (Rubia, 2007).

Cabe señalar que en el mismo estudio de Cortese et al. (2012), se señala que podrían existir ciertos mecanismos neurales compensatorios que podrían restaurar la homeostasis cerebral, llevando en algunos casos a la remisión de los síntomas o en su defecto, tales mecanismos podrían generar otro estado de funcionamiento alterado (alostasis), provocando no solo el mantenimiento de sintomatología sino con comorbilidad con otros trastornos.

Algunos autores señalan que las diferencias encontradas a nivel funcional y estructural en pacientes con TDAH se podrían deber a las alteraciones genéticas en las vías de señalización catecolaminérgicas (Arnsten & Pliszka, 2011).

Algo que se debe tener en cuenta es que aun cuando la literatura científica da cuenta de estos hallazgos, la utilidad de los métodos de neuroimagen estructural y funcional con fines de diagnóstico es limitada, dado que en estudios de grupo se pueden encontrar ciertas regularidades, pero en casos individuales la heterogeneidad de las manifestaciones hace que sea muy cuestionable el uso de los mismos con fines diagnósticos (Yáñez, 2016).

En lo que respecta a estudios electrofisiológicos, hasta el momento no se ha encontrado un patrón electroencefalográfico específico para el TDAH ya que el trazado puede ser normal o presentar paroxismos. A pesar de que no se ha encontrado que el estudio de electroencefalografía (EEG) sea una herramienta diagnóstica en el trastorno, autores consideran que dicha herramienta es de gran utilidad cuando se debe hacer un diagnóstico diferencial con la epilepsia parcial, las crisis de ausencia y las crisis

temporales que tienen patrones conductuales similares al TDAH, por lo que la utilidad del EEG en el trastorno es para descartar la existencia de otras patologías asociadas (Mulas et al., 2012).

Neuroquímica en el TDAH.

Se considera que las alteraciones neuroquímicas que implican a los sistemas de neurotransmisión de la dopamina y la noradrenalina desempeñan un papel fundamental en la fisiopatología del TDAH (Mehta, 2019).

Dopamina y la hipótesis dopaminérgica: uno de los primeros antecedentes de la hipótesis dopaminérgica fue la llamada teoría catecolaminérgica de Wender. Este autor propuso que anomalías sutiles en los sistemas de neurotransmisión relacionados con la dopamina y la noradrenalina podrían explicar síntomas como hiperactividad, inatención e impulsividad; asimismo, consideraba que los fármacos estimulantes utilizados para tratar estos síntomas actuaban sobre estos sistemas de neurotransmisión corrigiendo el déficit (Wender, 1973).

Años más tarde se propuso la llamada hipótesis del déficit dopaminérgico del TDAH, la cual indica que las anomalías sugeridas por Wender se caracterizan por una deficiencia en la actividad del sistema dopaminérgico, en donde los estimulantes ejercerían un efecto facilitador postsináptico, que amplificaría la respuesta neural a la dopamina (Levy, 1991).

Estudios más recientes señalan que el TDAH se ha asociado a una disfunción dopaminérgica en el cerebro, en las vías mesocortical, mesolímbica y nigroestriada (Del Campo et al., 2011). Se sabe que las alteraciones de estas vías provocan un deterioro de las capacidades cognitivas. La disfunción de la vía dopaminérgica mesocortical se asocia con déficits cognitivos, mientras que la hipoactividad de la vía dopaminérgica mesolímbica

parece desempeñar un papel en los déficits motivacionales observados en los pacientes con TDAH. Dicha vía también es una parte clave del circuito de la recompensa que está alterado en el TDAH. La vía dopaminérgica nigroestriada tiene conexiones desde la sustancia negra al estriado, y se sabe que desempeña un papel clave en la señalización de la dopamina en el funcionamiento cognitivo y en el control de los movimientos voluntarios (Aguilar, 2010).

Las hipótesis actuales de la participación de la dopamina en la etiopatogenia del TDAH sugieren que la disminución de la atención, la inquietud y el aprendizaje que se observan en los pacientes con TDAH se derivan de la reducción de la dopamina debido a una mayor recaptación de ésta, lo que provoca una disminución de los niveles de dopamina extracelular (Gold et al., 2014). Se comprobó que esta hipótesis era correcta cuando el metilfenidato, un psicoestimulante que actúa como inhibidor de la recaptación de dopamina, resultó ser eficaz en el tratamiento del TDAH (Kooij, 2013; Volkow et al., 2005). A este respecto del TDAH, como un trastorno con una neurotransmisión hipo dopaminérgica, resalta lo encontrado en estudios de SPECT, los cuales han evidenciado que la densidad en el transportador de dopamina (DAT) a nivel estriado en adultos con TDAH es 70% más alta que en los controles (Krause et al., 2000).

Cabe resaltar que el sistema dopaminérgico juega un papel importante para el aprendizaje, así como para llevar a cabo conductas motivadas, dirigidas a un objetivo. También modula la actividad relacionada con la actividad motora guiada por fuentes externas, también enfocada a un objetivo determinado (Voeller, 2004).

En relación con los receptores dopaminérgicos, en concreto D2 y D3, un estudio encontró una relación inversa entre la menor disponibilidad de ellos en el núcleo accumbens y los síntomas de inatención, los autores establecen que esto sugeriría que los problemas atencionales podrían estar vinculados con problemas de recompensa; a su

vez esto podría explicar porque a pacientes con TDAH les representa una labor difícil estar en tareas que les son aburridas y repetitivas, finalmente podría explicar la mayor vulnerabilidad que existe para el abuso de drogas en personas con TDAH (Volkow et al., 2007; Volkow et al., 2009).

Noradrenalina (NA): el locus coeruleus (LC), principal núcleo productor de este neurotransmisor participa en la modulación de la respuesta de atención, incrementando de modo selectivo su frecuencia de disparo cuando el individuo atiende un estímulo. La frecuencia de disparo de las neuronas en LC correlaciona de forma importante con la capacidad del sujeto de atender su entorno (Galicia, 2015). En este mismo sentido, un estudio encontró que las condiciones de baja excitación en el TDAH se asocian con una baja activación de las células NA (Mehta, 2019).

Autores en años anteriores afirmaban igualmente que el sistema noradrenérgico se relaciona con el mantenimiento de la alerta y con la atención. Las neuronas noradrenérgicas se ven activadas por estímulos novedosos e importantes del medio; mantienen al organismo en un estado de alerta y preparación para poder procesar y manejar dichos estímulos (Aston-Jones & Bloom, 1991).

El sistema noradrenérgico ha cobrado especial interés ya que ha habido pruebas que sugieren que el aumento de los niveles extracelulares de NA brinda mejoría de los síntomas del TDAH (Somkuwar et al., 2015). En este sentido se ha hecho uso de la atomoxetina, el cual es un inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina, que actúa inhibiendo el transporte de esta amina en el nivel presináptico. Hoy en día se conoce que el transportador de noradrenalina tiene la misma afinidad por la dopamina y la noradrenalina, por lo que el efecto de la atomoxetina estaría mediado por el incremento de la noradrenalina y la dopamina en la corteza prefrontal (Galicia, 2015).

Aspectos del medio ambiente

En relación a factores ambientales, se ha encontrado que éstos tienen influencia en la expresión y gravedad de este trastorno e involucran factores pre y perinatales, tales como las complicaciones durante el embarazo y el parto, por ejemplo, toxemia, eclampsia, problemas de salud de la madre, sufrimiento fetal, anoxia o hipoxia prolongadas, bajo peso al nacer, exposición al tabaco, alcohol u otros tóxicos; también se han hablado de otros factores psicosociales tales como estilos de crianza, situación socioeconómica vulnerable, maltrato, psicopatología de los padres, etc. (Barkley, 2006; Conde et al., 2021).

Sin embargo, autores remarcan que el medio ambiente tiene un papel modulador, ya que la sintomatología no es causada propiamente por factores sociales, económicos, educativos, de ambiente familiar, etc. (Palacio et al., 2010), sino que dicha influencia ambiental está supeditada a la carga genética, y es un factor particular para cada individuo, con un peso relativo para cada caso (Galicia, 2015). Autores señalan que en algunos pacientes las variantes genéticas extrañas o ciertos factores ambientales pudieran tener una mayor influencia (Faraone et al., 2015).

Funciones ejecutivas y perfil neuropsicológico en el TDAH

El hecho de que la etiología del TDAH sea de tipo multifactorial implica que existe un perfil heterogéneo en las anomalías a nivel estructural/funcional del cerebro en el TDAH, en su expresión conductual y a su vez en el perfil neuropsicológico (Faraone et al., 2015).

Sin embargo, la literatura científica coincide en que pacientes con TDAH, principalmente la presentación hiperactivo-impulsiva y combinada, presentan déficits en varios componentes propios de las funciones ejecutivas. Por tanto, se ha descrito al

TDAH como uno de los trastornos del neurodesarrollo con mayor relación a alteraciones en el funcionamiento ejecutivo (Fernández-Perrone et al., 2013).

Las funciones ejecutivas engloban un conjunto de habilidades mentales que permiten al ser humano planificar, ejecutar, monitorear y verificar la actividad mental y conductual (Barkley, 1997). Dichas funciones se ven involucradas en el desarrollo de conductas eficaces, creativas y acordes a los parámetros socialmente aceptados (Ozonoff, 2000) y hacen referencia a acciones autodirigidas que un individuo usa para autorregularse y por tanto cambiar los resultados personales a futuro (Barkley, 1997; Servera, 2005).

Se ha señalado que el funcionamiento ejecutivo representa un factor importante en el desenvolvimiento dentro del medio educativo, familiar y social (Anderson, 2002). Dicha importancia radica en el papel que juegan las funciones ejecutivas en la resolución de problemas, la adaptación de la conducta a las normas y reglas del contexto, la regulación emocional, la inhibición de respuestas impulsivas o la supervisión de la propia conducta (Barkley, 1997). Algunas situaciones en donde se evidencia el funcionamiento ejecutivo es cuando un individuo debe enfrentarse a situaciones novedosas en las cuales no conoce una solución habitual, ya que dicho contexto demandará el uso de funciones metacognitivas y reguladoras de la conducta para enfrentar de manera adecuada dichas situaciones (Norman & Shallice, 1986).

Existen autores que apuntan a que el funcionamiento ejecutivo engloba diversos componentes mentales que permiten dos grandes capacidades: la regulación del comportamiento y el funcionamiento metacognitivo (Gioia et al., 2002). Estas capacidades están conformadas por distintos subcomponentes cognitivos que interactúan para la ejecución de un sistema ejecutivo global (Barkley, 1997).

Algunos autores señalan que las funciones ejecutivas y otros procesos cognitivos que presentan mayor disfunción en pacientes con TDAH son las de memoria de trabajo verbal y visuoespacial e inhibición, así como déficits en la velocidad de procesamiento (Ek et al. 2013), en el procesamiento temporal (Rubia et al., 2009) y en la aversión a la demora (Sonuga-Barke, 2003); también se han encontrado fallas en la toma de decisiones, flexibilidad cognitiva, arousal (preparación para la acción y activación conductual), vigilancia, focalización atencional y control de las interferencias, control motor, anticipación y planificación de las acciones, y en la evaluación de las recompensas (Bush, 2010; Faraone et al., 2015; Posner et al., 2020). Otros autores han descrito problemas de atención y memoria, alteraciones en la autorregulación del comportamiento, impulsividad, hiperactividad y dificultades en la regulación de emociones (Barkley, 1997; Fernández-Perrone, et al., 2013). En el aspecto funcional se reportan fallas de automotivación, organización, gestión del tiempo y el esfuerzo sostenido (Brown, 1996).

Modelos explicativos del TDAH

Modelo teórico del TDAH propuesto por Russell Barkley (1997)

El modelo de Barkley explica que las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo generan la clínica observada en el TDAH. Sin embargo, de acuerdo con el autor, es la capacidad deficiente del control inhibitorio la que genera alteraciones en el funcionamiento ejecutivo global (Barkley, 1997). La propuesta de tomar en consideración a la inhibición como eje central del funcionamiento ejecutivo surge de los siguientes aspectos: 1.- el cuestionamiento de los modelos que afirman que las dificultades cognitivas y conductuales evidenciadas en el TDAH tienen como factor principal la afectación del control atencional, 2.- los hallazgos empíricos que afirman que la conducta observada en el TDAH es producto de déficits inhibitorios, y 3.- como una teoría unificadora del funcionamiento ejecutivo (Servera, 2005).

Este modelo se apoya de hallazgos empíricos que reportan que las personas con TDAH muestran alteraciones en la capacidad inhibitoria de respuestas impulsivas, modulación de niveles de alerta de acuerdo con las demandas que el medio exige, y una fuerte inclinación a la búsqueda de gratificación inmediata (Barkley, 1999). Además, unifica diversas teorías explicativas que se relacionan con el funcionamiento ejecutivo: fundamentos neurofisiológicos del lóbulo frontal, el papel del lenguaje interno en la regulación conductual, toma de decisiones y regulación de la emoción y motivación (Servera, 2005).

La composición interna del modelo toma en consideración tres conceptos claves: la inhibición conductual, la autorregulación o autocontrol y las funciones ejecutivas. El modelo se basa en el análisis de las interrelaciones de dichos componentes. El funcionamiento adecuado de estas tres habilidades le permitirá al ser humano sea capaz de predecir y controlar su propia conducta (Barkley, 1997).

El componente de inhibición se explica por una secuencia de conductas: 1.- la capacidad de inhibir respuestas dominantes a un evento (una respuesta que ha sido reforzada con anterioridad), 2.- detener una respuesta que ha sido puesta en curso, lo cual permite un retraso en la respuesta, es decir, no actuar con impulsividad y 3.- el control de la interferencia de estímulos irrelevantes, que es el control de la atención frente a estímulos que no tienen relación con la actividad realizada, es decir, no presentar distractibilidad (Barkley, 1997; Servera, 2005).

La autorregulación se puede entender como la capacidad del individuo para inhibir o frenar las respuestas motoras y emocionales que se pueden producir de forma automática e inmediata a un estímulo, suceso o evento, con el fin de sustituirlas por otras

más adecuadas. También se concibe como cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que además altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas. En la autorregulación se trabaja para tener resultados a largo plazo, a veces frente a ganancias inmediatas, por lo que implica una capacidad para la organización temporal de la conducta y sus consecuencias. El autor hace hincapié en que es cualquier acción realizada por los individuos hacia sí mismos, que permite cambiar su conducta, y su objetivo está dirigido al futuro y no se limita únicamente a lo inmediato (Barkley, 1997). El factor del tiempo se establece como la clave de la autorregulación, ya que la demora que existe entre el estímulo y la conducta de responder es el espacio de acción de las funciones ejecutivas (Servera, 2005).

Las cuatro funciones ejecutivas incluidas en el modelo son las siguientes:

1.- La memoria de trabajo (no verbal) puede entenderse como la capacidad para representarse la información y usarla para controlar una respuesta. Permite mantener cierta información en el sistema cognitivo, analizarla y manipularla, a fin de crear una serie de secuencias de acontecimientos, imitar conductas complejas, representar información o acontecimientos pasados y utilizarlos para prever el futuro, anticipándose a él de forma hipotética. Logrando con ello generar una base para regular la conducta actual; asimismo es el sustrato del sentido del tiempo (Amador et al., 2010; Barkley, 1997).

2.- La memoria de trabajo verbal (lenguaje internalizado) proporciona los medios para describir los acontecimientos, las situaciones, y reflexionar sobre ellos, antes de responder. Forma el sustrato para la solución de problemas, permite generar reglas y planes y la autorregulación de la conducta (Amador et al., 2010; Barkley, 1997).

La interacción entre el lenguaje interiorizado (memoria de trabajo verbal) y la memoria de trabajo no verbal contribuye a la aparición de la comprensión lectora, el

control de la conducta gobernada por reglas y la internalización de las normas sociales. El lenguaje interiorizado se transforma en un medio de información, de influencia y de control sobre la conducta. Trabajos con niños que presentan TDAH sustentan empíricamente la hipótesis de la internalización del lenguaje como un mecanismo de autocontrol, como afirmaba el psicólogo ruso Lev Vygotski. Estos trabajos han encontrado que en el TDAH está alterada la internalización del lenguaje y su utilización como guía y moderador de la conducta (Berk, 1992; citada en Young & Bramham, 2009).

3.- La tercera función ejecutiva del modelo es la autorregulación de los afectos, la motivación o la activación que permite inhibir y demorar las reacciones emocionales provocadas por los acontecimientos. La demora en la respuesta genera un intervalo temporal entre los afectos o motivaciones y la conducta. Durante este intervalo puede actuar la regulación a través de la memoria verbal y el lenguaje interno, de modo que la conducta resultante esté menos vinculada a las emociones, sea más regulada, y tenga en cuenta la perspectiva de los demás, aspecto relevante de la autorregulación (Amador et al., 2010; Barkley, 1997).

4.- La última función ejecutiva que se propone en el modelo es la reconstitución. Esta función está compuesta por dos capacidades relacionadas: el análisis y la síntesis de la conducta. El análisis es la capacidad para descomponer las secuencias de conductas en sus partes o elementos. La síntesis es la capacidad para recombinar estas secuencias de comportamiento y crear otras unidades o secuencias de conductas nuevas. La reconstitución permite a la persona analizar las experiencias, sintetizar nuevas respuestas, ensayarlas y aceptarlas o rechazarlas, según la probabilidad que tengan de contribuir a conseguir las metas (Amador et al., 2010; Barkley, 1997).

Finalmente se encuentra el control motor, el cual es el último elemento del modelo y, relativamente, el más aplicado. El control motor se refiere al conjunto de comportamientos que se ponen en marcha para alcanzar el objetivo en un proceso de autorregulación. Hace referencia a la implementación de las acciones concretas que se necesitan. Dicho componente incluye el concepto de “fluencia”, es decir, la capacidad para generar conductas novedosas y creativas en el momento en que se necesitan; y el concepto de “sintaxis”, es decir, la capacidad para reconstruir y representar internamente la información del medio. Ambos conceptos guardan una fuerte relación con la función de reconstitución y le brindan a la acción del individuo la flexibilidad necesaria para acomodar su plan a las contingencias habituales que surgen en todo proceso conductual orientado hacia un objetivo a largo plazo (Servera, 2005).

La relación que existe entre la autorregulación, la inhibición y el resto de las funciones ejecutivas, es que la inhibición es un requisito previo para la autorregulación, ya que no se pueden dirigir acciones o comportamientos hacia uno mismo si uno ya ha respondido impulsivamente a un evento inmediato; y justamente son las funciones ejecutivas ese tipo de tipo de acciones autodirigidas que los humanos usan para su autorregulación si logran inhibir en un primer momento (Barkley, 2018). Es decir, en este modelo, las cuatro funciones ejecutivas son influenciadas por la capacidad inhibitoria, y a su vez, dichas funciones ejecutivas influyen en la autorregulación del comportamiento.

Este modelo ha permitido comprender y definir al TDAH como un trastorno del desarrollo de la inhibición conductual, cuyo déficit genera, de forma secundaria, un déficit en las funciones ejecutivas; es decir, la inhibición debe ser el primer proceso que se produzca para crear una demora en el tiempo durante la cual las funciones ejecutivas puedan desarrollarse de buena forma (Barkley, 1999; Servera, 2005). De acuerdo con la teoría, la falla al inhibir o retrasar una respuesta conductual conduce a déficits

secundarios en las otras cuatro funciones ejecutivas que dependen de la inhibición para su ejecución efectiva y mantenimiento a través del tiempo. Sin embargo, el autor precisa que, como tal, la inhibición no ejerce una influencia causal directa en estas otras funciones, sino que "fija la ocasión" para su ocurrencia, proporcionando una demora necesaria para que se produzcan. Por tanto, de acuerdo con Barkley (1997), los problemas para mantener la atención y presentar hiperactividad-impulsividad, característicos del TDAH, son el resultado de la hipoactividad del sistema de inhibición conductual.

Los déficits secundarios a la alteración de las FE teniendo en cuenta este modelo serían los siguientes (Servera, 2005):

Como resultado de una desinhibición conductual habría un débil control de la interferencia, incapacidad para cambiar patrones habituales, y nula inhibición de respuestas prepotentes.

En el caso de una débil memoria de trabajo no verbal, se genera una incapacidad para retener eventos en la mente, limitada capacidad de imitación de secuencias complejas, problemas de organización temporal, etc.

Si existe un retraso en la internalización del habla (memoria de trabajo verbal), se produce una capacidad reducida de reflexión, débil capacidad para auto cuestionarse, deficiente comprensión lectora, retraso en el razonamiento moral, etc. Una autorregulación inmadura del afecto/motivación/arousal genera una limitada autorregulación del afecto, menor perspectiva social, poca auto regulación del arousal al servicio de la acción orientada a un objetivo, etc.

Una reconstitución dañada tiene como desenlace un análisis limitado de la conducta, menor creatividad y diversidad en la conducta orientada a un objetivo, retraso en la capacidad para sintetizar conductas, etc. Finalmente, la reducción del control motor,

de la fluencia y la síntesis producen una desinhibición de conductas irrelevantes a la tarea, disminuida capacidad de persistencia, insensibilidad a la retroalimentación, inflexibilidad conductual, etc.

En resumen, como consecuencia de un déficit en estas funciones, se presentan niños y adultos con importantes dificultades para desarrollar conductas orientadas hacia un objetivo, con reducida capacidad de persistencia, de control de su conducta y su activación emocional, muy insensibles a la retroalimentación de proceso y resultado, y afectados por aspectos irrelevantes de las tareas (Servera, 2005).

Respecto al correlato neuroanatómico del modelo, de acuerdo con el autor, la inhibición conductual y al menos tres de las funciones ejecutivas se encuentran relacionadas con regiones de los lóbulos prefrontales: los procesos de inhibición conductual se asocian a las regiones orbitofrontales y sus conexiones con el cuerpo estriado. Más específicamente, el control de la interferencia se ha relacionado con la región prefrontal anterior derecha, y la inhibición de las respuestas prepotentes/los períodos de demora, en la región orbitofrontal. Por su parte, los dos tipos de memoria de trabajo (verbal y no verbal) estarían vinculadas a las regiones dorsolaterales, y el autocontrol de la activación/motivación/afecto, a las regiones ventrales mediales (Barkley, 1997).

Modelo teórico del TDAH propuesto por Thomas E. Brown (2006)

De acuerdo con el autor, las personas con TDAH por lo general van a experimentar dificultades para regular y controlar algunas o la totalidad de las seis funciones cognitivas que propone al interior de su modelo, las cuales son las siguientes:

1.- Activación (activarse, empezar los trabajos, organizar las tareas y los materiales, estimar el tiempo y establecer prioridades): las personas con TDAH tienen

dificultades para ponerse a hacer sus tareas y actividades pendientes, retrasándolas hasta que se vuelven urgentes, esta urgencia les proporciona la activación cognitiva y la motivación suficiente para trabajar en ellas. Existe una procrastinación notable. Existen a su vez problemas para planificar y regular el orden de las tareas, de acuerdo a su importancia. También es frecuente no se fijan en detalles críticos; por ejemplo, que estimen mal el tiempo entre citas o lo que pueden hacer en un periodo de tiempo determinado.

2.- Enfocarse/concentración (focalizar la atención, sostenerla y cambiarla entre tareas); es frecuente que personas con TDAH se quejen de problemas para enfocar la atención y mantenerla en tareas que no son muy interesantes para ellos, existiendo la posibilidad de que se queden ensimismados o soñando despiertos. Pueden existir distracciones, ya sea por fuentes internas (pensamientos) o externas. Las distracciones los llevan a tener que releer un texto en repetidas ocasiones de modo que logren extraer la idea o significado de la lectura. Existe a su vez dificultad para cambiar el foco de atención; de la misma forma que tienen problemas para concentrarse en un trabajo, también pueden tener el problema contrario, en donde se concentran tanto que no son capaces de retirar la atención de lo que están haciendo y dirigirla a otro estímulo cuando es necesario, existe inflexibilidad en este sentido.

3.- Esfuerzo (regular el estado de alerta, mantener el esfuerzo y regular la velocidad de procesamiento); existen problemas para regular el estado de alerta y el esfuerzo frente a trabajos que son largos, que constan de varios pasos y requieren de un esfuerzo continuo (no existe un correcto ajuste a las demandas cognitivas de la tarea, el rendimiento fluctúa y es inconsistente), más no ante tareas cortas, que exigen poco tiempo y se pueden hacer rápido y sin interrupciones. Dificultades crónicas para regular el

alerta y el sueño, no suelen lograr ir a dormir sino hasta muy tarde por problemas para “apagar su mente”. Una vez que logran dormir les es difícil despertar por la mañana.

4.- Emoción (manejar la frustración y modular las emociones); existe un umbral muy bajo de frustración y hay dificultades para regular la experiencia emocional y su expresión. Pueden existir reacciones emocionales desproporcionadas ante pequeños inconvenientes, también hay dificultad para manejar las emociones de preocupación, decepción, etc. Se refieren también dificultades para tener una perspectiva diferente con la emoción estando latente y habiendo sensibilidad notable a las críticas personales en ocasiones.

5.- Memoria (alteraciones en la memoria de trabajo y problemas para acceder a los recuerdos); existen en ocasiones quejas para retener alguna idea o información mientras atienden a otras tareas, también existen dificultades para evocar información que han aprendido antes cuando la situación lo requiere. Hay problemas para recordar donde acaban de colocar cierta pertenencia, que les acaban de decir, que es lo que acaban de leer o que estaban próximos a decir o hacer.

6.- Acción (monitoreo y autorregulación); existen dificultades para controlar las propias acciones, a menudo se actúa de forma impulsiva (hacen o dicen cosas sin una reflexión previa) o piensan rápidamente llegando a conclusiones erróneas. También hay problemas para monitorear el contexto en el que están interactuando, fallan en notar cuando otra persona pudiera estar enojada o dolida por algo que acaban de decir o hacer, y por tanto fallan en cambiar su conducta en respuesta a circunstancias específicas. También hay problemas para ajustar el ritmo en el que hacen cierto comportamiento, teniendo que incrementar o disminuir la velocidad con la que están llevando a cabo una determinada acción. En este punto, también se sostiene que la realización de una tarea requiere de 4 funciones que se han de producir de forma coordinada: a) inhibir la acción

hasta que el momento sea adecuado, b) observarse a sí mismo y al contexto para decidir cómo y cuándo actuar, c) realizar las acciones adecuadas cuando sean necesarias y d) observarse a sí mismo y a la situación cuando se actúa, para ajustar la conducta a las exigencias del contexto y la situación. De acuerdo con el autor, los problemas en el TDAH sí se ubican en la inhibición de la respuesta, pero implica un proceso complejo en el que estas cuatro funciones no actúan de modo coordinado, y esto es lo que produciría una conducta no adaptativa.

Comorbilidad psiquiátrica en el TDAH

La mayoría de los adultos con TDAH tienen un trastorno comórbido, y más de la mitad tienen dos o más trastornos comórbidos (Kessler et al., 2006; Wilens et al., 2009). De acuerdo con estudios casi el 80% de los pacientes con TDAH presentan al menos una vez en su vida una comorbilidad, siendo el trastorno de depresión mayor, trastorno por uso de sustancias y trastorno de ansiedad generalizada los más comunes (Fischer et al., 2007; Klassen et al., 2010;). Otros autores indican que las comorbilidades psiquiátricas comunes con el TDAH incluyen al trastorno negativista desafiante, de personalidad antisocial, de uso de sustancias, de ansiedad y del estado de ánimo (Barkley & Brown, 2008).

La literatura científica señala que el TDAH y otros trastornos podrían estar relacionados de dos formas principales: el TDAH puede generar deterioros adaptativos que hacen que una persona sea más vulnerable a los agentes estresantes del ambiente, lo que aumenta el riesgo de la presentación de otro trastorno psiquiátrico; o un individuo con TDAH puede tener vulnerabilidad genética a trastornos adicionales que se combinan para producir un deterioro aún mayor de lo que podría producir el TDAH solo; también puede haber una combinación de ambos factores (Brown, 2010). Brown también señala

que una explicación tentativa respecto a los elevados índices de comorbilidad en el TDAH, es que dicho trastorno es en realidad un trastorno básico de las funciones ejecutivas, lo que vuelve a quienes lo presentan más vulnerables a otros trastornos psiquiátricos.

El diagnóstico de las comorbilidades podría ser difícil porque los síntomas del TDAH podrían ocultar otros síntomas, como los de la ansiedad o los de las dificultades de aprendizaje, de la misma manera que los síntomas graves de depresión o de uso de sustancias podrían ocultar los síntomas de este trastorno. Dado que es más probable que los adultos busquen tratamiento para los problemas asociados a un trastorno comórbido que para los síntomas del TDAH, los pacientes diagnosticados con trastornos comúnmente comórbidos también deben ser evaluados para detectar posible TDAH (Barkley, 2010).

Trastorno de depresión mayor

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno de depresión mayor en muestras de adultos con TDAH oscilan entre el 16% y el 31% (Wilens et al., 2008). Estudios indican que dicha comorbilidad aumenta la gravedad del cuadro clínico y el deterioro funcional en comparación con los dos trastornos por separado (Barkley et al., 2008; Miller et al., 2007). La anhedonia, problemas de sueño e irritabilidad son algunos de los síntomas que la literatura científica reporta se han encontrado en adultos con TDAH con comorbilidad de depresión (Katzman et al., 2017).

La investigación señala que las cogniciones negativas y las actitudes disfuncionales juegan un papel importante en el desarrollo, el mantenimiento, el riesgo de recurrencia y el tratamiento de la depresión (Beck, 2008). Se cree que tanto el contenido cognitivo negativo (creencias), como las actitudes disfuncionales, reflejan el

funcionamiento de autoesquemas depresivos que conducen a un determinado procesamiento de la información (Dozois & Beck, 2008). Por ello, uno de los objetivos principales de la terapia cognitivo conductual para la depresión es la modificación de estos pensamientos automáticos no adaptativos, las actitudes disfuncionales y las creencias centrales. Basándose en el modelo de desarrollo cognitivo de la depresión, varios investigadores del TDAH han especulado que toda una vida de experiencias de fracaso percibidas podría conducir al desarrollo de patrones negativos de pensamiento, aumentando así la vulnerabilidad a la depresión (Murphy, 2006; Ramsay & Rostain, 2003; Safren et al., 2005). Cabe señalar que un reciente estudio con 81 personas diagnosticadas con TDAH determinó que los síntomas de inatención se asociaban con pensamientos automáticos negativos; igualmente se encontró que las personas con TDAH comórbido con depresión mostraron niveles aún más altos de pensamientos automáticos negativos que los pacientes con TDAH solo (Mitchell et al., 2013).

Autores señalan que la evitación conductual también es un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, los repertorios conductuales de los adultos deprimidos se caracterizan por un predominio de conducta evasiva (Ferster, 1973). Siendo más probable que los adultos con TDAH y depresión respondan a un factor estresante con estrategias de afrontamiento no adaptativas que les permiten escapar tanto del factor estresante como del efecto negativo que éste desencadena, en lugar de enfrentarlo y resolverlo (Ottenbreit & Dobson, 2004); la evitación no sólo no resolvería los problemas, sino que contribuiría a reducir la gama de comportamientos de la persona, impidiendo un mayor acceso a un posible refuerzo positivo (Martell et al., 2001); es probable que los adultos con TDAH empleen este recurso de la evitación como consecuencia de las dificultades del funcionamiento ejecutivo (Boonstra et al., 2005).

Otra comorbilidad que se reporta en pacientes con TDAH es la ideación e intento suicida. Un estudio reportó en sus hallazgos que, tras 10 años de seguimiento a un grupo de niños con TDAH, encontraron en la segunda evaluación (es decir, cuando los participantes ya eran adultos), que un número considerable de ellos, con el diagnóstico de TDAH en presentación combinada, presentaban mayor sintomatología psiquiátrica y altas ocurrencias de intentos suicida y autolesiones, así como un alto riesgo de padecer depresión mayor y distimia (Hinshaw et al., 2012). Por su parte otro estudio encontró que adultos con TDAH presentaban un número significativamente mayor de pensamientos, planes e intentos suicidas al compararlos con adultos sin TDAH (Park et al., 2011).

Finalmente, un estudio indica que algunas de las posibles explicaciones sobre el aumento de riesgo de ideación e intento suicida en esta población clínica es que las comorbilidades frecuentemente asociadas al TDAH son factores de riesgo, asimismo pudiera contribuir los rasgos de personalidad, las alteraciones cognitivas y las dificultades para resolver problemáticas a nivel social y emocional (Furczyk & Thome, 2014).

Trastorno límite de personalidad

Estudios indican que la frecuente comorbilidad entre el TDAH y el trastorno límite de personalidad-TLP (alrededor de un tercio de los pacientes con TLP tienen TDAH, y viceversa) sugiere mecanismos y etiología comunes (Matthies & Philipsen, 2014; Philipsen, 2006).

Algunos autores señalan que se desconoce la causa de las altas tasas de comorbilidad entre el TDAH y el TLP. Una posible explicación es que el TDAH y el TLP son expresiones de un trastorno subyacente o fenotipo; el TDAH sería la presentación temprana del TLP, puesto que ambos trastornos tienen características clínicas y factores de riesgo comunes, por tanto, el TDAH aumentaría el riesgo de un diagnóstico del TLP (O'Malley et al., 2015). Las características clínicas comunes entre ambos trastornos son la

impulsividad y la disregulación emocional (Davids & Gastpar, 2005). Sin embargo, la disfunción relacionada con la impulsividad ha sido identificada como el área de mayor solapamiento y como la base del deterioro funcional significativo para el TLP (Matthies & Phillipsen, 2014).

Presentar ambos trastornos implica presentar un mayor número de alteraciones en la vida diaria, esto queda en evidencia en un estudio en donde los autores encontraron que el grupo que tenía TDAH + TLP presentaba una puntuación significativamente más alta en medidas de depresión, ansiedad e impulsividad en comparación con el grupo de TDAH y con el grupo de TLP. Asimismo, el grupo de TDAH + TLP obtuvo una puntuación significativamente más baja en la mayoría de las medidas de funcionamiento intelectual y atención; también se observaron diferencias entre este grupo en comparación con los otros respecto al nivel educativo, el uso de sustancias y los antecedentes penales (O'Malley et al., 2015).

Por otro lado, es importante destacar que hay cierta evidencia que apunta a que los síntomas de la disregulación emocional median la relación entre el TDAH infantil evaluado retrospectivamente y los síntomas del TLP en la edad adulta (Fossatti et al., 2015). La disregulación emocional en el TLP se caracteriza por una reactividad emocional desproporcionada a estímulos del ambiente; asimismo presentan estrategias inadecuadas de regulación emocional tales como "supresión de pensamiento", que implica llevar a cabo esfuerzos para suprimir la respuesta emocional derivada de un pensamiento subjetivo, y la "rumiación", que es tener un enfoque de atención desproporcionado en las experiencias emocionales. De igual modo muestran un menor uso de estrategias adaptativas como la "reevaluación cognitiva", que es tener una perspectiva diferente de una situación con el fin de cambiar el estado afectivo; y la "aceptación", que es adoptar

una postura menos crítica hacia experiencias internas, en comparación con los individuos sin el trastorno (Rufenacht et al., 2019).

Trastorno de ansiedad

Un estudio encontró que, en una muestra de 367 adultos con TDAH, el 23% tenía un trastorno de ansiedad (Piñeiro-Dieguez et al., 2016). Por su parte un estudio previo reportó que un 47% de los adultos con TDAH presentan un trastorno de ansiedad (Kessler et al., 2006).

La literatura científica señala que la presencia combinada de TDAH y trastorno de ansiedad generalizada lleva a una presentación más complicada y grave, prueba de ello es un estudio donde los pacientes con altos niveles de ansiedad estuvieron consistentemente más afectados en múltiples medidas de TDAH, tales como labilidad emocional, sobrerreacción emocional y temperamento no adaptativo (Reimherr et al., 2017).

Algunos de los síntomas que también se han encontrado en pacientes con la combinación TDAH + ansiedad son el uso de sustancias, un inicio más temprano de los síntomas de ansiedad severa y mayor probabilidad de presentar algún otro trastorno psiquiátrico (Katzman et al., 2017).

Otros autores también indican que los adultos con TDAH suelen describir patrones de evitación en relación con actividades o tareas que les resultaron difíciles o frustrantes en el pasado. Cabe señalar que la ansiedad surge en contextos específicos y tareas asociadas con una amenaza, los síntomas no se manifiestan cuando los pacientes no se encuentran frente a los estresores (Ramsay & Rostain, 2008).

Si bien la ansiedad y el TDAH suelen coexistir, comúnmente la ansiedad se desarrolla consecuente a los síntomas del TDAH, esto es debido a que los adultos con TDAH se han enfrentado a mayores dificultades al tratar de manejar las exigencias de la vida, muchas tareas aparentemente simples pueden haberse percibido como amenazas en la medida en que se han asociado con vergüenza u otros sentimientos preocupantes. Por ello, los adultos con TDAH pueden experimentar angustia cuando se enfrentan a estas demandas, magnificando sus problemas atencionales e incrementando la probabilidad de evitación de las tareas, procrastinación y otras dificultades para persistir y completar dichas actividades (Schatz & Rostain, 2006).

Trastornos del sueño

Adultos con TDAH suelen informar de problemas de sueño, de acuerdo con un estudio más del 70% de los pacientes adultos con TDAH se quejaron de su sueño (Kooij, 2001). Dos estudios polisomnográficos confirmaron que los problemas de sueño, como los despertares nocturnos, son más frecuentes en los pacientes adultos con TDAH en comparación con los controles (Philipsen et al., 2005; Sobanski et al., 2008a). Sin embargo, los pacientes no sólo informan de problemas en el inicio del sueño y de mantenerlo, sino también una menor sensación de descanso por la mañana, el cual es un aspecto que tiene una alta correlación con la gravedad de los síntomas diurnos del TDAH (Schredl & Sobanski, 2007) y con una mayor somnolencia diurna (Surman et al., 2009).

Otro estudio destaca que muchos adultos con TDAH tienen problemas para conciliar el sueño porque “no pueden apagar sus pensamientos”, refieren sentirse cansados, pero presentan dificultades para dormir por una mala higiene del sueño, en donde se realizan actividades que hacen que sigan despiertos (uso de pantallas, por ejemplo), existe una falta de conciencia del tiempo y hay un juicio deficiente sobre la necesidad de dormir (Ramsay & Rostain, 2008).

Uso de sustancias

Estudios retrospectivos en adultos señalan que los niños que padecen TDAH tienen mayor riesgo de consumir tabaco y abusar de drogas en la adolescencia, y que las personas que tienen TDAH tienden a mantener su adicción por un tiempo aún más prolongado en comparación con sus pares que no tienen este trastorno (Spencer et al., 2007). En este mismo sentido, la literatura científica reporta una alta incidencia de consumo de alcohol y otras sustancias entre los niños y adolescentes que padecen TDAH (Barkley et. al., 2006). En relación con sus pares, los adolescentes con TDAH informan de más episodios de embriaguez y de consumo de alcohol más frecuente, y tienen un consumo tres veces mayor de sustancias ilícitas durante toda su vida (Molina & Pelham, 2003).

De acuerdo con un estudio el uso de sustancias en el TDAH es dos veces más común que en la población general, siendo el alcohol, nicotina, marihuana y cocaína las principales drogas de abuso (Katzman et al., 2017). Otra investigación señala que un 26% de los adultos de su muestra presentaba dependencia al alcohol y 16% para abuso de sustancias (Barbaresi et al., 2013). Cabe señalar que la existencia de un trastorno por uso de sustancias se asocia con un incremento en la intención suicida, menor probabilidad para conseguir la abstinencia y tasas más bajas de adherencia a los tratamientos (Katzman et al., 2017).

Se ha sugerido que una baja actividad de la dopamina en las personas con TDAH y la capacidad de todas las sustancias adictivas de aumentar la liberación de dicho neurotransmisor constituyen la posible relación entre el TDAH y el trastorno por uso de sustancias (Volkow et al., 2007). A este respecto conviene señalar la hipótesis de automedicación de Khantzian, quien fue de los primeros autores que hablaron de ella, en dicha hipótesis se establece que, aunque existen otros factores determinantes en el uso y

abuso de sustancias, la automedicación es una de las razones de mayor peso (Khatzian, 1985).

Otra investigación apoya esta hipótesis ya que asegura que la comorbilidad entre TDAH y el trastorno por uso de sustancias (TUS) se debe a intentos de autotratamiento (Biederman et al., 2000). Esta idea nació a partir de un estudio, en el que se reportó una marcada reducción de la sintomatología de TDAH tras el consumo de cocaína, esto se podría presentar puesto que el uso de esta sustancia psicoactiva conduce postsinápticamente a un aumento de la concentración de dopamina, lo que produce un alivio de los síntomas (Volkow et al., 2003). Por otra parte, otro estudio demostró que la nicotina tiene un efecto comparable sobre los transportadores de la dopamina, tal como se conoce para el metilfenidato, uno de los principales fármacos usados en el TDAH (Krause et al., 2002).

Patología dual.

Investigadores han propuesto el término patología dual para referirse a la coexistencia de al menos un trastorno por uso de sustancias, con al menos otro trastorno mental (Szerman et al., 2013). En cuanto a las hipótesis que intentan explicar la aparición de la patología dual, estas se dividen principalmente en dos. La hipótesis de la automedicación, que considera el uso de sustancias psicoactivas como el resultado de la búsqueda de aliviar los síntomas del trastorno mental (Hall & Queener, 2007), y la hipótesis que sugiere la existencia de vulnerabilidades neurobiológicas comunes que hacen a los individuos susceptibles de desarrollar ambos trastornos (Lembke, 2012; Samaha & Potvin, 2014).

Respecto a la patología dual TDAH + TUS, un metaanálisis estimó que existe una prevalencia de 19 a 27% de pacientes con estos dos trastornos, dependiendo de la sustancia preferida que se estudie (Van Emmerik-Van, 2012).

El aumento del riesgo de desarrollar TUS entre los individuos con TDAH puede estar relacionado con los síntomas centrales del trastorno, como la impulsividad, así como con problemas asociados en el TDAH, como las dificultades en la disregulación emocional y la motivación. Los adultos con TDAH también reportan altos niveles de estrés en la vida diaria y una pobre habilidad para enfrentar las situaciones de la vida diaria (Hirvikosky et al., 2009), y el abuso de sustancias puede ser una estrategia sobre la que se apoya para enfrentar la situación.

Como se mencionó, la comorbilidad psiquiátrica es común en adultos con TDAH. El 80% se presenta con al menos un diagnóstico adicional del DSM-5 (Sobanski et al., 2008) y la comorbilidad como tal también puede aumentar el riesgo de abuso de sustancias. Además, factores psicosociales como el fracaso en la escuela y en la vida laboral pueden también combinarse para aumentar el riesgo de TUS. Desde una perspectiva genética se han detectado distintos alelos de genes que se asocian a la presencia de TDAH y a un mayor riesgo para desarrollar un TUS, como los implicados en la codificación del receptor D2 y D4 de la dopamina (Aguirre & Nicollini, 2005).

Referente a las alteraciones cognitivas secundarias a la patología dual, la literatura científica afirma que cabe esperar importantes déficits cognitivos en los pacientes con patología dual debido a los efectos aditivos de los trastornos psiquiátricos y los TUS (Benaiges, 2013). Sin embargo, se ha establecido que este déficit depende, entre otros factores, de la sustancia principal de la que se abusa, del dominio cognitivo evaluado y de la edad de los pacientes.

En un análisis acerca de las implicaciones clínicas de la patología dual (TDAH +TUS) a diferencia de únicamente presentar este último, conviene destacar un estudio que comparó a un grupo TDAH + TUS con un grupo de TUS en una clínica de sustancias (sin un diagnóstico conocido de TDAH); el grupo de TDAH+TUS se caracterizó por

conductas antisociales tempranas y persistentes y diferentes patrones de abuso. Asimismo, cuando se comparó con un grupo de pacientes hombres con TDAH fuera de una clínica de sustancias, el grupo TDAH+TUS mostró sintomatología infantil más acentuada y una capacidad cognitiva general más pobre (Mulder et al., 2013).

Por su parte, otro estudio tuvo como principal hallazgo, la prevalencia de los trastornos cognitivos en el 100% de los pacientes con patología dual. Estos déficits cognitivos pueden afectar a la capacidad de participar en el tratamiento y aumentar el riesgo de recaída. También pueden impedir que los pacientes aprendan de sus errores, estimen las consecuencias negativas de sus acciones y anticipen las consecuencias de sus actos. Los déficits cognitivos también pueden hacer que los pacientes tomen decisiones principalmente sobre la base de estados afectivos, que tengan una deficiente auto vigilancia de su comportamiento, y un pobre reconocimiento de sus limitaciones (Lopera Lopera et al., 2019).

Disregulación emocional en el TDAH

Definición de disregulación emocional

La disregulación emocional (DE) se ha definido como un constructo multidimensional que involucra una falta de inhibición conductual asociada con emociones negativas o positivas de intensidad elevada, así como una falla subsecuente para llevar a cabo acciones de autorregulación (Mitchell et al., 2012). También se ha establecido que comprende expresiones y experiencias emocionales que son excesivas en relación con las normas sociales y son inapropiadas en su contexto; involucra cambios rápidos y mal controlados en la emoción, a su vez existe una asignación deficiente de la atención hacia los estímulos emocionales (Shaw et al., 2014).

Prevalencia de la disregulación emocional en el TDAH

Se estima que la prevalencia entre los niños diagnosticados con TDAH se ubica entre el 24-50%. En los adultos con TDAH se estima que es de entre el 30-70% (Shaw et al., 2014). Otros estudios han informado que se encuentra hasta en un 50-76% de niños y adolescentes (Anastopoulos et al., 2011), y un 72-90% de adultos (Reimherr et al., 2010). Se han identificado niveles más altos de DE tanto en niños como en adultos con la presentación combinada de TDAH (Anastopoulos et al., 2011; Reimherr et al., 2010).

Conceptualización de la disregulación emocional en el TDAH y sus implicaciones clínicas

Desde hace mucho tiempo se reconoce que la disregulación emocional es común en los individuos con trastornos del neurodesarrollo, incluido el TDAH. De hecho, en la conceptualización temprana de este trastorno como reflejo de un "daño cerebral mínimo", la disregulación emocional se situó por encima de la falta de atención entre los síntomas cardinales (Clements, 1966). Sin embargo, desde 1968, las versiones del DSM han incluido los déficits en la regulación emocional como síntomas asociados al TDAH, más no como signos cardinales (Barkley et al., 2006). Debido a la alta prevalencia de síntomas emocionales entre estos pacientes, junto con los modelos predominantes de TDAH que hacen hincapié en la alteración de las funciones de autorregulación, algunos autores consideran que los síntomas emocionales son parte integral del TDAH, en lugar de un rasgo asociado (Barkley, 2015).

De acuerdo con un estudio, parece extraño que la cognición y los comportamientos impulsivos y mal regulados sean criterios para el TDAH, pero las emociones impulsivas y mal reguladas no lo sean (Faraone et al., 2019). Esta cuestión ha suscitado una serie de controversias nosológicas, ya que se ha observado que los adultos con TDAH y DE no reconocido suelen ser mal diagnosticados y tratados por ansiedad,

depresión, trastorno afectivo mixto, ciclotimia y trastornos de personalidad límite (Asherson et al., 2005).

Sin embargo, autores reconocen que el hecho de que la DE esté presente sólo en un subconjunto de individuos con TDAH, que la DE también existe en individuos sin TDAH, así como la falta de consenso sobre cómo medirla, resultan ser grandes retos a considerar antes de que se puedan considerar hacer cambios en los criterios de diagnóstico (Faraone et al., 2019).

Descripción y expresión clínica de la disregulación emocional en el TDAH

Algunos de los signos que se asocian con la DE en el TDAH son la baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos de humor, impulsividad emocional y labilidad emocional (Surman et al., 2013). Otras observaciones clínicas publicadas sobre la DE en adultos con TDAH describen "sentimientos de irritabilidad" (Reimherr et al., 2005), "incapacidad para regular el estado de ánimo", con "altos" y "bajos" que persisten por períodos de horas la mayoría de los días, con cambios que ocurren tanto espontánea como reactivamente (Wender et al., 1985), un "mal temperamento" o "mecha corta" (Wender et al., 2001) y un estado de ánimo "altamente volátil" (Asherson et al., 2005).

La DE también se expresa en el TDAH a través de la impaciencia, la rapidez con que se enfadan, la facilidad para frustrarse y la evidencia de alguna reacción emocional exagerada (Barkley et al., 2008). A su vez la DE también implica una sensibilidad y una impulsividad emocional muy volátil debido a un pobre autocontrol. La impulsividad emocional contribuye a los síntomas del TDAH, tales como la impaciencia y la baja tolerancia a la frustración, la rapidez de la ira/agresión reactiva/explosiones de mal genio, y labilidad emocional (Barkley, 2015).

Cabe señalar que aun cuando la DE se describe más a menudo como una manifestación de "baja tolerancia a la frustración, impaciencia, rapidez de la ira" (Barkley, 2010); los individuos con TDAH también pueden experimentar impedimentos en su capacidad para regular las emociones positivas. De hecho, hallazgos indican que, aunque entre los niños/jóvenes de entre 7-13 años con TDAH, la ira era la emoción más comúnmente disregulada (61% en niños y 65% en niñas, muchos niños también exhibían disregulación de la tristeza (61% en niños y 50% en niñas), la felicidad (52% en niños y 48% en niñas), y el miedo (34% en niños y 42% en niñas); (Sjowall et al., 2013).

Evaluación de la regulación emocional

De acuerdo con un estudio, la regulación de las emociones puede referirse a una amplia gama de procesos biológicos, sociales y conductuales, así como a procesos cognitivos inconscientes o conscientes; en relación con este último, ciertas cogniciones o procesos cognitivos ayudarían a gestionar/regular las emociones y los sentimientos, y a mantener el control sobre dichos estados afectivos de modo que las personas no se sientan abrumadas por ellas durante o después de haber experimentado acontecimientos amenazantes o estresantes (Garnefski et al., 2001).

Uno de los instrumentos que se han elaborado, justamente para medir este aspecto particular de la regulación emocional, es el *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ por sus siglas en inglés); (Garnefski et al., 2001), el cual es un cuestionario que se enfoca exclusivamente en la parte cognitiva de la regulación emocional, es decir, se encuentra dirigido a los componentes cognitivos, conscientes auto regulatorios de la regulación emocional. Se enfoca en medir las estrategias cognitivas que caracterizan el estilo de una persona al responder a eventos estresantes.

El instrumento original cuenta con 36 reactivos en escala Likert y con nueve subescalas: 1.- auto culparse: hace referencia a pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo y la consecuente emoción displacentera a la propia persona, 2.- culpar a otros: hace referencia a pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo y la consecuente emoción displacentera a otras personas, 3.- aceptación: se refiere al hecho de resignarse y tener pensamientos que acepten que el evento negativo ha ocurrido, 4.- refocalización en los planes: se relaciona con pensar en los pasos que deben ponerse en práctica para solucionar el problema, 5.- focalización positiva: se refiere a tener pensamientos agradables y alegres, en vez de pensar en el evento problemático, 6.- rumiación: hace referencia al hecho de pensar repetida y pasivamente sobre los sentimientos o problemas existentes tras la ocurrencia de un evento negativo, a pesar de que éste ya haya pasado, 7.- reinterpretación positiva: consiste en la creación de pensamientos que otorgan un significado positivo al evento desagradable, facilitando así el crecimiento personal, 8.- poner en perspectiva: consiste en buscar disminuir y relativizar la gravedad del suceso, comparándolo con otros sucesos y 9.- catastrofizar: hace referencia a pensamientos que anticipan consecuencias negativas exageradas o desproporcionadas y puede definirse como una tendencia a magnificar el valor amenazante de ciertos acontecimientos desagradables lo cual incrementa la sensación de indefensión. En este mismo estudio los autores reportaron que las estrategias se podían dividir entre adaptativas (refocalización en los planes, aceptación, reenfoque positivo, reevaluación cognitiva y poner en perspectiva) y mal adaptativas (auto culparse, culpar a otros, rumiación y catastrofizar) según su relación con síntomas de ansiedad y depresión (Garnefski et al., 2001).

Consecuencias de la disregulación emocional en el TDAH

La literatura científica encontró que la DE en adultos con TDAH está significativamente asociada con una menor calidad de vida, peor adaptación social, problemas financieros y un aumento de las multas/accidentes de tráfico y los arrestos judiciales; así como con menos años de escolaridad, menor probabilidad de graduarse de la secundaria y la universidad (Surman et al., 2013).

La DE se ha señalado como un factor que contribuye de forma independiente sobre una gama de impedimentos sociales, ocupacionales y educativos en adultos con TDAH, a menudo más allá de la influencia de los síntomas centrales del TDAH (Barkley & Fischer, 2010; Barkley & Murphy, 2010). Otro estudio con una muestra de 428 adolescentes sin trastorno encontró que la DE se correlacionaba con problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión, los trastornos de la alimentación, la ideación suicida y el abuso de alcohol y sustancias (Weinberg & Klonsky, 2009).

Presentar DE trae como consecuencia que los pacientes con TDAH experimentan problemas en las relaciones sociales, incluyendo el rechazo social, y el aislamiento, experimentan problemas de pareja y matrimoniales, tienen dificultades para alcanzar los objetivos o requisitos laborales, o académicos, (reciben suspensiones o expulsión de la escuela, pierden su trabajo o no consiguen un ascenso). Finalmente, el autor apunta a que tienen mayor probabilidad de desarrollar ansiedad y/o depresión, tener problemas de conducta, y pudieran estar involucrados en problemas legales (Barkley, 2015).

Tratamiento de la disregulación emocional

El tratamiento farmacológico para los síntomas centrales del TDAH suele estar vinculado a un efecto beneficioso sobre la disregulación de las emociones y debe considerarse la primera línea de tratamiento. En este mismo sentido, estudios dan cuenta

de pruebas preliminares en las que la DE puede responder al tratamiento con atomoxetina (Reimherr et al., 2005) y metilfenidato (Reimherr et al., 2007).

Con respecto a intervenciones no farmacológicas, la terapia cognitivo conductual puede ayudar a los individuos con TDAH a reconocer y etiquetar las emociones con precisión, a desafiar las emociones que no son apropiadas para el contexto y a hacer frente a las intensas reacciones emocionales negativas (Mongia & Hechman, 2012). Otro estudio igualmente señala que psicoterapias de orden cognitivo conductual que se dirigen específicamente a la disregulación de las emociones son eficaces (Sonuga-Barke et al., 2013). Finalmente, destaca un estudio que comparó a adultos en los que existe remisión de TDAH de su infancia con aquellos en los que no; en dicha comparación, 55 adultos con TDAH persistente mostraron mayores tasas de disregulación emocional (42-72%, dependiendo de los síntomas específicos) que 80 adultos con TDAH remitido (23-45%), aunque ambos grupos difirieron de los sujetos sanos. Esto sugiere que a medida que los síntomas del TDAH tienen una mejoría, también puede existir una mejoría en la disregulación emocional (Barkley & Fishcher, 2010).

Calidad de vida en el TDAH

El grupo de especialistas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicado al estudio de temas relacionados a la calidad de vida (QoL por sus siglas en inglés) señala que este concepto hace referencia a "la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones" (WHO, 1997). Otros autores señalan es un término que explica la satisfacción de la vida y el cumplimiento de las expectativas de uno dentro del medio social y cultural en el que se vive y trabaja, esta definición comprende a la salud física y mental, los niveles de independencia, las relaciones sociales, las cuestiones ambientales, las actividades, las

creencias individuales, el punto de vista de la vida misma y la salud, la esperanza y los hábitos (Saxena et al., 1997).

Se ha reportado que el TDAH puede afectar el desenvolvimiento del paciente en actividades o intereses que él o ella valore, lo que puede impactar negativamente en la QoL y el nivel de bienestar (Devins, 1994). Un número considerable de problemas de tipo psicosocial se han encontrado más presentes en la población con TDAH en comparación con la población en general (Biederman et al., 2008), asimismo hay un mayor riesgo de presentar otras psicopatologías (Miranda et al., 2008). Dado que estos resultados se han asociado con niveles de calidad de vida y satisfacción disminuidos, parece razonable que esta población clínica sea más vulnerable a una QoL baja, esto queda en evidencia a través de los siguientes estudios:

En un estudio en donde se evaluaron la relación entre los síntomas del TDAH y las áreas de calidad de vida específicas en 149 adultos, hubo una correlación negativa entre todos los componentes de la QoL y las puntuaciones de falta de atención e hiperactividad. Este estudio concluyó que la falta de atención era significativa como predictor de las puntuaciones de los resultados emocionales y la hiperactividad fue significativo como predictor tanto de las puntuaciones de los resultados de salud mental como de las puntuaciones de funcionamiento social (Gjervan et al., 2012). Otro estudio realizado en población de estudiantes universitarios mostró que el grupo con TDAH informaba de una calidad de vida inferior en comparación con los grupos sin el trastorno (Grenwald-Mayes, 2002). Por su parte, en adultos con TDAH también se encontraron puntuaciones de QoL más bajas, cuando se comparaban con los grupos de control y subumbrales (Brod et al., 2006). Finalmente, un estudio también mostró que los adultos taiwaneses con TDAH tenían una menor calidad de vida que los controles (Chao et al., 2008).

Evaluación del TDAH

La literatura científica indica que para poder evaluar a una persona y determinar si presenta TDAH, se pueden implementar distintos procedimientos, entre los que se encuentran: entrevistas diagnósticas, escalas de valoración, pruebas neuropsicológicas, medidas de laboratorio y evaluaciones en situaciones análogas, cuya información se complementará con la información que se obtenga de los padres del paciente, sus profesores, y/o en su caso, de su pareja o personas cercanas. Es decir, se debe basar en un sistema de multi informantes (Palacio et al., 2010; Yáñez, 2016).

Todo lo anterior con el propósito de obtener el mayor número de datos relacionados con los síntomas presentados sobre el TDAH o de algún otro trastorno comórbido. Durante la entrevista se debe poner especial énfasis en saber a qué edad iniciaron los síntomas y de qué manera aparecieron, cómo fueron evolucionando y si hay antecedentes al respecto. También es importante observar la conducta de la persona, ya que esto permitirá detectar algunos signos clínicos propios del trastorno; asimismo es importante recabar el historial médico con estudios médicos previos, los registros académicos y cualquier otro documento que de una mayor claridad sobre la evolución de los síntomas. En caso de que la evaluación documente la posible existencia de un trastorno comórbido, deberá realizarse un análisis mucho más exhaustivo, para lo cual se puede hacer uso de entrevistas estructuradas, o bien emplear listas de chequeo de síntomas propios de los trastornos mentales en el DSM-5, de modo que ello sirva como complemento a las escalas conductuales, las pruebas neuropsicológicas e idealmente tareas de laboratorio (Yáñez, 2016). Sin embargo, no existe una prueba por si sola que sea sensible y específica para detectar el TDAH, ningún biomarcador como alguna prueba de laboratorio o una prueba neuropsicológica en concreto (Kooij, 2013), aunque autores

indican que la evaluación neuropsicológica constituye una herramienta imprescindible en el diagnóstico y caracterización del TDAH (Conde et al., 2021).

De acuerdo con Yáñez (2016), algunas de las pruebas neuropsicológicas que se recomienda aplicar durante la fase de evaluación son aquellas que permiten conocer el nivel intelectual del paciente, tales como las Escalas Wechsler de Inteligencia (Wechsler, 2014), con el objetivo de poder enfocar de mejor modo la intervención. A su vez, la autora señala que la evaluación de las funciones ejecutivas es de suma importancia puesto que son funciones sobre las que la literatura científica ha recabado más información respecto a su participación en el origen de la sintomatología de este trastorno. Las pruebas de funcionamiento ejecutivo sobre las que mayormente se ha hecho uso son la Torre de Londres-TOL (Culbertson & Zilmer, 1999), la prueba de Stroop (Golden, 2001) y la prueba de Clasificación de cartas de Wisconsin-WCST (Heaton et al., 1997).

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que las pruebas neuropsicológicas requieren de la operacionalización de un concepto a una tarea que pueda ser medida, pero en el caso de las funciones ejecutivas, esta operacionalización va en contra de la exigencia de validez ecológica, por ello la evaluación de dichas funciones implica un tema complicado puesto que una gran parte de las pruebas neuropsicológicas estandarizadas están muy estructuradas y ofrecen al evaluado indicaciones bien definidas de lo que se espera de él o ella (Lezak, 1982); mientras que en situaciones de la vida cotidiana que implican a las FE, muchas veces falta esta estructura y las acciones y actividades tienen que ser autoimpuestas, es decir, los pacientes habrán de establecer sus propios objetivos, iniciarlos y alcanzarlos.

Este es el motivo por el que existe una gran brecha entre las pruebas neuropsicológicas y las situaciones complejas de la vida cotidiana (Wilson et al., 2019).

Un estudio incluso afirma que "muchos pacientes tienen éxito en las pruebas, pero llegan a fracasar en la vida" (Devinski, 1992). Llama la atención que se ha encontrado casos en los que las personas con alteración evidente en las FE en la vida cotidiana aún se desempeñan dentro de parámetros normales en pruebas de FE ampliamente utilizadas, como la prueba de Clasificación de cartas de Wisconsin-WCST, la prueba de Stroop o el Trail Making Test-TMT (Shallice & Burgess, 1991).

Asimismo, existen autores que señalan que dichas pruebas pueden detectar déficits en el funcionamiento ejecutivo, y los resultados anormales de estas pruebas son buenos predictores del TDAH. Sin embargo, también indican que las puntuaciones normales en estas mismas pruebas son malos predictores de la ausencia de TDAH (Lovejoy et al., 1999).

En relación con esta aparente paradoja, en donde el TDAH es un trastorno de las funciones ejecutivas y, en ocasiones los individuos con este trastorno no muestran ningún déficit en las pruebas neuropsicológicas del funcionamiento ejecutivo, un estudio apunta a que es posible que las pruebas no sean lo suficientemente sensibles para detectar déficits cognitivos leves, o que los individuos que se someten a las pruebas estén compensando los déficits ejecutivos mediante recursos cognitivos alternativos (Doyle, 2006). Otros autores indican que es importante tener en cuenta que la conducta propositiva y la resolución de problemas diarios del adulto se presenta en contextos con poca estructura, en las que el individuo se enfrenta a una inmensidad de opciones de respuesta para encarar los objetivos, gestionar los recursos personales, tener una gestión a través de autoayuda (una agenda como recurso externo frente a dificultades de planificación/memoria prospectiva, por ejemplo), etc. Resulta entonces complicado de acuerdo con los autores replicar este contexto durante la evaluación, en donde por lo

general existen reglas y opciones de respuesta que están muy restringidas (Bombin-González et al., 2014).

De acuerdo con la investigación, este es por tanto un importante reto de la neuropsicología clínica, ya que algunos de los pacientes con alteraciones de las funciones ejecutivas (no solamente en el TDAH sino también en pacientes con traumatismos craneoencefálicos leves) presentan importantes alteraciones en su funcionamiento diario que frecuentemente pasan desapercibidas al sistema de salud por la falta de pruebas sensibles para identificar tales dificultades, con lo que suele quedar la posibilidad de que no reciban la atención precisa (Barkley, 2010a; Barkley 2012; Bombin-González et al., 2014).

Es por esta situación que un estudio indica que junto con la detección y descripción de posibles déficits ejecutivos durante la evaluación neuropsicológica, resulta esencial la identificación del impacto de estos problemas ejecutivos en los aspectos funcionales de la vida diaria (el énfasis en estas dificultades del funcionamiento cotidiano es de gran utilidad para el diseño de procesos de rehabilitación), así como la determinación de la capacidad que tiene la persona para llevar una vida independiente o de sus recursos personales para incorporarse en una actividad profesional normalizada (Bombin-González et al., 2014).

En este sentido, autores señalan que las escalas de autocalificación de funciones ejecutivas, que evalúan un nivel de funcionamiento ejecutivo diferente al de los procesos neurocognitivos medidos por las pruebas neuropsicológicas, pueden ser útiles para diagnosticar y evaluar el curso del TDAH en los individuos. En éstas la mayoría de los adultos con TDAH tendrán déficits en gran parte de las funciones ejecutivas relacionadas

con las actividades de la vida diaria, tales como la automotivación, la autoorganización y resolución de problemas, la autoactivación y el autocontrol (Barkley & Murphy, 2010).

Por su parte también se habrá de incluir durante la evaluación a las escalas conductuales, que son herramientas en las que se hacen preguntas acerca de los síntomas del TDAH y ayudan a determinar el grado con el que éstos se presentan. Son útiles para el diagnóstico, evaluación y para dar seguimiento al tratamiento (Amador et al., 2010; Yáñez, 2016;). Entre las escalas que mayormente destacan se encuentran:

Wender Utah Rating Scale-WURS (Ward et al., 1991): Es una escala autoaplicable que ayuda a evaluar de forma retrospectiva síntomas de TDAH presentados durante la infancia. Está formado por 61 ítems que se valoran en una escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta, que van desde el 0 (“nada o casi nada”) al 4 (“mucho”). Todos los ítems empiezan con el enunciado “De pequeño era (o tenía, o estaba)”. Los primeros 42 ítems recogen información sobre conductas y síntomas del TDAH, del estado de ánimo, de problemas de relación con familiares, compañeros o figuras de autoridad. Los ítems 43 a 49 se refieren a problemas médicos y los últimos 12 a problemas escolares y académicos. Cabe señalar que existe una versión breve con 25 ítems permiten discriminar a pacientes adultos con antecedentes de TDAH en la infancia (Amador et al., 2010). La traducción y adaptación al español de esta escala presenta una consistencia interna de 0.94, sensibilidad de 91.5 y especificidad de 90.8 (Rodríguez-Jiménez et al., 2001). En población mexicana se ha reportado una consistencia interna $<.80$ (Lara-Muñoz et al., 1998).

Adult Self-Report Scale-ASRS (Kessler et al., 2005): es un autoinforme formado por los 18 síntomas del DSM-IV para el TDAH, los ítems se valoran en una escala con las opciones: nunca, raramente, algunas veces, a menudo y muy a menudo. Este autoinforme

se desarrolló en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), con una muestra de 154 adultos entre 18 y 44 años. Se ha desarrollado una versión de cribado (ASRS-v1.1) formada por 6 ítems con un poder clasificatorio de 96.2%, la traducción al español tiene una sensibilidad de 82.2% (Kessler et al., 2005; Ramos-Quiroga et al., 2009). En población mexicana universitaria la versión al español completa presento una consistencia interna de 0.88 (Reyes-Zamorano et al., 2009).

Finalmente mencionar que, en caso de que la impresión diagnóstica de un niño sea la de TDAH, también será conveniente que sus padres o familiares en primer grado reciban una evaluación, ya que se ha encontrado que un 25% de los niños con el trastorno tienen un padre que igualmente cumple con el diagnóstico, y que pudo haber desarrollado muchos mecanismos de compensación sin ser consciente de su funcionamiento alterado (Faraone & Doyle, 2001; Pallanti & Salerno, 2020).

En relación con los paradigmas de evaluación para el TDAH, mencionar que en los últimos años se han empezado a desarrollar ciertas herramientas con tareas aplicadas a la vida diaria catalogadas como “pruebas de evaluación basadas en multitarea” (Bombin-González et al., 2014), lo cual implica un avance en el contexto de la evaluación, ya que posiblemente permitan poner de manifiesto los déficits en pacientes con TDAH que actualmente se ubican dentro de parámetros normales en pruebas usadas comúnmente en la práctica clínica de hoy en día. Autores mencionan que no únicamente habrían de tener carga cognitiva estas pruebas neuropsicológicas, sino que también habrán de incluir la evaluación de componentes afectivos, ya que es un área en la que también presenta déficits esta población clínica (Lopez-Martin et al., 2010).

Tratamiento farmacológico del TDAH

El tratamiento farmacológico comprende principalmente a los medicamentos estimulantes (metilfenidato y anfetaminas) y no estimulantes (atomoxetina y agonistas adrenérgicos). Los estimulantes son sustancias psicoactivas que tienden a tener los siguientes efectos, sean en sujetos sanos o con TDAH: incremento del estado de alerta y sensación de ascenso de energía. Pueden actuar de las siguientes formas: por medio de la liberación de monoaminas en el espacio sináptico, y bloqueo de los mecanismos de recaptura o inhibición de MAO, enzima que degrada a las monoaminas (Galicia, 2015).

Metilfenidato: es un fármaco psicoestimulante, con el cual se logra disminuir la inquietud, así como algunas respuestas impulsivas y conductas inapropiadas que el paciente tenga, igualmente permite mejores tiempos de reacción, aumenta la vigilancia, hay mayor concentración y memoria de corto plazo (Kooij, 2013). Se ha indicado que la mejoría en el control inhibitorio obedecería al efecto que el fármaco tiene a nivel circuitos frontoestriatales y en el área de la corteza prefrontal (Rubia et al., 2011). El mecanismo de acción del fármaco consiste en bloquear los transportadores de dopamina (DAT) y de noradrenalina (NET), aumentando la disponibilidad de dichos neurotransmisores en el espacio intra sináptico (Stahl, 2014).

Es un fármaco que se ha usado de modo terapéutico por más de 50 años, y que si bien presenta la misma distribución de la cocaína, difiere con ella en su farmacocinética y potencial adictivo (Galicia, 2015). El abuso de la cocaína iría en función al hecho de que bloquea a un 60% de los transportadores de dopamina; en el caso del metilfenidato no existe esa mayor ocupación del transportador, por lo que no se abusa por lo general a menos que se administre de forma intravenosa; si se administra de forma oral no se genera el efecto de euforia característica de la cocaína (Galicia, 2015; Voeller, 2004). Los fármacos anfetamínicos (entre los que destaca la dextroanfetamina y lisdexanfetamina), al

igual que el metilfenidato inhiben a DAT, pero también promueven una mayor liberación de monoaminas en el espacio sináptico (Posner & Greenhill, 2013).

Cabe señalar que el tratamiento con estimulantes tendría un efecto protector frente a un posible hábito de fumar a futuro (Schoenfelder et al., 2014) e igualmente tendría un efecto neutral o protector frente al abuso de sustancias (Groenman et al., 2013; Chang et al., 2014). De igual forma, un estudio reporta que la densidad del transportador de dopamina (DAT) se logra reducir con el tratamiento farmacológico, de manera específica con el metilfenidato (Kelly et al., 2007).

A su vez el fármaco normalizaría a nivel estructural y funcional anomalías del cerebro. Se ha visto que incluso una sola dosis lleva a la normalización de la activación cerebral en la ejecución de distintas tareas, en el procesamiento del error, por ejemplo (Hart et al., 2013; Nakao et al., 2011; Rubia et al., 2011). No se sabe con precisión si el medicamento favorece que el desarrollo cerebral sea más típico o si el propio fármaco como tal produce la normalización anatómica (Friedman & Rapoport, 2014).

Atomoxetina: es un medicamento que no está clasificado como psicoestimulante a pesar de tener efectos secundarios parecidos a ellos. Es un inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina en la membrana presináptica, por tanto, aumenta la disponibilidad intersináptica de dicho neurotransmisor. Por lo general el efecto esperado se produce pasadas varias semanas de utilizarse, sólo en algunos casos puede apreciarse tempranamente (Prince & Wilens, 2010). Es un medicamento con bastante aceptación como el metilfenidato, solo que en este caso se le utiliza mayormente en casos con trastornos por tics, ansiedad comórbida o trastornos del sueño, ya que cuenta con la ventaja de tener un efecto más prolongado que los psicoestimulantes. También es recomendable su uso en caso de un potencial abuso de fármacos ya que no implica un

riesgo en este sentido. El mecanismo de acción consiste en bloquear el transportador de noradrenalina (NET), lo que favorece mayor disponibilidad de este neurotransmisor, pero también repercute en las concentraciones de dopamina en la corteza cerebral, mas no a nivel del circuito de recompensa cerebral, por ello este fármaco presenta escaso potencial de abuso (Stahl, 2014).

La elección del fármaco debe ir en función de los antecedentes patológicos, la severidad del TDAH, la respuesta al fármaco, las comorbilidades asociadas y los periodos del día que se quiera disminuir los síntomas (Faraone et al., 2015).

Se debe tomar en cuenta que, si bien la literatura científica ha demostrado la eficacia de la medicación para mejorar sintomatología en el TDAH, los medicamentos tienen ciertas limitaciones, entre ellas la respuesta parcial o la falta de respuesta (Faraone et al., 2006) los posibles efectos secundarios (Cortese et al., 2013) y la mala adherencia al tratamiento (Adler et al., 2010). Además, salvo la administración sostenida del fármaco, las pruebas mostraron que los medicamentos no necesariamente normalizan los resultados neuropsicológicos de personas con TDAH (Advokat, 2010). Por estas razones, el tratamiento farmacológico por sí solo podría no ser suficiente para mejorar todos los déficits asociados al TDAH; por lo tanto, es conveniente desarrollar un tratamiento adicional que apunte a los déficits que aún persisten o no hayan tenido mejoría.

Tratamiento no farmacológico del TDAH

En el caso del tratamiento no farmacológico de adultos con TDAH, las intervenciones psicológicas están menos consolidadas que las dirigidas a los niños; sin embargo, existen diversas estrategias de afrontamiento propias de diferentes programas de rehabilitación que la literatura científica señala pueden ser de utilidad en esta población clínica, las cuales se puede clasificar de la siguiente forma:

Estrategias de la terapia cognitivo conductual

Las estrategias de la terapia cognitivo conductual (TCC) para el TDAH se encuentran dirigidas al cambio de patrones de pensamiento disfuncionales a través de la modificación cognitiva/reestructuración cognitiva, para así reevaluar y reestructurar cogniciones irracionales que comúnmente presentan algunas personas con TDAH, de modo que se pueda tener una mejor autoestima y una imagen de sí mismo más equilibrada (Ramsay & Rostain, 2019). Asimismo, existen estrategias conductuales que permiten el paciente desarrolle habilidades que posiblemente nunca haya tenido la oportunidad de adquirir (Safren et al., 2004). Las siguientes estrategias pertenecen a esta categoría; se agrupan de acuerdo con el dominio cognitivo al que pertenecen

Inhibición/impulsividad.

Resolución/gestión de problemas: consiste en una serie de pasos con el fin de resolver un problema, a través de un análisis que permite identificar la solución más apropiada. En primera instancia se lleva a cabo la definición y formulación del problema, en donde se hace una identificación y descripción del problema de forma clara y precisa. Después se lleva a cabo la generación de alternativas, para analizar las distintas alternativas de respuesta para decidir el camino que se va a tomar en la resolución del problema de acuerdo con las ventajas y desventajas. El siguiente paso se relaciona propiamente con la toma de decisiones, que implica elegir los pasos a realizar y llevarlos a cabo. Finalmente se lleva a cabo la verificación, que constituye evaluar los resultados obtenidos y, si estos no son los deseados, replantearse de nuevo el problema (Rabassa et al., 2011).

Monólogo interior/para piensa: consiste en interrumpir un proceso de pensamiento disfuncional automático, por ejemplo: diciendo palabras como “detente”, “control”, “mira

antes de saltar”, “piensa antes de hablar”. Para después llevar a cabo un proceso de reflexión de la situación, considerando cual es la mejor respuesta (por ejemplo, a través de STOP = stop, think, observe and plan); (Young & Bramham, 2009).

Doble verificación: consiste en alentar al paciente a que incorpore un sistema de “doble verificación” de la información, supuestos, creencias, etc. Esto implica un mecanismo de toma de decisiones mediante el cual es posible alentar a los pacientes a que hagan “dobles verificaciones” o revisen las decisiones al formularse las siguientes preguntas ¿Es esto lo que realmente quiero que suceda? ¿Qué pasará si hago esto? ¿Qué pasará si no hago esto? ¿Cuáles son las consecuencias a largo plazo? (Young & Bramham, 2009).

Estrategias de distracción: uno de los momentos más comunes en que las personas con TDAH manifiestan una conducta impulsiva sucede en las situaciones que requieren que esperen. Para lo cual la persona podría aplicar estrategias de distracción a fin de desarrollar un mejor autocontrol (evitando concentrarse en sus pensamientos y sentimientos negativos respecto de la situación). Esta estrategia se puede practicar antes de una circunstancia difícil que se anticipa o practicar en la imaginación. Algunos ejemplos son 1.- enfocar un objeto: pedir al paciente que se enfoque en un objeto y lo describa a detalle; 2.- generación de palabras: recomendar al paciente que trate de pensar en tantos animales/países/ pueblos/ nombres de mujeres/ nombres de hombres que comiencen con cada letra del alfabeto; 3.- ganar la lotería: pedir al paciente que piense ¿cómo gastaría un millón de dólares? (Young & Bramham, 2009).

Motivación.

Aceptación de la incomodidad: se le enseña al paciente que no necesariamente tiene que sentirse con un “100% total de “disposición” para hacer algún trabajo, sino que

únicamente basta con tener la suficiente para iniciar la tarea, por lo que se le invita a involucrarse en ella por espacio de 10 minutos, sin importar que no se tenga el deseo o se consigan grandes avances; esto incrementa la probabilidad de que inicie el trabajo y posiblemente se mantenga en la tarea más allá de esos primeros minutos (Ramsay & Rostain, 2019).

Magnificación y minimización: se le enseña al paciente como surgen estas distorsiones cognitivas, en donde se magnifica los inconvenientes de hacer la tarea (“es aburrido”, “es pesado de hacer”, etc.) y se minimizan los beneficios de realizarla (no tener tan presente la sensación de satisfacción de trabajar la tarea o terminarla, reconocer que si se realiza en ese momento ya no será un pendiente en un futuro, etc.), por lo que se ofrecen sugerencias de como debatir esos errores de pensamiento que le impiden involucrarse en alguna tarea (Ramsay & Rostain, 2019).

Reconocimiento de la existencia de las recaídas: el terapeuta debe hacer consciente al paciente de que en ocasiones viejos patrones conductuales volverán a presentarse sin importar que se hayan obtenido avances en las primeras ocasiones, el paciente habrá de saber que esto es parte del proceso de cambio, se le habrá de transmitir que lo importante es volver a intentarlo en ocasiones siguientes de modo que la conducta en algún momento se vuelva automática y pueda sustituir patrones conducta no adaptativos (Ramsay & Rostain, 2019).

Tener un concepto diferente del tiempo: en ocasiones el paciente refiere que 30 minutos o una hora de trabajo implica mucho tiempo, por lo que se trabaja con él o ella de modo que tenga una visión diferente de este periodo de tiempo, comparándolas con el tiempo que le ha dedicado a otras actividades (ejemplo: ¿te ha pasado que has estado viendo comerciales por 15 minutos porque no encontrabas el control remoto?; o bien “las ocasiones en las que has visto una película por 90 minutos no implicó que hayas estado

todo el día en ello, ¿o sí?), dichos cuestionamientos realizados de forma amable permiten al paciente percatarse que se puede “reencuadrar” el tiempo (Ramsay & Rostain, 2019).

Autoinstrucciones: consiste en poder resolver un determinado problema proporcionándose a sí mismo instrucciones. Existen auto instrucciones de diferente tipo. Auto guía manifiesta: el sujeto realiza la tarea dándose instrucciones en voz alta. Auto guía manifiesta atenuada: el sujeto ejecuta la tarea susurrando las auto instrucciones. Auto instrucción encubierta: el sujeto utiliza el lenguaje interno para guiar su propia conducta (Rabassa et al., 2011).

Reestructuración cognitiva.

Beck (2008) señala que las cogniciones negativas y las actitudes disfuncionales juegan un papel importante en el desarrollo, el mantenimiento, el riesgo de recurrencia y el tratamiento de la depresión. Se cree que tanto el contenido cognitivo negativo (creencias), como las actitudes disfuncionales, reflejan el funcionamiento de autoesquemas depresivos que conducen a un determinado procesamiento de la información (Dozois & Beck 2008). Por ello, uno de los objetivos principales de la terapia cognitivo conductual para la depresión es la modificación de estos pensamientos automáticos no adaptativos, las actitudes disfuncionales y las creencias centrales. Basándose en el modelo de desarrollo cognitivo de la depresión, varios investigadores del TDAH han especulado que toda una vida de experiencias de fracaso percibidas podría conducir al desarrollo de patrones negativos de pensamiento, aumentando así la vulnerabilidad a la depresión (Murphy, 2006; Ramsay y Rostain, 2003; Safren et al., 2005), por ello la literatura científica apunta a que la terapia cognitivo-conductual para el TDAH ayuda a reducir los síntomas de la ansiedad y la depresión que pacientes pudieran presentar, dos de los trastornos con mayor comorbilidad con este trastorno del neurodesarrollo (Bramham et al., 2009; Safren et al., 2005).

Estrategias compensatorias

Dichas estrategias se encuentran dirigidas a compensar los déficits propios del trastorno, muchas de estas estrategias forman parte de programas TCC dirigido al TDAH. A continuación, se enlistan estrategias de esta naturaleza bajo el nombre con el que se pueden encontrar en los programas de rehabilitación (Ramsay & Rostain, 2019; Young & Bramham, 2009); se agrupan de acuerdo con el dominio cognitivo al que se relacionan.

Control atencional.

Recompensa: el desarrollo de un programa de incentivos y recompensas es de suma importancia. Debe introducirse cuando se hayan cumplido metas pequeñas y grandes, esto se debe a la necesidad de las personas con TDAH por gratificación inmediata. Las recompensas pueden ser actividades simples, como tener un descanso o dar la vuelta caminando (Young & Bramham, 2009).

Competencia: es posible alentar a las personas con TDAH para que aumenten su interés y estimulación en una actividad por medio de la introducción de un elemento competitivo (p. ej., “veamos si esta actividad la podemos realizar exitosamente la siguiente media hora”) o incorporar un interés preexistente (p. ej., si a un paciente le gusta trabajar con computadoras, alentarlo a pagar sus cuentas por Internet); (Young & Bramham, 2009).

Novedad: las personas con TDAH pueden estar más motivadas en una situación nueva, así que se debe alentar a aprovechar el “factor novedad”, alternando entre dos tareas diferentes o cambiando de lugar físico en donde trabajar (Young & Bramham, 2009).

Chasquido: alentar a los pacientes a usar una banda elástica alrededor de la muñeca. Ésta puede hacerse chasquear con el fin de reenfocar la atención en los

momentos en los que se ha desviado y aumentar el nivel general de alerta (Young & Bramham, 2009).

Repetición: en los casos en los que el paciente tiene dificultades para seguir y retener la información (p. ej., cuando reciben instrucciones), es necesario alentarlos a que pidan que se les repita. Esto puede ensayarse en sesión de tal modo que el paciente supere los sentimientos de vergüenza (Young & Bramham, 2009).

Establecimiento de metas: ayudar al paciente a definir metas alcanzables y a evitar metas intangibles de metas generales que puedan ser difíciles de operacionalizar. Es necesario alentarlo para que reflexione sobre cómo se siente terminar una tarea y obtener una sensación de logro (Young & Bramham, 2009).

Recesos: es importante interrumpir las actividades. El paciente debe entrenarse a sí mismo a asignar recesos obligatorios en las tareas, en especial cuando no son tan accesibles o son tediosas. El paciente además debe asignar recesos inmediatamente después de un “periodo de riesgo” en el que existe la posibilidad de perder la concentración o el interés, por ejemplo, si el paciente se puede concentrar por 30 minutos, habrá de tener un receso después de 25 minutos (Young & Bramham, 2009).

Memoria.

Listas: es útil fomentar en la persona con TDAH el hábito de hacer listas. Éstas incluirán listas diarias de “cosas por hacer”, listas de compras y de labores domésticas. Organizar las ideas en listas y categorías también puede ayudar a alguien con TDAH a desarrollar una sensación de control. Marcar los elementos que se han completado sirve como retroalimentación y puede ser una motivación hacia el refuerzo positivo (Young & Bramham, 2009).

Relojes: dichos dispositivos pueden colocarse en lugares obvios, incluso en cada habitación de la casa, para recordarle a la persona con TDAH del paso del tiempo (Young & Bramham, 2009).

Creación de una clave visual: asociar una tarea verbal con una imagen visual puede propiciar una mejoría en la retención verbal, ya que permite codificar la información de forma tanto visual como verbal. Esto mejoraría la codificación de la información y aumenta la posibilidad de recuperación posterior (Young & Bramham, 2009).

Mnemotecnia: aprender claves o mnemotecnia puede ser un método útil de condensar información para recordarla posteriormente y puede parecer menos abrumadora para alguien con TDAH. Un ejemplo de la lista del super puede ser la siguiente A.L.T.O.= Avena, leche, tomates y orejas de la panadería (Young & Bramham, 2009).

Planificación.

Uso de una agenda: facilitan la planificación de actividades de forma racional y ordenada, es decir, ayudan a priorizar tareas, identificando las que son más importantes. Asimismo, es una forma efectiva de gestionar el tiempo, ya que con demasiada frecuencia las personas con déficits ejecutivos sobrestiman el tiempo que van a necesitar para realizar determinadas tareas (Rabassa et al., 2011).

Organización (modificación del ambiente).

En relación con la modificación del ambiente u organización del espacio, se puede hacer uso de recursos que permitan tener un lugar específico para determinadas pertenencias, en donde únicamente estarán ahí ciertos objetos (por ejemplo: llaves, audífonos, etc.); de igual forma se puede tener el apoyo de folders, cuencos, botes, carpetas, entre otros recursos externos, de modo que esto facilite la ubicación de un

determinado grupo de documentos u otras pertenencias cuando sea necesario (Ramsay & Rostain, 2019).

Motivación.

Definir tiempo de inicio y de final: consiste en delimitar un periodo de tiempo específico en el que se va a trabajar, de modo que el paciente sea consciente de que terminando ese lapso puede dejar de hacer esa acción concreta (Ramsay & Rostain, 2019).

Motivación extrínseca: se le sugiere al paciente que le comenté a alguna persona de su medio familiar o social sus intenciones de realizar algún trabajo, comprometiéndose a informarle los avances que se hayan tenido (Ramsay & Rostain, 2019).

Reconocimiento de avances: consiste en hacerle saber al paciente las mejoras que se han observado en él o ella, aun cuando sean pequeñas (esto en caso de que no se haya percatado de ello); en caso de que sí lo haya hecho, incentivándolo a seguir siendo consciente de ello, dándose un auto reforzamiento cada que ponga en práctica algunas de las estrategias de afrontamiento trabajadas en sesión (Ramsay & Rostain, 2019).

Modificación de conducta

La literatura científica señala que todo programa de rehabilitación en población clínica con TDAH habrá de incluir fuentes de motivación y refuerzo dado que esta función cognitiva se encuentra claramente alterada en estos pacientes (Servera, 2005). Otros autores coinciden en que resulta importante incorporar al programa el refuerzo positivo, de modo que el paciente mantenga las conductas aprendidas y continúe motivado para seguir adelante con los cambios (Amador et al., 2010; Bruna et al., 2011 citado en Yáñez, 2016). De igual forma se ha sugerido se lleve a cabo un modelamiento durante la sesión de modo que el paciente aprenda mediante la observación la forma correcta de llevar a cabo ciertas

estrategias de afrontamiento; sesiones de programas de rehabilitación llevan a cabo una dinámica de esta naturaleza frecuentemente (Ramsay & Rostain, 2019; Safren et al., 2004).

Entrenamiento en habilidades cognitivas

Consiste en intervenciones que se basan en el entrenamiento específico de dominios cognitivos en los que se han observado deficiencias (Yáñez, 2016); entre los que destacan los siguientes:

Atención sostenida.

Respecto al sostén atencional, las tareas que se pueden llevar a cabo consisten en responder de forma continua y repetitiva a estímulos presentados de forma auditiva o visual. La duración de cada ejercicio debe ser considerable, de varios minutos, dado que se trabaja con el mantenimiento de la atención en una tarea demandante a través del tiempo. Es necesario graduar la dificultad de las tareas y avanzar de las más simples a las más complejas, una forma de hacerlo es que el paciente permanezca cada vez durante más tiempo llevando a cabo la misma actividad (Yáñez, 2016).

Memoria de trabajo.

Los déficits en la memoria de trabajo (MT) son comunes en TDAH, es por ello que una parte considerable de las estrategias de intervención se han dirigido a aumentar la capacidad de la MT y tener una mejoría en la inhibición (para disminuir la interferencia de información no relevante y hacer más eficiente este tipo de memoria). A pesar de que la MT se ha considerado como una capacidad fija, investigación reciente sugiere que es susceptible de mejorarse por medio de programas de entrenamiento intensivos y que el mejor desempeño en estas tareas puede generalizarse a otras habilidades de razonamiento más complejas (Klingberg, 2010 citado en Yáñez, 2016). Existen programas de

rehabilitación computarizados reportados en la literatura científica que han reportado mejoras en medidas de lápiz y papel en la MT (Gropper et al., 2014).

Cabe mencionar que el objetivo de brindar una intervención neuropsicológica a un paciente con TDAH es ayudarlo a tener una mejoría en sus funciones cognitivas, conductuales y afectivas (incluyendo a la regulación emocional y la motivación), de modo que pueda desarrollar adecuadamente las actividades propias de las distintas esferas de su vida diaria: escolar, familiar, social, etc. (Yáñez, 2016). Dicho propósito puede llevarse a cabo por medio de programas TCC dirigidos al TDAH integrados en su mayoría por diferentes principios y estrategias dirigidas a diferentes dominios cognitivos que la neuropsicología clínica da atención (destacando el funcionamiento ejecutivo), estrategias de psicología cognitiva y estrategias conductuales; es decir, se trata de programas multifacéticos conformados por estrategias de diferente naturaleza, entre los que destacan las estrategias cognitivas, estrategias compensatorias y estrategias de manejo conductual (principalmente el reforzamiento y el modelamiento); todo ello con el fin de promover un mejor funcionamiento en el área emocional, cognitiva y conductual, lo que contribuye a que haya mejoría en el funcionamiento ejecutivo o se disminuya los efectos negativos de deficiencia propias del trastorno (Solanto et al., 2008; Wilson et al., 2019; Yáñez, 2016).

Los siguientes son algunos de los programas de la terapia cognitivo conductual (TCC) que cuenta con evidencia empírica respecto a su eficacia; en todos ellos se hizo uso de estrategias propias de la TCC (destacando las dirigidas a mejorar las funciones ejecutivas), estrategias compensatorias y de modificación de conducta.

En un estudio, con una duración de 8 sesiones y con una muestra de 22 adultos con TDAH, con sesiones semanales de 2 horas, el programa se dirigió a 7 funciones:

motivación, concentración, escucha, impulsividad, organización, manejo de la ira, y autoestima. La respuesta de este grupo se comparó con la de 21 adultos con TDAH asignados al azar a una lista de espera, en donde fungieron como grupo control. Los resultados de las medidas de autoinforme revelaron importantes efectos del tratamiento en los síntomas del TDAH, la organización, y la autoestima. El 36% se consideraron en mejor condición inmediatamente después del tratamiento con respecto a los síntomas del TDAH, aumentando al 55% a los 2 meses (Stevenson et al., 2002).

Por su parte, en otro estudio compuesto por módulos que abordaron psicoeducación, organización y planificación, manejo de la distracción y reestructuración cognitiva, administrados a una muestra de 31 adultos con TDAH que se encontraban recibiendo medicamento (los cuales fueron asignados al azar para recibir simultáneamente el programa de rehabilitación o bien continuar bajo el esquema farmacológico únicamente), se reportó una mejoría significativa sobre los síntomas del TDAH en el grupo de rehabilitación, comparándolo con el grupo control. El 56% de los pacientes obtuvieron buena respuesta a la rehabilitación psicológica, en comparación con el 13% de los que estaban en el grupo de farmacoterapia únicamente (Safren et al., 2005a).

En otro estudio, la muestra fue de 38 pacientes, quienes recibieron 12 sesiones de terapia metacognitiva basada en estrategias cognitivo-conductuales. La estructura de la terapia fue la siguiente: una sesión inicial, 5 sesiones abocadas a estrategias de planificación del tiempo, activación conductual, estrategias de organización, mantenimiento de la motivación y manejo de los pensamientos automáticos, y 6 sesiones para generalizar los progresos realizados durante el tratamiento (Solanto et al., 2008). Los resultados se evaluaron mediante la Connors Adult ADHD Rating Scale-Self Report (CAARS-S:S), Brown ADD Scales (BAADS) y On Time Management, Organization and

Planning Scale (ON-TOP). Al final del tratamiento, el 47% de los pacientes de la muestra mostraron una mejoría de la atención en la CAARS y una mejoría en todas las subescalas de la BADDs. En un estudio posterior del 2010, se calculó el tamaño del efecto de dichos cambios (CARRS: 0,58 y BADDs: 0,66). También se lograron mejorías en las medidas autoinformadas en relación con la gestión del tiempo, organización y habilidades de planificación (prueba ON-TOP: tamaño del efecto 0,615). Sin embargo, no hubo una reducción de los síntomas de hiperactividad en el CAARS (Solanto et al., 2010).

A su vez, en otra investigación, la muestra consistió en 29 pacientes, sin grupo control. Las sesiones de terapia se organizaron de la siguiente manera: módulo de psicoeducación ("Introducción al programa"), módulo motivacional (dos sesiones: "Neurobiología, medicación y motivación para el cambio" y "motivación e inicio de actividades"), módulo de organización y atención, regulación de las emociones y manejo de la ira, habilidades interpersonales, estrategias de afrontamiento de la impulsividad y otras condiciones comórbidas y tratamiento de los pensamientos no adaptativos ("Autoestima"). Como resultado de la intervención, los síntomas del TDAH disminuyeron (BADDs Total: tamaño del efecto 0,38 y BADDs Atención tamaño del efecto 0,33); a su vez los síntomas depresivos evaluados por el BDI (Inventario de Depresión de Beck) disminuyeron significativamente (Virta et al., 2008).

Por su parte se encuentran los programas de Ramsay y Rostain (2014, 2019) y Young y Bramham (2009). Ambos programas se centran en los siguientes puntos:

- 1.- Brindar al paciente psicoeducación sobre el TDAH, proporcionándole a él y a su círculo familiar la mayor información posible sobre los principales síntomas del trastorno, de donde proviene, que comorbilidades pueden presentarse, cuáles son los tratamientos disponibles y cómo se puede ir manifestando el trastorno con el paso del tiempo, todo

esto con el propósito de que pueda tener una mayor comprensión sobre lo que vive en su día a día, él y sus allegados, además de darle sentido a lo que vivió anteriormente y poder visualizar una vida futura con o sin tratamiento. 2.- Animar al paciente a reconocer su responsabilidad sobre los cambios que se darán al seguir el tratamiento. 3.- Implementar estrategias cognitivas y conductuales necesarias para habilitar o rehabilitar las áreas afectadas por el trastorno, utilizando técnicas de atención, memoria, planificación y priorización de tareas, control de la impulsividad, gestión del tiempo, el espacio y el dinero, entre otras. 4.- Tener mejoría en las habilidades de afrontamiento y las conductas adaptativas con el fin de lograr resultados en el funcionamiento diario que reduzcan la intensidad y frecuencia de los síntomas de TDAH.

Tales programas se desarrollan en aproximadamente 12 sesiones de frecuencia semanal, de 90 minutos cada una, que incluye una sesión inicial de introducción al programa y otra final de cierre. De acuerdo con el perfil del paciente, su sintomatología y la severidad de las comorbilidades, se aplican sesiones de seguimiento y mantenimiento de logros al pasar un mes, tres meses, seis meses y un año tras la última sesión. Los programas recomiendan incorporar en la práctica clínica una sesión de seguimiento de periodicidad anual en virtud de que el TDAH al ser un trastorno crónico puede tener distintas manifestaciones a lo largo de la vida (Amador et al., 2010).

Cabe señalar que este tipo de programas van en línea con lo que la literatura científica señala respecto a que el programa de la rehabilitación neuropsicología debe hacer hincapié en actividades diarias del paciente y no estar completamente abocado a un entrenamiento estandarizado con actividades no ecológicas en gran medida, ya que varios estudios han señalado que esto conduce a una pobre generalización de lo trabajado en el espacio terapéutico (Wilson, 2011). En este mismo sentido, autores

igualmente señalan que el adulto con TDAH necesita soluciones prácticas y eficaces para sus dificultades cotidianas (Amador et al., 2010).

Como se estableció con anterioridad, personas con TDAH frecuentemente presentan problemas relacionados al inicio y mantenimiento de sueño, por lo que algunos estudios han implementado programas de tratamiento cognitivo conductual para el insomnio en esta población clínica, mostrando eficacia en sus resultados después del programa de tratamiento (Jernelov et al., 2019).

Estrategias de la terapia cognitivo conductual para el insomnio

La terapia cognitivo conductual para el insomnio (TCC-i) es un enfoque corto, estructurado y basado en la evidencia para combatir los síntomas del insomnio. Es un tratamiento multicomponente porque combina varios enfoques diferentes: psicoeducacionales, conductuales y cognitivos (Perlis et al., 2009). A continuación, se desarrollan algunos de ellos:

Psicoeducación: consiste en educar al paciente sobre la importancia de una buena higiene del sueño, esto implica aumentar las prácticas que fomentan el sueño, al tiempo en que se reducen o eliminan aquellas que no lo promueven. Algunos de los temas que pueden ser cubiertos son la importancia de dormir adecuadamente y las consecuencias negativas en caso de no tener un buen descanso, los procesos biológicos involucrados en promover el sueño, los efectos que la dieta, el ejercicio y el ambiente de sueño tienen en conciliar el sueño, etc. (Spielman et al., 1987).

Control del estímulo: se limita la cantidad de tiempo que los pacientes pasan despiertos en la cama o en el dormitorio y también se comienza a desarrollar un horario de sueño más consistente. Las instrucciones típicas son 1.- utilizar una alarma para mantener una hora fija de despertarse cada día, independientemente de cuánto se

duerma durante la noche; 2.- no hacer la siesta durante el día; 3.- evitar cualquier comportamiento en la cama o en el dormitorio que no sea el sueño o la actividad sexual; 4.- irse a dormir sólo cuando tenga sueño; 5.- salir del dormitorio cuando se esté despierto durante aproximadamente 15 minutos o cuando se empiece a sentirse frustrado por no dormir; y 6.- volver a la cama sólo cuando tenga sueño (Pigeon, 2010).

Restricción/compresión del sueño: es una técnica conductual que consiste en limitar el tiempo que el paciente pasa en la cama al tiempo que realmente duerme. El disminuir el tiempo despierto en la cama, restaura la asociación de la misma con el dormir. Inicialmente, también se produce una ligera restricción del sueño, lo que genera un aumento del impulso homeostático por dormir (Morin et al., 2017).

Ejercicios de respiración y de relajación muscular progresiva (PMR, por sus siglas en inglés): Se pueden enseñar muchos ejercicios de esta naturaleza. Estos ejercicios implican tomar respiraciones lentas y profundas. La PMR es una técnica que implica tensar y relajar los diferentes grupos musculares.

Telerrehabilitación neuropsicológica

La telerrehabilitación se define como “la provisión de servicios de rehabilitación a través de las tecnologías de la información y la comunicación, que incluyen la evaluación, vigilancia, prevención, intervención, supervisión, educación, consultas y consejería por parte de diversos profesionales de la rehabilitación” (Brennan et al., 2011). Por tanto, implica una solución promisorio para brindar atención a pacientes que no tienen posibilidad de desplazarse hacia un centro de rehabilitación (Wilson et al., 2019).

Las intervenciones de telerrehabilitación se pueden clasificar de acuerdo con el grado con el que participan los profesionales de la salud en su provisión, las tres principales modalidades son: facilitada por el terapeuta, autoguiada e híbrida.

Referente a la modalidad facilitada por el terapeuta, esta implica la interacción en tiempo real del profesional y el paciente, cada uno en una ubicación diferente. El tipo más común, y el primero que se llevó a cabo, es la situación uno a uno por medio del teléfono. En años recientes, con la inclusión de nuevas tecnologías, se han incorporado diferentes modalidades para el tratamiento, entre ellas destaca la videoconferencia, la cual es la interacción audiovisual simultánea entre terapeuta y participante por medio de un monitor de computadora, videófonos o equipo propio de video; la familiaridad con los programas existentes de videoconferencia permite reducir la carga de los pacientes de tener que aprender a utilizar equipo especializado (Wilson et al., 2019).

En relación a investigaciones dirigidas a estudiar la eficacia de la telerrehabilitación, destaca una intervención metacognitiva dirigida a mejorar el funcionamiento ejecutivo en tres adultos con traumatismo craneoencefálico (TCE), la cual concluyó que la plataforma de videoconferencia es un modo viable para llevar a cabo la intervención y tratar alteraciones en las funciones ejecutivas, ya que los participantes tuvieron mejorías en su funcionamiento ejecutivo en metas entrenadas y no entrenadas (Ng et al., 2013).

Por su parte, una revisión sistemática dirigida a evaluar la evidencia de la rehabilitación cognitiva computarizada de la atención y las funciones ejecutivas después de una lesión cerebral adquirida, que incluyó 28 estudios, encontró que en 23 de ellos se reportaron resultados positivos del entrenamiento cognitivo, y los restantes informaron tendencias hacia la mejoría, por lo que se concluyó que existe evidencia inicial en favor del uso de este tipo de intervenciones para tratar alteraciones atencionales y de funcionamiento ejecutivo (Bogdanova et al., 2016).

De acuerdo con Wilson et al. (2019), no existen aún resultados concluyentes acerca de la evidencia que apoya la eficacia de la telerrehabilitación; sin embargo, añade que

dichas intervenciones pueden contribuir a mejorar el acceso a la atención de diversos grupos de pacientes, así como el funcionamiento y la calidad de vida de los mismos.

Planteamiento del problema

Justificación

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo con mayor prevalencia a nivel mundial, lo cual significa que un gran número de la población ya sea infantil o adulta, presenta una serie de alteraciones a nivel cognitivo (principalmente en la atención y funciones ejecutivas), afectivo y conductual que afecta de manera considerable su desempeño en las diferentes esferas de su vida, ya sea en el área escolar, laboral, familiar, social, etc. Aunado a los déficits anteriores, propios del TDAH, también pudiera existir sintomatología psiquiátrica comórbida, entre la que destaca la desregulación emocional, sintomatología depresiva y ansiosa, uso y abuso de sustancias, rasgos de personalidad límite, conducta suicida, entre otras.

Es por todo ello que en los últimos años se ha buscado implementar tratamientos de tipo farmacológico y de tipo psicológico, en el caso de estos últimos destacan los programas de rehabilitación dirigidos a promover una mejoría y/o compensar el extenso número de déficits cognitivos, afectivos y conductuales a través de estrategias prácticas que estos pacientes puedan aplicar a su vida diaria; es decir, que tengan validez ecológica, puesto que el enfoque tradicional, basado mayormente en tareas de lápiz y papel, en ocasiones resulta de poca ayuda para la evaluación y rehabilitación de esta población clínica, ya que varios estudios han señalado que esto conduce a una pobre generalización de lo trabajado en el espacio terapéutico. En este mismo sentido, autores igualmente señalan que el adulto con TDAH necesita soluciones prácticas y eficaces para sus dificultades cotidianas.

Es por todo lo anteriormente expuesto que resulta de suma importancia crear programas individualizados que incidan en las dificultades específicas que estos pacientes puedan tener. El presente trabajo tuvo como objetivo desarrollar un plan de rehabilitación y probar su eficacia en un adulto joven con TDAH en comorbilidad con depresión mayor y sintomatología psiquiátrica relacionada con ansiedad, del trastorno límite de personalidad, ideación suicida y regulación emocional. El plan consistió en la enseñanza y aplicación de estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño; también se determinó si estas estrategias se asociaban a una mejoría en el funcionamiento diario, la calidad de vida y sintomatología psiquiátrica comórbida.

El desarrollo y evaluación de programas de intervención permite orientar a otros profesionales en el diseño de sus programas de rehabilitación, favoreciendo así que un mayor número de pacientes adultos con TDAH puedan tener una mejor opción de tratamiento que favorezca su funcionamiento y bienestar en general.

Pregunta de investigación

¿Cuál será la eficacia de un programa de telerrehabilitación neuropsicológica integrado por estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño; en el desempeño de actividades del funcionamiento diario, calidad de vida y sintomatología psiquiátrica comórbida en un adulto joven con TDAH en comorbilidad con depresión mayor y sintomatología relacionada con ansiedad, trastorno límite de personalidad, ideación suicida y de disregulación emocional al comparar su desempeño antes y después de la intervención en comparación con un grupo control?

Objetivos

Objetivo General.

Evaluar la eficacia de un programa de telerrehabilitación neuropsicológica integrado por estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño; al aplicarlo en un adulto joven con TDAH, depresión mayor y sintomatología psiquiátrica relacionada con ansiedad, del trastorno límite de personalidad, ideación suicida y de disregulación emocional; al evaluar si existen diferencias en el desempeño de sus actividades de su funcionamiento diario, calidad de vida y sintomatología psiquiátrica comórbida antes y después de la intervención en comparación con un grupo control.

Objetivos específicos.

1.- Conocer el perfil cognitivo, conductual y afectivo un adulto joven con TDAH, depresión mayor y sintomatología psiquiátrica relacionada con ansiedad, del trastorno límite de personalidad, ideación suicida y de disregulación emocional antes de la aplicación de un programa de telerrehabilitación neuropsicológica.

2.- Diseñar y aplicar un programa de telerrehabilitación neuropsicológica dirigido a adulto joven con TDAH, depresión mayor y sintomatología psiquiátrica relacionada con ansiedad, del trastorno límite de personalidad, ideación suicida y de disregulación emocional con el fin de promover una mejoría en el desempeño de sus actividades en su funcionamiento diario, calidad de vida y sintomatología psiquiátrica comórbida.

3.- Determinar la eficacia de un programa de telerrehabilitación neuropsicológica desarrollado para mejorar el desempeño de un adulto joven con TDAH, depresión mayor y sintomatología psiquiátrica relacionada con ansiedad, trastorno límite de personalidad, ideación suicida y de disregulación emocional en actividades de su funcionamiento diario,

calidad de vida y sintomatología psiquiátrica en comparación con un grupo control, anterior y posterior a su participación en el programa de intervención.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo.

H1: La aplicación del programa de telerrehabilitación neuropsicológica integrado por estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño, tendrá eficacia (reflejado a través de los resultados obtenidos en los instrumentos en la evaluación post tratamiento, comparándolos con los del grupo control) sobre actividades del funcionamiento diario, calidad de vida y sintomatología psiquiátrica del paciente.

Hipótesis nula.

H0: La aplicación del programa de telerrehabilitación neuropsicológica integrado por estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño, no tendrá eficacia (reflejado a través de los resultados obtenidos en los instrumentos en la evaluación post tratamiento, comparándolos con los del grupo control) sobre actividades del funcionamiento diario, calidad de vida y sintomatología psiquiátrica del paciente.

Capítulo 2: Método

Diseño y tipo de estudio

Estudio no experimental transversal exploratorio de estudio de caso único con grupo control. Diseño “Antes-después con caso control”.

Presentación del paciente

Paciente del sexo masculino atendido por el Servicio de Neuropsicología en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la FES Iztacala, con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de depresión mayor. El paciente asistió a valoración neuropsicológica con el fin de confirmar la impresión diagnóstica de TDAH, asimismo para poder conocer su estado cognitivo actual, puesto que cuenta con un amplio historial de uso de sustancias.

El paciente tenía 24 años de edad, soltero, en el momento de la intervención estudiando la Licenciatura en Psicología, de dominancia manual diestra y que hacía uso de anteojos para la lectura (miopía y astigmatismo de baja graduación en ambos ojos).

En la vida académica se reportó un desempeño con calificaciones promedio de 8.5 desde su educación primaria y hasta universitaria; sin embargo, en ocasiones presenta dificultades para prestar atención a las clases que no percibe estimulantes, situación por la que sus profesores le llegan a llamar la atención. Usualmente, delega sus tareas hasta el último momento. No se reportaron dificultades relacionadas a algún trastorno de aprendizaje.

Historia del padecimiento. El paciente señala que el padecimiento inició a los 6 años de edad, presentando un sentimiento de tristeza intenso y persistente la mayor parte del día, sin un desencadenante en específico, por lo que asistió a psicoterapia sistémica; le informaron a sus padres que probablemente presentaba un trastorno de estado de

ánimo (depresión). A la misma edad también empezó a presentar, tanto en la escuela como en el hogar, conductas de desatención, distractibilidad, dificultades para concentrarse y para permanecer quieto, así como desorganización e impulsividad.

De igual modo, durante ese mismo año, empezó a presentar cefaleas y una sensación que describe similar a una vibración, tanto en el polo frontal de la cabeza como en el área circundante a los ojos; dicha sintomatología se presentaba de manera intermitente; en ocasiones era un evento de esta naturaleza cada 3 meses, y en ocasiones era diariamente durante una semana aproximadamente.

Desde esta edad y en adelante los síntomas de tristeza, anhedonia, sentimientos de desesperanza, apatía, abulia, cambios en el apetito y sueño persistieron; por lo que acudió con un psiquiatra a los 14 años, quien le dio el diagnóstico de depresión mayor severa. El cuadro sintomatológico persistió (presentándose también ideación suicida); a finales del mismo año el paciente tuvo un intento suicida, por lo que fue internado en una institución psiquiátrica durante 12 días, existía la sospecha de que también presentara esquizofrenia. A su salida continuó recibiendo atención con otro psiquiatra, quien sospechaba que presentaba esquizofrenia, estando 3 años bajo el siguiente esquema farmacológico: Valproato de Magnesio, Sertralina, Risperidona y Quetiapina.

Cabe destacar que el paciente comenzó a hacer uso de sustancias a los 9 años, acentuándose su consumo y abuso entre los 9 y 16 años. Se detallará esta información más adelante.

Tuvo un segundo internamiento a los 16 años de edad en una clínica de rehabilitación para el uso de sustancias, estando ahí durante 35 días aproximadamente bajo el siguiente esquema farmacológico: Valproato de Magnesio, Topiramato, Risperidona y Clonazepam. En dicha clínica le comentaron que presentaba signos vinculados al trastorno límite de personalidad (TLP) y trastorno bipolar II.

A los 16 años las cefaleas y la sensación de vibración se vieron exacerbadas, se cree que fue como consecuencia del uso de sustancias. El paciente señala que en estas ocasiones (7 veces aproximadamente) sintió sensaciones de “descarga” que iniciaron desde la sien y finalizaron en el área occipital del encéfalo. Dichos episodios le produjeron pérdida de conciencia, síncope e hipotonía. Se le realizó un electroencefalograma y se le informó que probablemente presentaba epilepsia con crisis localizadas en el área frontotemporal izquierda. Actualmente dichos episodios ya no se presentan salvo ocasionales cefaleas de aproximadamente un minuto de duración.

A los 19 años recibió el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (presentación combinada) por parte de otra psiquiatra, por lo que fue medicado con atomoxetina, fármaco que le ayudó a mantener el foco atencional por un lapso más prolongado y a tener concentración en mayor medida. Se suspendió el tratamiento tras aproximadamente un año de tratamiento porque ya no se localizó a la Dra. puesto que cambió de consultorio; el paciente decidió a su vez ya no continuar. Igualmente, a esa edad empezó a asistir a psicoanálisis, recibiendo dicha atención durante 3 años.

Actualmente recibe atención por parte de un psiquiatra, con quien recibe tratamiento desde los 19 años. El esquema farmacológico que recibe consta de Valproato de Magnesio (media pastilla de 400 mg, 1-0-1), Citalopram (20 mg en la mañana) y Lorazepam (media pastilla de 2 mg en la noche), este último se encuentra indicado puesto que presenta continuos episodios de insomnio.

Respecto al uso de sustancias, empezó a ingerir alcohol a los 9 años, durante su etapa escolar secundaria dicho consumo se exacerbó, habiendo una ingesta diaria de pulque, licor de caña y mezclas de diversas bebidas alcohólicas (recibió el diagnóstico de dependencia al alcohol a los 16 años). Actualmente únicamente ingiere una cerveza cada 2 semanas aproximadamente.

Realizó consumo experimental de la planta floripondio, inhalantes, hongos, peyote y DMT entre los 14 y los 17 años. A los 13 años hizo uso de la cocaína durante un mes, y de anfetaminas y éxtasis en 15 ocasiones aproximadamente. A los 15 años empezó a hacer uso de LSD en repetidas ocasiones (recibió el diagnóstico de dependencia a alucinógenos a los 16 años), actualmente ya no hace uso de dicha droga.

Comenzó a hacer uso de la marihuana a los 12 años de edad. El consumo era diario y en repetidas ocasiones, aproximadamente 5 veces al día (recibió el diagnóstico de dependencia a marihuana a los 16 años). Actualmente hace uso de ella únicamente en reuniones sociales.

Empezó a fumar cigarrillos a los 11 años. Llegó a fumar 5 cajetillas diarias aproximadamente, esto como consecuencia de la sensación de relajación que le producía. Actualmente hace uso de uno o dos cigarrillos a la semana.

Antecedentes personales patológicos: Desde el primer año y hasta los 4 años padeció de asma, por lo que hizo uso de un inhalador y un vaporizador. Igualmente presentó alergias durante esta época, en específico a animales domésticos (gatos y perros). A lo largo de su vida ha presentado síndrome de colon irritable, gastritis y colitis. Llegó a usar aparatos ortopédicos para corregir pie plano. Padece de escoliosis, el dolor en ocasiones es intenso.

Antecedentes del desarrollo temprano: Es producto de la primera gesta. Nació a los 9 meses de gestación por cesárea puesto que empezó a presentar hipoxia, fue colocado en una incubadora durante día y medio. Su madre tenía 30 años y su padre 31 años al momento en que nació. Sí lloró y respiró al nacer. Cumplió con los hitos del desarrollo en tiempo y forma, sin presentar algún problema de lenguaje o de aprendizaje en su niñez.

Antecedentes personales no patológicos: El paciente habita en casa propia que cuenta con todos los servicios. En el lugar habita con su madre y hermana. Lleva una alimentación sana, la cual a su decir se basa principalmente de verduras y legumbres, así como de proteínas. Se baña de manera diaria y lava frecuentemente su ropa, si hace lavado de manos al comer e ir al baño. Dos veces al día hace higiene bucal. El paciente mantiene una relación distante con su padre, sin embargo, cuenta con su apoyo incondicional. Con su mamá mantiene una relación generalmente buena. Con su hermana menor de 19 años igualmente mantiene un buen vínculo. Cuenta con un amplio número de amistades, tanto de años anteriores como recientes, los cuales a su decir si representan una red de apoyo, tal como sucede con su familia.

Antecedentes heredofamiliares: Como antecedentes de importancia refirió carga genética de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, tabaquismo y artritis de rama paterna. Por parte de la línea materna existen igualmente antecedentes de hipertensión arterial sistémica y artritis; así como de depresión mayor, trastorno bipolar y alcoholismo. No se refieren antecedentes de TDAH.

Muestra control

El grupo control estuvo conformado por 5 hombres de entre 23-25 años con una media de edad de 24.2 años y desviación estándar de 0.8.

Criterios de inclusión:

Estudiantes de Licenciatura, que tuvieran un Coeficiente Intelectual (CI) promedio (se hizo uso de las pruebas Vocabulario y Matrices de la Escala Wechsler de Inteligencia para adultos-WAIS IV, ya que son las dos subpruebas que de mejor forma permiten hacer una estimación al respecto por correlacionar fuertemente con el CI total). Se les solicitó

firmaran el consentimiento informado (ver Anexo 1) y que contaran con equipo de cómputo para la realización de la evaluación.

Criterios de exclusión:

Manifiestar antecedentes neurológicos o psiquiátricos, a través de una entrevista breve acerca de sus antecedentes.

Variables del estudio

1.- Variable independiente: programa de telerrehabilitación neuropsicológica integrado por estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño; para promover una mejoría en el funcionamiento diario, calidad de vida y en la sintomatología psiquiátrica comórbida del paciente.

2.- Variables dependientes: se brinda una definición conceptual y operacional de las variables dependientes en la tabla 1.

Tabla 1

Definición conceptual y operacional de las variables dependientes

Constructo general	Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Funcionamiento ejecutivo	Funciones ejecutivas	Conjunto de habilidades implicadas en la generación, la supervisión, la regulación, la ejecución y el reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, especialmente aquellos que requieren un abordaje novedoso y creativo (Lezak, 2004).	Puntaje T obtenido en el Compuesto Ejecutivo Global (CEG) del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) Puntaje obtenido en el Índice de metacognición: comprende la escala de iniciativa, memoria de trabajo, planificación y organización,

		<p>supervisión de la tarea y organizacional de materiales del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A)</p> <p>Puntaje T obtenido en el Índice de regulación conductual: comprende la escala de inhibición, flexibilidad, control emocional y supervisión de sí mismo del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A)</p>
Inhibición	<p>Es la capacidad para resistir o no reaccionar frente a un impulso. Se puede definir también como la habilidad de detener o frenar la propia conducta en el momento oportuno, por tanto, es una función de regulación conductual (Roth et al., 2005).</p>	<p>Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) con el mismo nombre.</p> <p>Registro conductual en el que el paciente reporta el número de comentarios y conductas impulsivas que no consiguió inhibir.</p>
Supervisión de sí mismo	<p>Grado de conocimiento o consciencia que tiene la persona acerca del impacto de su conducta en otras personas y sus consecuencias (Roth et al., 2005).</p>	<p>Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) con el mismo nombre.</p>
Flexibilidad cognitiva	<p>Habilidad para cambiar libremente de una situación, actividad o aspecto de un problema a otro si las circunstancias así lo requieren (Roth et al., 2005).</p>	<p>Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) con el mismo nombre.</p>

Control emocional	Expresión o manifestación de las funciones ejecutivas dentro de la esfera emocional, siendo la habilidad de modular las respuestas emocionales (Roth et al., 2005).	Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) con el mismo nombre.
Iniciativa	Habilidad para iniciar tareas o actividades de forma autónoma e independiente o para generar nuevas ideas, respuestas o estrategias de resolución de problemas (Roth et al., 2005).	Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) con el mismo nombre. Registro conductual en el que el paciente reporta en una escala 1-10 el grado de iniciativa/motivación tiene para realizar sus actividades.
Memoria de trabajo	Habilidad para mantener la información en la mente a fin de conseguir completar una tarea (Roth et al., 2005).	Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) con el mismo nombre.
Planificación y organización	Habilidad para ordenar y priorizar la información, para plantear objetivos y para secuenciar los pasos necesarios para lograrlo, así como para manejar demandas de tareas tanto actuales como orientadas al futuro (Roth et al., 2005).	Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) con el mismo nombre. Registro conductual en el que el paciente reporta el número de actividades escolares realizó fuera del tiempo establecido o de último momento.
Supervisión de la tarea	Habilidad para detectar pequeños errores en los trabajos o tareas que se realiza, por tanto requiere una	Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version

	eficaz supervisión y control del trabajo propio (Roth et al., 2005).	(BRIEF-A) con el mismo nombre.
Organización de materiales	Habilidad para mantener de forma ordenada y organizada la zona de estudio, trabajo, juego, etc (Roth et al., 2005).	Puntaje T obtenido en la escala del Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version (BRIEF-A) con el mismo nombre. Registro conductual en el que el paciente reporta el número de pertenencias que no encontró de forma inmediata o extravió.
Sintomatología psiquiátrica comórbida	Depresión	Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave puede conducir al suicidio (WHO, 2020).
	Ansiedad	La ansiedad se refiere a múltiples fenómenos mentales y fisiológicos, incluyendo el estado consciente de preocupación de una persona por un futuro evento no deseado, o el miedo a una situación real (Evans, 2005).
Trastorno límite de personalidad /rasgos limite		Puntaje T obtenido en el instrumento Personality Assessment Inventory (PAI) en dicha escala clínica.
		Puntaje T obtenido en el instrumento Personality Assessment Inventory (PAI) en dicha escala clínica.

		<p>provocar acciones impulsivas y problemas en las relaciones. Las personas con trastorno límite de la personalidad pueden experimentar episodios intensos de ira, depresión y ansiedad que pueden durar desde unas pocas horas hasta días (NIMH, 2020).</p>	
	Ideación suicida	<p>Pensamientos pasivos de querer estar muerto o pensamientos activos de matarse a sí mismo, no acompañados de un comportamiento preparatorio (Posner et al., 2007)</p>	<p>Puntaje T obtenido en el instrumento Personality Assessment Inventory (PAI) en dicha escala clínica.</p>
Calidad de vida	Calidad de vida	<p>Es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (WHO, 2020)</p>	<p>Puntaje obtenido en el cuestionario Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF).</p> <p>A mayor puntaje, mayor calidad de vida.</p>
Salud del sueño	Salud del sueño	<p>Es un patrón multidimensional de sueño-vigilia, adaptado a las demandas individuales, sociales y ambientales, que promueve el bienestar físico y mental. Una buena salud del sueño se caracteriza por la satisfacción subjetiva, un horario apropiado, una duración adecuada, una alta eficiencia y un estado de alerta sostenido durante las horas de vigilia (Buysse, 2014).</p>	<p>Registro conductual (antes y después del tratamiento) en el que el paciente reporta el número promedio de horas de sueño que tiene por noche, así como el valor asignado en una escala del 1-10 a la sensación de descanso que considera tener.</p>
Otras funciones cognitivas	Memoria	<p>Proceso dinámico relacionado con la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información; es el medio al cual se recurre para mantener el conocimiento de las experiencias pasadas para</p>	<p>Registro conductual en el que el paciente reporta el número de ocasiones no realizó alguna actividad o no siguió una instrucción dada por un tercero por un olvido; así como el número</p>

usarlo en el presente (Tulving & Craik, 2000).

de intentos no exitosos al evocar información escolar.

	Atención sostenida	Es la capacidad de mantener una respuesta de forma consistente durante un período de tiempo prolongado (Sohlberg y Mateer, 1989)	Registro conductual en el que el paciente reporta el número de minutos que logra atender una actividad o estímulo a través del tiempo.
Variables relacionadas a la regulación emocional	Autoculparse	Pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo y la consecuente emoción displacentera a la propia persona (Garnefski et al., 2001).	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ
	Culpar a otros	Pensamientos que atribuyen la causa del evento negativo y la consecuente emoción displacentera a otras personas (Garnefski et al., 2001).	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ
	Aceptación	Hecho de resignarse y tener pensamientos que acepten que el evento negativo ha ocurrido (Garnefski et al., 2001).	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ
	Refocalización en los planes	Pensar en los pasos que deben ponerse en práctica para solucionar el problema (Garnefski et al., 2001).	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ
	Focalización positiva	Tener pensamientos agradables y alegres, en vez de pensar en el evento problemático (Garnefski et al., 2001).	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ
	Rumiación	Hecho de pensar repetida y pasivamente sobre los sentimientos o problemas existentes tras la	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el

	ocurrencia de un evento negativo, a pesar de que éste ya haya pasado (Garnefski et al., 2001).	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ
Reinterpretación positiva	La creación de pensamientos que otorgan un significado positivo al evento desagradable, facilitando así el crecimiento personal (Garnefski et al., 2001).	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ
Poner en perspectiva	Buscar disminuir y relativizar la gravedad del suceso, comparándolo con otros sucesos (Garnefski et al., 2001).	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ
Catastrofizar	Pensamientos que anticipan consecuencias negativas exageradas o desproporcionadas y puede definirse como una tendencia a magnificar el valor amenazante de ciertos acontecimientos desagradables lo cual incrementa la sensación de indefensión (Garnefski et al., 2001).	Puntaje obtenido en la escala con su mismo nombre en el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ

Nota. BRIEF: Un puntaje T de 0-59 implica que no hay significación clínica aparente, puntaje de 60-64 es indicativo de una elevación leve, puntaje de 65-69 señala elevación potencialmente clínica y de 70 en adelante implica una elevación clínicamente significativa. PAI: Un puntaje T de 60 implica es equivalente aproximadamente a un percentil 84, indica que la persona experimenta los síntomas y problemas indicados por la escala en mayor medida que el 84% de la muestra de referencia, una puntuación T de 70 es equivalente a aproximadamente un percentil de 96, representa un grado de problemas y síntomas que no suelen darse en la población general e indica, probablemente, un problema de importancia clínica. Finalmente, una puntuación igual o mayor a 80 implica un percentil 99.

Instrumentos empleados

Los instrumentos que se aplicaron durante la evaluación diagnóstica inicial son los siguientes:

1.- Escala Wechsler de Inteligencia para adultos-WAIS-IV (Wechsler, 2014). Se hizo uso de este instrumento para evaluar el estado cognitivo del paciente de manera general.

2.- NEUROPSI Atención y Memoria (Ostrosky et al., 2019). Dicho instrumento se aplicó para aportar evidencia respecto a posibles alteraciones en estos dos dominios cognitivos de manera específica

3.- Test de atención d2 (Brickenkamp, 2004). Dicha prueba se aplicó con el fin de evaluar procesos atencionales del paciente, principalmente la atención selectiva y sostenida.

4.- Wender Utah Rating Scale-WURS (Ward et al., 1991). Se hizo uso de esta escala ya que tiene la capacidad para discriminar a los pacientes con TDAH durante la infancia, de manera más precisa a través de 25 reactivos. Se establece que una puntuación mayor a 36 sugiere la presencia de dicha etiología.

5.- Adult Self-Report Scale-ASRS (Kessler et al., 2005). Se hizo uso de esta escala ya que tiene la capacidad para discriminar a los pacientes con TDAH, de manera más precisa a través de una subescala de cribado que involucra a los 6 primeros reactivos. Se establece que una puntuación igual o mayor a 12 indica la presencia de dicha etiología.

6.- Batería de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (Flores et al., 2015), prueba de clasificación de tarjetas Wisconsin-WCST (Heaton et al., 1997), prueba Torre de Londres – TOL (Culbertson & Zilmer, 1999), prueba de Stroop (Golden, 2001) y prueba 5 Dígitos (Sedó, 2007). Se hizo uso de estos instrumentos con el fin de identificar posibles alteraciones en el funcionamiento ejecutivo.

Los instrumentos que se aplicaron de forma adicional para determinar la línea base del paciente antes del tratamiento y que permitieron evaluar los resultados en la post intervención son los siguientes:

1.- Inventario de Evaluación de las Funciones Ejecutivas para adultos. Behavior Rating Inventory of Executive Functions Adult Version BRIEF-A (Roth et al., 2005). Se hizo uso de este inventario con el fin de evaluar los aspectos más cotidianos y conductuales de las funciones ejecutivas con validez ecológica.

El inventario se encuentra conformado por 75 ítems y a partir de su aplicación proporciona puntuaciones en distintos índices y escalas relacionados con las funciones ejecutivas (Índice Global de Función Ejecutiva, Índice de Regulación Conductual, Índice de Metacognición, Inhibición, Flexibilidad, Control Emocional, Iniciativa, Memoria de Trabajo, Planificación, Supervisión de sí mismo y Supervisión de la Tarea). El perfil de resultados muestra el perfil de afectación de las distintas facetas de las funciones ejecutivas. Confiabilidad consistencia interna en escalas clínicas (0.73-0.90), para los índices (0.93-0.96), test-retest (0.82-0.93). Cuenta con validez de contenido, de convergencia y divergencia, y discriminante. Dirigido a la población norteamericana de 18-90 años. Existe una versión al español estandarizada con 126 sujetos hablantes de dicho idioma.

2.- Inventario de Evaluación de la Personalidad. Personality Assessment Inventory - PAI (Morey, 1991). Se hizo uso de este inventario para la evaluación de sintomatología psiquiátrica asociada ya que orienta a evaluar la personalidad y la psicopatología; permite obtener información relevante para el diagnóstico clínico y para el diseño del tratamiento. Puede aplicarse en diversos ámbitos, entre ellos el de las enfermedades médicas y neuropsicología.

El cuestionario está formado por 344 ítems, con cuatro posibilidades de respuesta cada uno: falso, ligeramente verdadero, bastante verdadero y completamente verdadero. El perfil resultante consta de 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento, 2 escalas interpersonales; contando con 10 índices complementarios. Adaptado a población mexicana de 18 años en adelante. Confiabilidad: alfa (0.74) en sujetos sanos, (0.81) en clínica. Test-retest (0.82).

3.- Registro conductual: es un registro con 9 conductas en las que el paciente identificó que tenía dificultades en su vida diaria, dichos comportamientos se relacionan con fallas de atención, memoria, inhibición, iniciativa/motivación, organización de sus materiales, planificación/organización y sueño. El registro se basa en la frecuencia en que dichos comportamientos fueron observados por el paciente durante 2 semanas. Dicho registro conductual sirvió como referencia para determinar los objetivos del programa de intervención.

4.- Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ (Garnefski et al., 2001). Es un cuestionario que evalúa las estrategias cognitivas que una persona suele usar tras haber experimentado algún evento negativo en su vida diaria, lo que guarda relación con la presentación de regulación o disregulación emocional, así como sintomatología de tipo depresiva y ansiosa.

El instrumento se puede aplicar en personas de entre 18 y 65 años y consta de las siguientes escalas/estilos de pensamiento: Autoculparse, Culpar a otros, Rumiación, Catastrofizar, Poner la Situación en Perspectiva, Focalización Positiva, Reinterpretación Positiva, Aceptación y Refocalización en los planes. Consta de 36 reactivos, es autoaplicable y se mide en una escala tipo Likert (siendo el 1: casi nunca y el 5: casi siempre). Se obtienen puntajes de cada escala, el rango puede ir desde 4 y hasta 20

puntos, puesto que existen 4 ítems por cada escala; entre mayor sea el puntaje, mayor es el uso de dicha estrategia cognitiva. El alfa de Cronbach de las escalas se sitúa en el rango entre 0.68 - 0.83. Cuenta con aceptable validez factorial y de constructo.

Se hizo uso de este cuestionario debido a que el paciente señaló que en ocasiones se altera y presenta reacciones emocionales exageradas, frente a lo que él reconoce son problemas pequeños; también menciona que no logra reenfocar su atención con facilidad hacia otros pensamientos una vez que el evento desencadenante concluyó (presenta rumiación en su pensamiento, se centra en gran medida en el evento negativo por un largo periodo de tiempo).

5.- Cuestionario de Disfrute y Satisfacción de la calidad de vida - Formulario corto. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form (Q-LES-Q-SF; Endicott et al., 1993). Este cuestionario evalúa las actividades generales que se evalúan en la forma más larga del Q-LES-Q. Cada ítem utiliza una escala de 5 puntos que va de 1 (muy pobre) a 5 (muy bueno). El puntaje total se deriva de 14 ítems con un puntaje máximo de 70 y con puntajes más altos que indican mayor satisfacción y disfrute de la vida. Los participantes califican su satisfacción con los siguientes ámbitos de actividad: salud física, sentimientos, trabajo, tareas domésticas, escuela/curso de trabajo, actividades de tiempo libre y relaciones sociales. Se ha descrito previamente la evidencia de la validez del QLES-Q-SF como una medida de la calidad de vida asociada con el TDAH (Mick et al., 2008).

Materiales

A continuación, se enlistan los materiales que se utilizaron durante la aplicación del programa: laptop, impresora, presentaciones en Power Point, cartulinas, formatos de trabajo y resúmenes visuales de las sesiones, software Zoom, software NeuronUp y dos

agendas, en donde el paciente registró por escrito las estrategias vistas en los módulos y en donde realizó una planificación de sus actividades del día siguiente.

Diseño y procedimiento

Diseño ABA': en donde A es la evaluación pre intervención, B es la intervención y A' es la evaluación post intervención.

Fase A: inicialmente se firmó un consentimiento informado, haciendo hincapié en que en todo momento habría confidencialidad respecto a la información recabada (ver Anexo 2) y se llevó a cabo una evaluación neuropsicológica en los meses de febrero y marzo del 2020, con ello se confirmó el diagnóstico de TDAH en presentación combinada de severidad moderada. Durante el mes de septiembre del 2020 se aplicaron una serie de instrumentos adicionales, que permitieron establecer la línea base del paciente antes del tratamiento y delimitar las variables contempladas en el estudio.

Fase B: después se diseñó un programa de rehabilitación neuropsicológica dirigido al tratamiento de las dificultades observadas anteriormente. Posteriormente se procedió a la firma de un consentimiento informado referente al programa de rehabilitación (ver Anexo 3), para después implementar el mismo a lo largo de 5 meses. Las sesiones se llevaron a cabo una vez por semana, con una duración de 90 minutos aproximadamente cada una, habiendo participación de la mamá del paciente en las ocasiones que se le requirió.

Fase A': se llevó a cabo la evaluación después del tratamiento haciendo uso de los mismos instrumentos empleados antes del programa de rehabilitación y se implementó una única evaluación a un grupo control (conformado con varones con las mismas características del paciente), para posteriormente realizar un análisis estadístico de los datos obtenidos.

Análisis estadístico

Para conocer si la intervención aplicada fue efectiva se utilizó el método estadístico de Crawford & Howell (1998, 2010) para comparar los puntajes pre y post tratamiento. Este método consiste en una prueba “t” modificada, que compara desempeño de un participante contra el de un grupo control, tratando a los datos del desempeño de la muestra control como estadísticos y no como parámetros (para controlar el aumento del error tipo 1).

La aplicación de este método cumple con dos funciones: 1.- evaluar si el puntaje del participante es significativamente menor frente al del grupo control y 2.- proporcionar una estimación de la anormalidad del puntaje del paciente (estima el porcentaje de la población control que pudiera obtener un puntaje más bajo que el del paciente).

La versión ampliada de este método (Crawford et al., 2010) cumple con una tercer función, que es la de proporcionar un valor y un intervalo de confianza respecto al tamaño del efecto, el cual es una medida que compara el puntaje del caso con el de un grupo control a través de puntajes Z. Es decir, este índice es un estimado de la diferencia promedio que hay entre ambos valores. Dicho valor se expresa a través de unidades de desviaciones estándar, de modo que sea independiente a la escala que se haya tenido en cuenta. La representación gráfica de dicho valor es Z-CC. La nomenclatura CC hace referencia a los casos control.

Las variables conceptuales a las que se les aplicó dicha prueba estadística se describen a continuación. Referente al funcionamiento ejecutivo fueron las escalas de Inhibición, Supervisión de sí mismo, Flexibilidad cognitiva, Control emocional, Iniciativa, Memoria de trabajo, Planificación y organización, Supervisión de la tarea y Organización

de materiales, Índice de regulación conductual, Índice de metacognición y Compuesto Ejecutivo Global, todas ellas expresadas en puntuaciones estandarizadas del BRIEF-A. Respecto a otros procesos cognitivos, las variables contempladas fueron las de atención sostenida y memoria, expresadas en puntajes naturales del registro conductual. En relación con la sintomatología psiquiátrica comórbida, se tuvieron en cuenta las subescalas de Ansiedad, Depresión, Rasgos límite e Ideación suicida, todas ellas expresadas en puntuaciones estandarizadas del PAI. En relación con la salud del sueño, se tuvieron en cuenta dos conductas pertenecientes al registro conductual, expresadas en puntajes naturales. Por su parte la regulación emocional se evaluó a través de las escalas Autoculpa, Rumiación, Catastrofización, Culpar a Otros, Focalización Positiva, Aceptación, Refocalizar en Planes, Reinterpretación Positiva y Poner en Perspectiva del CERQ, todas ellas expresadas en puntajes naturales. Finalmente, la calidad de vida fue analizada a través del puntaje natural del Q-LES-Q-SF.

Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas a un nivel de $p < .05$; sin embargo, Jacobson y Truax (1991) afirman que la presencia de un efecto estadísticamente significativo no garantiza que se hayan alcanzado efectos valiosos y significativos desde la perspectiva clínica. Por ello se utilizó el criterio de cambio clínico propuesto por dichos autores, el cual establece que el cambio se puede evidenciar cuando al concluir el programa de intervención, el paciente se encuentra ubicado en un rango que le permite ser indistinto a la población con funcionamiento normal; es decir, en un rango ubicado a ± 2 desviaciones estándar de la media para un comportamiento en específico.

Cabe señalar que el programa en el que se realizó el análisis estadístico (Singlims_ES.exe, basado en la metodología de Crawford & Howell, 1998; Crawford, 2010), permite reconocer si el paciente presenta un déficit en comparación con el grupo

control; en el caso de este programa de computadora, si existen diferencias significativas en el post tratamiento (es decir, si no se ubica a ± 2 desviaciones estándar de la media), implica que la diferencia aun es mayor entre el paciente y el grupo control.

En relación con ciertas variables/conductas de interés de este estudio, que presentan un puntaje alto, se relacionan con significancia clínica (por ejemplo: un puntaje T:89 del paciente en la escala de Iniciativa del BRIEF-A es clínicamente significativo a diferencia de un menor puntaje de PT:58 del grupo control). Dichas variables/conductas de interés son las subescalas del BRIEF-A, PAI y cuatro del CERQ: Autoculpa, Rumiación, Catastrofización y Culpar a Otros; así como los siguientes cuatro comportamientos del registro conductual: 1.- Número de actividades u órdenes que olvidó realizar en su vida social, familiar y laboral; 2.- Actividades escolares realizadas fuera del tiempo establecido o de último momento; 3.-Ocasiones en las que extravió o no encontró una pertenencia de manera inmediata y 4.- Comentarios/conductas impulsivas que no consiguió inhibir en su vida social, laboral, familiar y académica.

Debido a que el programa se dirige a hacer análisis estadístico de los déficits (más no de excesos, expresados en puntajes altos), se decidió transformar en específico estos valores positivos a valores en negativo para efectos de interpretación (por ejemplo: el puntaje T:89 del paciente en la escala de Iniciativa del BRIEF se capturó -89 y el puntaje T:58 del grupo control se capturó como -59), lo que permitió que se obtuvieran datos que verdaderamente reflejaran los casos en los que el paciente presentaba puntajes dentro del rango patológico (fuera de ± 2 desviaciones estándar) en comparación con el grupo control.

Finalmente, mencionar que en el módulo “sueño” del programa de rehabilitación se calculó la eficiencia del sueño (proporción del tiempo que una persona se encuentra durmiendo mientras en la cama durante la noche; es un valor que se obtiene durante la

aplicación de la técnica restricción/compresión del sueño y se calcula multiplicando el tiempo total de sueño por 100, y ese valor se divide entre el tiempo total en cama), con el fin de determinar la línea base del paciente antes de implementar las estrategias del módulo, para posteriormente calcular dicha medida de forma semanal y evaluar los cambios secundarios al tratamiento.

Capítulo 3: Resultados

Fases del proceso de evaluación y rehabilitación

Fase I: Evaluación pre-intervención

Escala Wender-Utah (WURS).

En esta escala el examinado obtuvo una puntuación de 33 puntos, lo que indica que el paciente se encontró muy próximo al punto de corte establecido para determinar que existió sintomatología relacionada al TDAH durante la niñez (36 puntos). En el apartado de anexos se pueden consultar las respuestas específicas del paciente a cada ítem del WURS (ver Anexo 4).

Escala de autorreporte para TDAH en adultos (ASRS) v 1.1.

En esta escala el examinado obtuvo una puntuación de 20 puntos, es decir, se superó los 12 puntos establecidos para orientar a un posible diagnóstico de TDAH. En el apartado de anexos se puede consultar las respuestas específicas del paciente a cada reactivo de esta escala (ver Anexo 5).

Escala Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS IV).

El paciente presentó puntuaciones promedio en la totalidad de las subpruebas aplicadas del WAIS-IV, motivo por el cual obtuvo puntajes promedio en los cuatro índices de dicha escala: Comprensión verbal (ICV), Razonamiento perceptual (IRP), Memoria de

trabajo (IMT) y Velocidad de procesamiento (IVP). Su coeficiente intelectual total (CIT) fue de 106, sin embargo, existió una diferencia considerablemente grande entre dos de los índices evaluados (ICV e IVP), por lo que el CIT que arrojó la prueba no fue confiable. Por ello se decidió obtener el Índice de competencia general (ICG) el cual se conforma de ICV e IRP. El ICG obtenido fue de 134. Asimismo, se determinó el Índice de competencia cognitiva (ICC), compuesto por el IMT e IVP el cual fue de 103, y aunque se encuentra en el promedio, es significativamente menor al ICG, sugiriendo que los procesos cognitivos de memoria de trabajo y velocidad de procesamiento presentan un nivel inferior frente a los de comprensión verbal y razonamiento perceptual (ver tabla 2).

Tabla 2

Puntuaciones por índice de la Escala Wechsler de inteligencia para adultos WAIS IV

Escala	Índice	Rango percentil	Intervalo de confianza
Índice de comprensión verbal (ICV)	133	99	125-138
Índice de razonamiento perceptual (IRP)	126	96	118-131
Índice de memoria de trabajo (IMT)	110	75	103-116
Índice de velocidad de procesamiento (IVP)	98	45	90-107
Coeficiente de inteligencia total (CIT)	106	66	101-111
Índice de capacidad general (ICG)	134	99	128-137
Índice de competencia cognitiva (ICC)	103	58	97-109

Nota. Los puntajes entre 90 y 110 se encuentran dentro del rango normal; los puntajes que van de 80 a 90 se encuentran debajo del promedio; los puntajes entre 70 a 80 se encuentran dentro del rango limítrofe. Las puntuaciones por debajo de 70 se consideran extremadamente bajas.

Tabla 3

Puntajes obtenidos en pruebas de atención y concentración, memoria y del funcionamiento ejecutivo

Dominio	Prueba	Puntaje natural	Puntaje escalar	Percentil	Puntaje estandarizado	Evaluación cualitativa
Atención y concentración	Retención dígitos progresión	5	7			Promedio bajo
	Cubos progresión	5	8			Promedio bajo
	Detección visual	19	9			Promedio bajo
	Detección de dígitos	10	12			Promedio
	Series sucesivas	3	13			Promedio
	Errores de omisión Test D2	12		40		Promedio
	Errores de comisión Test D2	1		25		Promedio bajo
	Total de respuestas Test D2	496		65		Promedio
	Total de aciertos Test D2	196		65		Promedio
Memoria (codificación)	Curva de aprendizaje promedio	7	8			Promedio bajo
	Pares asociados promedio	11	13			Promedio
	Memoria de historias promedio	13	13			Promedio
	Figura Rey Osterrith	36	12			Promedio
	Caras	4	11			Promedio
Memoria (evocación)	Memoria verbal espontanea	10	12			Promedio
	Memoria verbal claves	12	15			Superior al Promedio
	Memoria verbal reconocimiento	12	12			Promedio
	Pares asociados	12	12			Promedio
	Memoria de historias promedio	11	11			Promedio
	Figura Rey Ostereith	32	14			Superior al Promedio
	Reconocimiento caras	2	12			Promedio
Funciones ejecutivas	Señalamiento autodirigido Aciertos	24	7			Promedio bajo

(Área dorsolateral. Memoria de Trabajo).	Señalamiento autodirigido Perseveraciones	7	4		Alt leve. moderada
	Señalamiento autodirigido Tiempo	136	6		Alt leve. moderada
	Ordenamiento alfabético 3 # de ensayo	3	11		Promedio
	Resta 100-7 Aciertos	14	11		Promedio
	Resta 100-7 Tiempo	34	11		Promedio
	Suma consecutiva Aciertos	20	10		Promedio
	Suma consecutiva Tiempo	30	12		Promedio
	Memoria visoespacial Nivel máximo	4	15		Promedio
	Memoria visoespacial Perseveraciones	0	10		Promedio
	Memoria visoespacial Errores de orden	0	12		Promedio
Funciones Ejecutivas	Laberintos Planeación	1	12		Promedio
(Área dorsolateral).	Laberintos Tiempo	21	12		Promedio
	Clasificación semántica Promedio animales total	6	10		Promedio
	Clasificación semántica Puntuación total	39	18		Promedio
	Clasificación semántica Total categorías abstractas	>11	16		Promedio
	TOL #movimientos	41		88	Promedio
	TOL total correctas	0		74	Alt. leve
	TOL violaciones al tiempo	0		105	Promedio
	TOL violaciones a la regla	0		106	Promedio
	WCST # categorías completadas	6		>16	Promedio
	Laberintos Atravesar	0	10		Promedio

Funciones Ejecutivas (Área orbito medial)	Juego de cartas Porcentajes cartas de riesgo	35	10		Promedio
	Juego de cartas Puntuación total	29	9		Promedio bajo
	Stroop Palabra	106		50	Promedio
	Stroop Color	72		35	Promedio
	Stroop Palabra-color	63		84	Promedio
	Stroop Interferencia	20		91	Promedio
	5 dígitos elección	0		99	Promedio
	5 dígitos alternancia	0		50	Promedio
Funciones Ejecutivas (Área prefrontal anterior).	Clasificación semántica Total de categorías	14	17		Promedio
	Refranes Tiempo	71	12		Promedio
	Refranes Aciertos	5	14		Promedio
	Metamemoria errores negativos	3	9		Promedio bajo
	Metamemoria errores positivos	3	8		Promedio bajo

Nota. Alt: alteración; TOL: tarea torre de Londres de BANFE; WCST: tarea Wisconsin de BANFE. Todas las puntuaciones fueron convertidas a puntuaciones estandarizadas de acuerdo con la edad/escolaridad del paciente. Percentiles (Pc), donde puntuaciones menores a $Pc=30$ fueron consideradas por debajo del promedio y puntuaciones $Pc \leq 10$ fueron consideradas de relevancia clínica. Puntuaciones estandarizadas en subpruebas (Pe), tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3, considerándose puntuaciones patológicas aquellas menores a 7. Puntuaciones estandarizadas tienen una media de 100 y una desviación estándar de 15, considerándose puntuaciones patológicas aquellas menores a 85.

Respecto al desempeño que el paciente obtuvo en la batería de pruebas neuropsicológicas de lápiz y papel (pruebas de desempeño; ver Tabla 3), se evidenció un rendimiento promedio en tareas de span atencional, atención sostenida y selectiva; asimismo presentó un desempeño dentro de la norma en subpruebas relativas a memoria de corto plazo y de largo plazo con información visual y auditiva, y en ciertos dominios de funcionamiento ejecutivo (inhibición, flexibilidad cognitiva, razonamiento abstracto, fluidez verbal y no verbal, velocidad de procesamiento, resolución de problemas, toma de

decisiones y meta memoria), existiendo alteraciones leves en memoria de trabajo, planificación y automonitoreo, este último evidenciado por medio de evaluación cualitativa.

Inventario de Evaluación de las Funciones Ejecutivas para adultos (BRIEF-A).

El funcionamiento ejecutivo en la vida diaria del paciente, a nivel general, se ubicó dentro del rango de dificultades clínicamente significativas, esto queda en evidencia a través del Compuesto Ejecutivo Global (CEG), el cual es un puntaje que engloba a todos los índices de la escala. Asimismo, el Índice de Metacognición y las escalas de Inhibición, Supervisión de sí mismo, Iniciativa, Memoria de Trabajo, Planificación/Organización y Supervisión de la Tarea se ubicaron dentro de esta clasificación. El Índice de Regulación Conductual se ubicó dentro de la categoría de elevación potencialmente clínica. Las escalas de Control Emocional y Organización de Materiales se ubicaron en el rango de elevación leve; mientras que la escala de Flexibilidad es la única en donde se señala que no hay significación clínica aparente (ver Tabla 4).

Tabla 4

Puntajes obtenidos en el BRIEF-A

Índices	Puntuación cruda	Puntuación T	Interpretación
Escalas de Validez			
Negatividad		Acceptable	
Inconsistencia		Acceptable	
Escalas Clínicas			
Inhibición	19	74	Elevación clínicamente significativa
Flexibilidad	10	56	Sin significación clínica aparente
Control Emocional	20	60	Elevación leve
Iniciativa	24	89	Elevación clínicamente significativa
Supervisión de sí mismo	14	72	Elevación clínicamente significativa

Memoria de Trabajo	20	79	Elevación clínicamente significativa
Planeación y Organización	27	84	Elevación clínicamente significativa
Organización de Materiales	16	61	Elevación leve
Índices			
Índice de Metacognición	103	82	Elevación clínicamente significativa
Índice de Regulación Conductual	63	68	Elevación potencialmente clínica
Compuesto Ejecutivo Global	166	78	Elevación clínicamente significativa

Nota. Este cuestionario tiene una escala típica con media de 50 y desviación típica de 10. Un puntaje T de 0-59 implica que no hay significación clínica aparente, puntaje de 60-64 es indicativo de una elevación leve, puntaje de 65-69 señala elevación potencialmente clínica y de 70 en adelante implica una elevación clínicamente significativa.

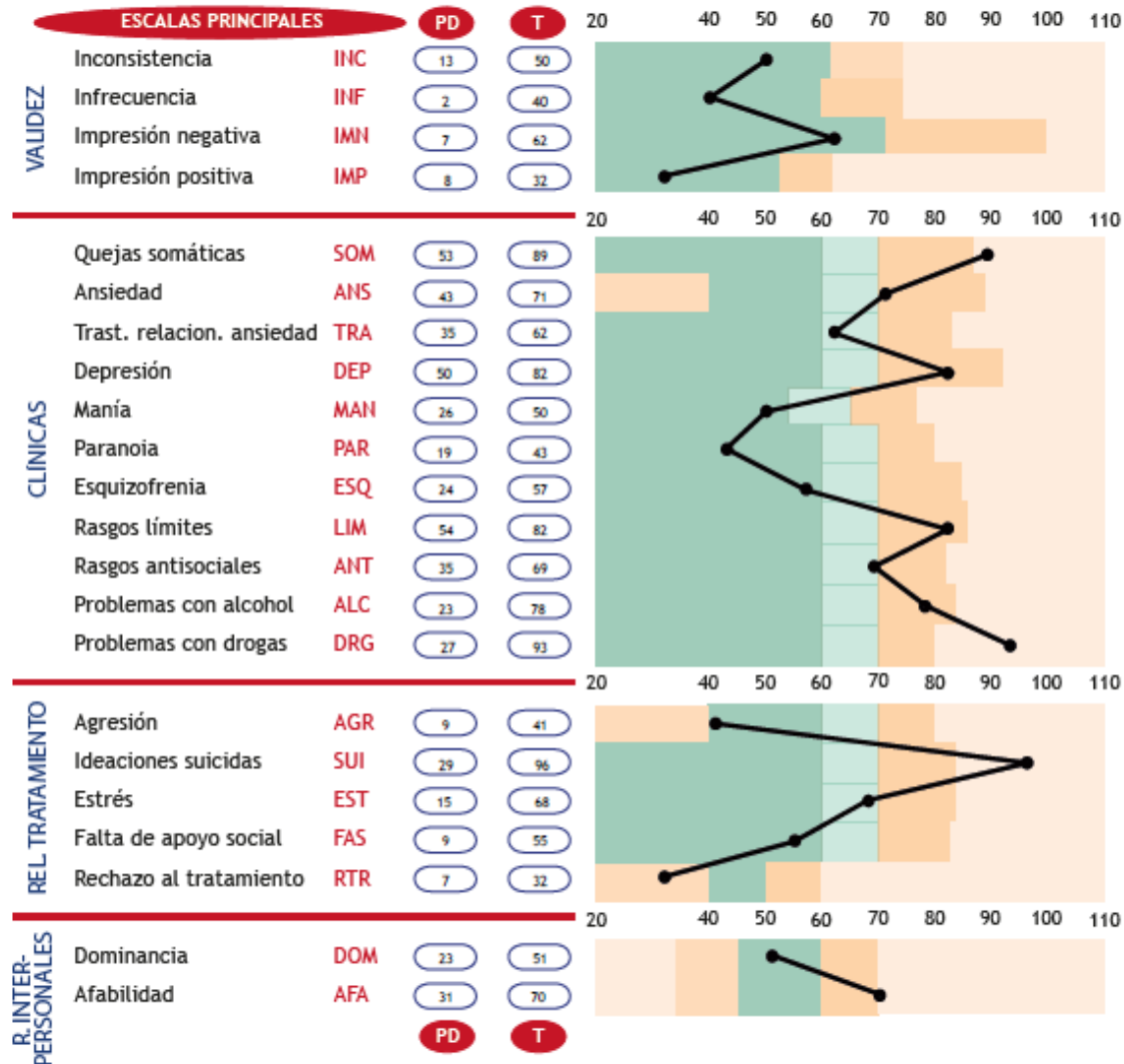
Las escalas de validez indican que el paciente contestó sin exagerar sus síntomas presentes y sus respuestas fueron consistentes.

Inventario de evaluación de la personalidad (PAI).

La evaluación al paciente por medio de dicho inventario evidenció un patrón de conducta psicopatológica, específicamente en las escalas clínicas: Quejas somáticas, Ansiedad, Depresión, Rasgos Límite e Ideación Suicida (ver Figura 1 y Figura 2).

Figura 1

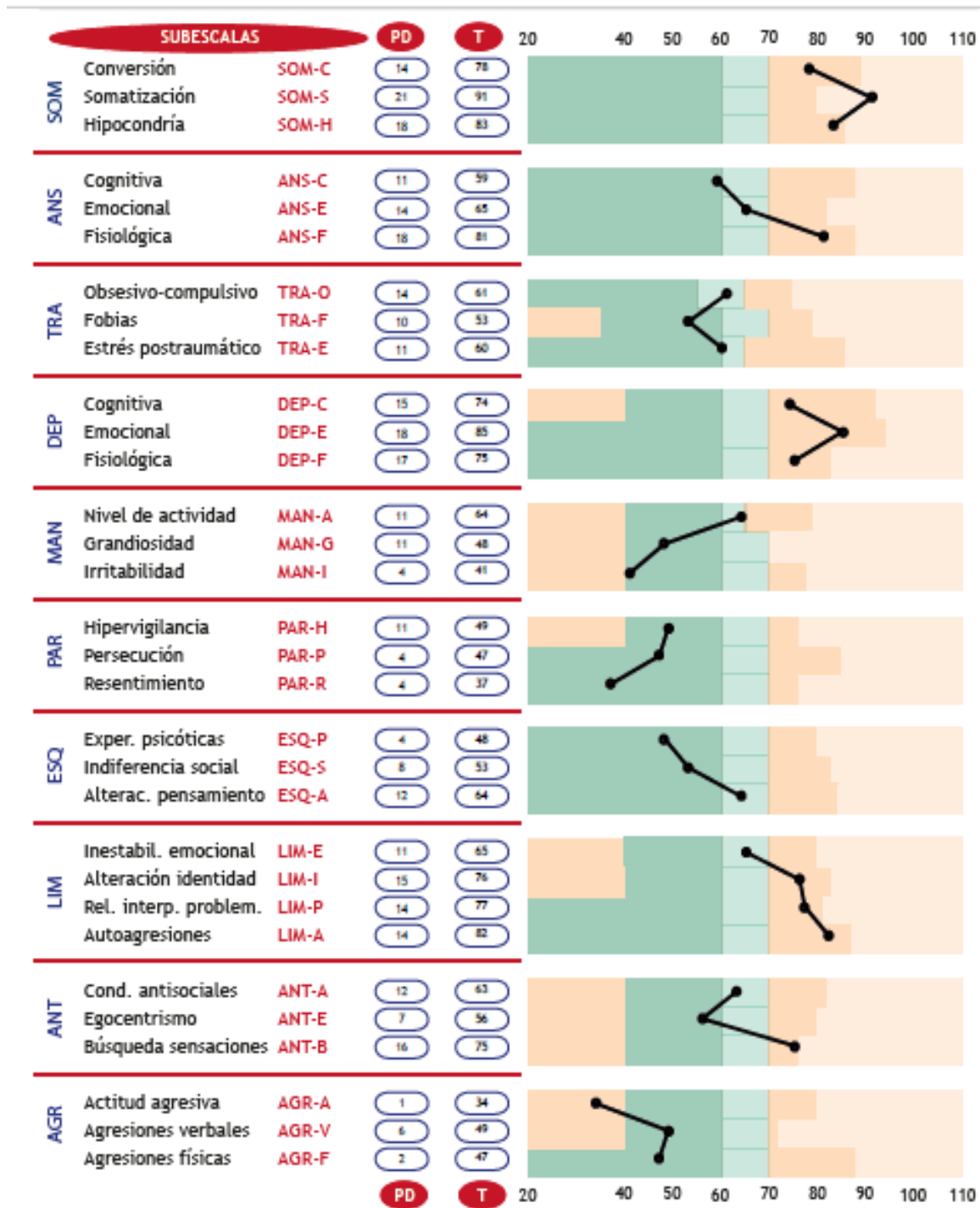
Puntajes obtenidos en las escalas principales del PAI



Nota. Un puntaje T de 60 es equivalente aproximadamente a un percentil 84, indica que la persona experimenta los síntomas y problemas indicados por la escala en mayor medida que el 84% de la muestra de referencia, una puntuación T de 70 es equivalente a aproximadamente un percentil de 96, representa un grado de problemas y síntomas que no suelen darse en la población general e indica, probablemente, un problema de importancia clínica. Finalmente, una puntuación igual o mayor a 80 implica un percentil 99.

Figura 2

Puntajes obtenidos en las subescalas del PAI



Nota. Un puntaje T de 60 implica es equivalente aproximadamente a un percentil 84, indica que la persona experimenta los síntomas y problemas indicados por la escala en mayor medida que el 84% de la muestra de referencia, una puntuación T de 70 es equivalente a aproximadamente un percentil de 96, representa un grado de problemas y síntomas que no suelen darse en la población general e indica, probablemente, un problema de importancia clínica. Finalmente, una puntuación igual o mayor a 80 implica un percentil 99.

Las puntuaciones obtenidas en las escalas de validez del instrumento, en sus índices de Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión positiva indican que el perfil del paciente puede ser interpretado y los resultados reflejan de forma precisa sus experiencias.

Las escalas clínicas que presentaron puntuaciones dentro del rango de significancia clínica fueron las siguientes: Depresión (PT:82), situación que explicaría la sintomatología que presenta propia del trastorno de depresión mayor. A su vez existen puntajes altos en la escala Ideación Suicida (PT: 96), lo que hace referencia a que existe notable tristeza, desesperanza y un sentimiento bajo de autoeficacia por parte del paciente.

Las escalas de Ansiedad (PT: 71), Quejas Somáticas (PT.89) y Rasgos Límite (PT.82) igualmente se ubican en el rango clínico, lo que coincide con lo que el paciente reportó en relación a vivir un estado de tensión continua, habiendo preocupación significativa sobre la salud, principalmente cognitiva, en torno a dificultades para sostener la atención a través del tiempo, memoria de largo plazo y funcionamiento ejecutivo; finalmente también se evidencian signos ligados a la impulsividad y labilidad emocional, mismas que se habían reportado durante la historia clínica realizada.

Por último, se presentaron puntajes clínicamente significativos en las escalas Problemas con alcohol (PT: 73) y Problemas con las drogas (PT.93), lo cual hace referencia al uso y abuso de sustancias que el paciente presentó en años anteriores, ya que actualmente se reporta únicamente uso ocasional de alcohol, nicotina y marihuana.

Registro conductual.

En la tabla 5 se pueden observar las 9 conductas específicas que el paciente señaló tenía el deseo de modificar al término del programa de rehabilitación, mismas que

permitieron delimitar los objetivos del programa en conjunto con el paciente. Se registró el número de ocasiones en que se presentó cada una de las conductas o bien el valor asignado con relación a lo sucedido durante 2 semanas, lo cual permitió estimar el valor promedio de dichos comportamientos.

Tabla 5

Registro conductual del paciente antes de la intervención

Descripción de la conducta	Número de ocasiones se presentó en las últimas 2 semanas	Valor promedio al día
1.- Actividades u órdenes (dadas por un tercero) que olvidó realizar en su vida social, familiar y laboral.	28	2
2.- Actividades escolares realizadas fuera del tiempo establecido o de último momento (por ejemplo, la noche anterior o minutos antes).	16	1.1
3.- Ocasiones en las que extravió o no encontró una pertenencia de manera inmediata.	8	0.57
4.- Horas de sueño que tuvo durante la noche.	-	4 ½
5.- En una escala del 1 al 10 (siendo el 1 una sensación nula y 10 una máxima sensación), número asignado a la sensación de descanso que percibe tiene, tras dormir en la noche.	-	6
6.- En una escala del 1 al 10 (siendo el 1 una motivación nula y 10 una máxima motivación), número asignado al grado de motivación que tiene para realizar sus actividades.	-	6
7.- Comentarios y conductas impulsivas que no consiguió inhibir en su vida social, laboral, familiar y académica.	8	0.57
8.- Minutos que logra mantener el foco de atención antes de distraerse.	-	9
9.- Ocasiones en las que quiso evocar determinada información de su vida académica, pero no lo logró.	7	0.5

Cuestionario de regulación emocional cognitiva (CERQ).

En la tabla 6 se muestran las respuestas del paciente, referente a la forma en que generalmente piensa cuando vive algún evento negativo o desagradable en su vida.

Tabla 6

Respuestas obtenidas en el CERQ

	Casi Nunca	A veces	Regularmente	A menudo	Casi Siempre
1.- Siento que soy el culpable de ello					
2.- Creo que tengo que aceptar que esto ha ocurrido					
3.- A menudo pienso en cómo me siento respecto a lo que he vivido					
4.- Pienso en cosas más agradables que lo que he vivido					
5.- Pienso en lo que puedo hacer mejor					
6.- Creo que puedo aprender algo de la situación					
7.- Creo que todo podría haber sido mucho peor					
8.- A menudo pienso que lo que he vivido es mucho peor que lo que otros han vivido					
9.- Siento que los demás tienen la culpa de ello					
10.- Siento que soy yo el responsable de lo que ha sucedido					
11.- Creo que tengo que aceptar la situación					
12.- Me preocupa lo que pienso y siento sobre lo que he vivido					
13.- Pienso en cosas agradables que no tienen que ver con ello					

...relaciones sociales?	1	2	3	4	5
...relaciones familiares?	1	2	3	4	5
... actividades de ocio?	1	2	3	4	5
... capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana?	1	2	3	4	5
... impulso, interés y/o desempeño sexual?	1	2	3	4	5
... situación económica?	1	2	3	4	5
... Situación de vida/doméstica? *	1	2	3	4	5
.. capacidad para desplazarse físicamente sin sentirse mareado o inestable o sin caerse	1	2	3	4	5
... su visión en términos de capacidad de trabajo o pasatiempos?	1	2	3	4	5
... Sentimiento general de bienestar?	1	2	3	4	5
... medicación? (si no toma ninguna, marque aquí y deje el punto en blanco)	1	2	3	4	5
¿Cómo calificaría su satisfacción y contento con la vida en general durante la última semana??	1	2	3	4	5

Fase II: Diseño y aplicación del programa de telerrehabilitación neuropsicológica

Bases teóricas.

En el programa de telerrehabilitación neuropsicológica que se diseñó y aplicó al paciente se hizo uso de estrategias de afrontamiento de los programas TCC de Ramsay y

Rostain (2014; desarrollado al español en su obra del 2019) y Young y Bramham (2009), los cuales se encuentran dirigidos a población adulta con TDAH y cuentan con datos empíricos sobre su eficacia (Amador et al., 2010). El uso de dichos programas permitió brindarle al paciente un programa de rehabilitación integrado por las siguientes estrategias: 1.- estrategias compensatorias y conductuales/cognitivas de la TCC. Respecto a las estrategias cognitivas trabajadas, se hizo uso de la obra “Cuadernos de terapia cognitivo-conductual: Una orientación pedagógica e integradora”, elaborada por psicoterapeutas con un enfoque TCC, dicho texto sirvió de guía para el módulo de reestructuración cognitiva, ya que describe y ejemplifica cómo poner en práctica estrategias de esta naturaleza (Gómez-Escalonilla et al., 2003). 2.- Estrategias de manejo conductual a través de un sistema de auto reforzamiento, ya que de acuerdo a la literatura científica esto promueve que se pongan en práctica las estrategias del programa de rehabilitación en el corto y largo plazo (Amador et al., 2010). También se consideró el modelamiento de las estrategias del programa durante las sesiones, de modo que el paciente observara la forma correcta de llevar a cabo ciertas estrategias de afrontamiento. 3.- Entrenamiento en dominios cognitivos específicos a través de ejercicios de atención sostenida y memoria de trabajo pertenecientes al programa de computadora NeuronUp y por medio de tareas ecológicas diseñadas a partir de déficits y necesidades detectadas; y 4.- estrategias de la terapia cognitivo conductual para el insomnio (TCC-i), la cual cuenta con validez empírica (Perlis et al., 2005); para atender los problemas de sueño identificados durante la evaluación.

Objetivos.

El programa de telerrehabilitación se estructuró de acuerdo con los objetivos acordados con el paciente y al perfil neuropsicológico obtenido en la fase pre-intervención, los cuales fueron:

- 1.- Que el paciente redujera el número de actividades escolares realizadas fuera del tiempo establecido o de último momento.
- 2.- Que el paciente redujera el número de actividades y órdenes dadas por un tercero que olvidó realizar en su vida familiar, social y laboral.
- 3.- Que el paciente redujera el número de pertenencias que extravía o no encuentra de forma inmediata.
- 4.- Que el paciente aumentara el número de horas de sueño que tiene durante la noche.
- 5.- Que el paciente percibiera una mayor sensación de descanso tras dormir durante la noche.
- 6.- Que el paciente percibiera una mayor motivación para realizar las actividades pendientes de su día a día.
- 7.- Que el paciente redujera el número de comentarios y conductas impulsivas en su vida social, laboral, familiar y académica.
- 8.- Que el paciente aumentara el número de minutos que logra mantener el foco de atención antes de distraerse.
- 9.- Que el paciente redujera el número de ocasiones que quiso evocar determinada información de su vida académica sin poder conseguirlo.

Estructura del programa de telerrehabilitación neuropsicológica.***Duración y frecuencia del programa.***

El programa de 20 sesiones se aplicó dentro de un periodo de cinco meses. Las sesiones se llevaron a cabo los días lunes con una duración aproximada de 1 hora y media. El programa de rehabilitación se implementó a través de la plataforma digital Zoom, esto debido a la emergencia sanitaria a nivel mundial por COVID-19.

Secuencia y contenido general de las sesiones.

Cada sesión comenzó con una revisión de la tarea asignada la semana anterior con el paciente, cuyo objetivo era revisar su correcta aplicación, así como conversar acerca de las mejorías percibidas; o por el contrario, la identificación y la modificación de la estrategia a fin de asegurar su cumplimiento en caso de que el paciente no hubiera implementado entre sesiones. Siempre que fue posible, los ejemplos de los ejercicios fueron solicitados al paciente para mejorar la validez ecológica de las técnicas. Cada sesión concluyó con una tarea relacionada al área trabajada durante la semana en turno.

La secuencia de las sesiones de tratamiento siguió una jerarquía en la exposición de estrategias de afrontamiento fundamentales (por ejemplo, estrategias de control inhibitorio, esto de acuerdo con el modelo teórico de Barkley, 1997) que se considerarían fundamentales para el dominio de otras estrategias (por ejemplo, la planificación). La sesión inicial sirvió para brindar psicoeducación al paciente respecto al TDAH y el contenido/desarrollo del programa (módulos a trabajar, horarios, plataforma digital a usar, etc); después se establecieron los compromisos correspondientes para el terapeuta, paciente y familiar, finalmente se firmó el consentimiento informado.

En las sesiones posteriores se abordaron estrategias relacionadas con la atención sostenida, memoria de largo plazo, memoria de trabajo, planificación/organización, motivación, salud del sueño y con la reestructuración cognitiva (pensamiento adaptivo/racional).

El programa de tratamiento concluyó con una discusión sobre el progreso percibido en cada una de las áreas trabajadas, así como la discusión de cuáles fueron las estrategias preferidas por el paciente y posibles cambios a algunas de ellas con el fin de que su puesta en práctica continuara a través del tiempo.

En la tabla 8 se especifica el contenido específico de cada sesión.

Tabla 8

Estructura del programa de telerrehabilitación neuropsicológica

Sesión	Contenido
1	Encuadre terapéutico y psicoeducación. Explicación al paciente y a la mamá del paciente del programa de intervención, el contenido y la estructura de trabajo. Explicación de la etiología del TDAH, presentaciones del trastorno, sintomatología clínica, comorbilidades y tratamiento. Resolución de dudas e identificación de características positivas secundarias a TDAH.
2	Inhibición. Psicoeducación en torno a esta función cognitiva. Estrategias de inhibición verbal: definir y asumir un rol conductual en interacciones sociales, uso de claves externas y autoinstrucciones, desarrollo de habilidades de empatía.
3	Inhibición. Estrategias de inhibición conductual: gestión de problemas (análisis de ventajas/desventajas), para-piensa, técnicas de distracción y uso de recursos externos.
4	Control atencional. Estrategias de autorreforzamiento, regulación del ritmo de actividad (alternar entre dos tareas), fomentar la competencia interna y uso de recursos externos.
5	Memoria. Estrategias mnésicas: diseño y uso de claves visuales, repetición de la información con sintaxis diferente, mnemotécnicas, repetir y recapitular lo dicho por un tercero y uso de recursos externos.
6-7	Planificación. Uso de una agenda y tiempo específico para planificar las actividades diarias, estimación temporal para los trabajos, división de una tarea mayor en pequeños pasos y uso de un reloj analógico.
8	Organización. Estrategias de organización del espacio, lugares específicos para ubicar pertenencias. Uso de recursos externos (folders, botes, etc).
9-10-11	Sueño. Estrategias de (TCC-i): control del estímulo, comprensión del sueño, ejercicios de relajación muscular y respiración, y técnicas conductuales de higiene del sueño.
12-13	Motivación/Iniciativa. Estrategias de autoinstrucciones para iniciar y reanudar una tarea, reestructuración cognitiva (magnificar convenientes de realizar una tarea, tener un concepto diferente del tiempo), tiempos delimitados para hacer un trabajo, motivación extrínseca (comentar las intenciones y compromiso de trabajo a un tercero), aceptación de la recaídas y tolerancia a la incomodidad/frustración inicial de la tarea.

14	Atención sostenida. Ejercicios en un programa computarizado, nivel de dificultad graduado según el desempeño previo. Ejercicios de la vida diaria a nivel visual (lectura de un texto) y audiovisual (video), con tiempos progresivos de sostén atencional.
15	Memoria de trabajo. Ejercicios en un programa computarizado, nivel de dificultad graduado según el desempeño previo. Ejercicio de la vida diaria con una serie de pasos a realizar teniendo control de la interferencia.
16-17-18-19	Reestructuración cognitiva. Psicoeducación con énfasis en los niveles de pensamiento (creencias centrales, intermedias y pensamientos automáticos). Modelo ABC de Albert Ellis. Ejercicios para repasar la información. Técnica de la flecha descendente, sugerencias para debatir las creencias. Debate cognitivo. Autoinstrucciones. Parada del pensamiento. Delimitar tiempo específico para preocupaciones.
20	Cierre del programa. Revisión de las estrategias más efectivas de las sesiones del programa, valoración de cuales no lo fueron. Detección de aspectos que quedan pendientes de mejoría. Solución de dudas.

Nota. TCC-i= Terapia cognitivo conductual para el insomnio.

A lo largo de las sesiones se le solicitó al paciente anotar el título de la estrategia trabajada y un resumen breve de ella, en su cuaderno de anotaciones, comentándole que se había hecho acreedor a un refuerzo por haber prestado atención (chocolate pequeño) cada que se concluía la revisión y ejemplificación de cada una. Por otro lado, se le facilitaron resúmenes visuales de las estrategias de los módulos (con el título de la estrategia y una imagen simbólica a su lado, ver Anexo 6). Lo anterior con el objetivo de que pudiera revisar que se había trabajado en la sesión y con qué recursos podía contar de ahora en adelante. También se le solicitó que, en un par de cartulinas ubicadas en un lugar visible de su cuarto, anotara las estrategias que se fueran trabajando, de modo que en una columna contigua anotara el número de ocasiones en que las había implementado, el reforzador que se había brindado por ello y las consecuencias positivas que había tenido por llevar algunas de las estrategias a cabo.

Carta descriptiva del programa de telerrehabilitación neuropsicológica.

A continuación, se presenta la carta descriptiva de las sesiones (ver Tablas 9-28) llevadas a cabo a lo largo del programa en la cual se incluyen los objetivos específicos y

particulares por sesión, las estrategias utilizadas, las instrucciones y materiales ocupados (ver Anexo 7).

Tabla 9

Sesión 1: Psicoeducación y presentación del programa

Objetivo específico	Que el paciente conozca acerca del TDAH a través de la psicoeducación a fin de que entienda porque ha presentado determinadas conductas a lo largo de su vida. Igualmente, que conozca la estructura de trabajo y el contenido del programa de forma general.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente conozca acerca de ciertas características del TDAH combinado, sintomatología clínica, afectación del funcionamiento ejecutivo y disregulación emocional. ❖ Que el paciente conozca acerca de determinadas comorbilidades en el TDAH. ❖ Que el paciente conozca acerca de la etiología y prevalencia del TDAH. ❖ Que el paciente conozca las líneas de tratamiento existentes de tipo psicológico: en concreto la terapia cognitivo conductual. ❖ Que el paciente conozca de forma general los módulos que se trabajaran a lo largo del programa de rehabilitación, los horarios de la sesión y ciertos lineamientos a seguir durante el programa. ❖ Que el paciente identifique características positivas de presentar TDAH, a fin de que pueda tomar conciencia de fortalezas personales que probablemente no había tenido en cuenta.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación ❖ Reestructuración cognitiva
Instrucciones	<p>Se desarrolla el contenido de la psicoeducación resolviendo las dudas que el paciente o su familiar puedan externar. De igual modo se dan a conocer los módulos de trabajo que se abordaran en el programa de rehabilitación, así como los lineamientos generales; se resuelven preguntas en caso de haberlas.</p> <p>-Características positivas de mi TDAH: Conozcamos qué conductas o rasgos de personalidad no te gustan tener como consecuencia del TDAH, pero también vamos a ver aquéllas que, si te pueden gustar y probablemente no habías tomado en consideración, registremos cada una de ellas en las siguientes esferas de tu vida: vida laboral, vida social, etc.</p>
Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, Presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones y formato "Características positivas y negativas de mi TDAH"

Tabla 10

Sesión 2: Inhibición verbal

Objetivo específico	Que el paciente reduzca el número de comentarios impulsivos realizados en su vida social, familiar y académica.
---------------------	---

Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente conozca que es la inhibición y que implica tener una falla en dicho dominio cognitivo. Asimismo, que aprenda a distinguir una emoción adaptativa de una no adaptativa y las consecuencias de presentar una regulación emocional deficiente. ❖ Que el paciente aprenda a tomar conciencia de que comentarios corresponden con cierto rol social que vaya a adoptar en interacciones sociales futuras. ❖ Que el paciente aprenda a realizar un acto simbólico y a brindarse autoinstrucciones cuando perciba que pueda verbalizar algo impropio. ❖ Que el paciente desarrolle la habilidad de empatía y toma de conciencia sobre el punto de vista de su interlocutor en una plática.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación ❖ Asumir un rol conductual en interacciones sociales. ❖ Uso de una clave externa y autoinstrucciones. ❖ Empatía/ver el punto de vista del otro.

Instrucciones

-Psicoeducación: Se le explica al paciente que se entiende por control inhibitorio de acuerdo con el modelo de TDAH de Barkley (1997), así como la relación existente entre una falla en dicho dominio y la ejecución de una conducta impulsiva tras presentar una determinada emoción, lo anterior por medio de la presentación del modelo de Koole (2009). Asimismo, se le explica la diferencia entre una emoción adaptativa y una desadaptativa (que es lo que favorece la existencia de una u otra), así como las consecuencias de presentar una emoción desadaptativa.

-Asumir un rol conductual en interacciones sociales: Una estrategia para gestionar el riesgo de la impulsividad verbal es anticipar la situación y el papel que uno tendrá, esto te ayudará a lidiar con lo que harás y dirás (y más importante, con lo que no harás ni dirás). Podrías definir tu papel en la junta de trabajo como uno donde “escuchó, internalizó la información importante de mi trabajo y comparto la información relevante a mi proyecto cuando sea mi turno”. Por tanto, es esencial definir el “papel” que vas a llevar a cabo. Por ejemplo, si tu papel va a ser como empleado o alumno, en tu mente habrás de pensar “soy el empleado/estudiante que está escuchando lo que mi jefe/maestro me está diciendo” o “soy el novio que escuchara las observaciones de mi pareja”. Definir el papel que tendrás en tus interacciones te ayuda a crear un guion conductual. Llevemos a cabo un role-playing 1.- Simulemos algún evento futuro sobre el que pienses puedes verbalizar algún comentario inapropiado (podemos basarnos en un evento pasado en el que ya se haya presentado el comentario) ¿Que está sucediendo, que dice o hace la otra persona? Descríbeme la situación y simulémosla; una vez terminada la simulación se hace la pregunta. ¿Qué emoción presentabas y en una escala del 1-10 que tanto estaba presente? Ahora, 1.- Determinemos el rol que estarías jugando en esa misma interacción y que se espera de ti en ese papel (expectativas) y los comentarios que pudiste haber verbalizado en el role-playing anterior (tanto inconvenientes como convenientes de acuerdo con el rol determinado). 2.- Ahora, simulemos la experiencia de nuevo 3.- ¿Que emoción tenías y en una escala del 1-10 que tanto estaba presente?

- Uso de una clave externa y autoinstrucciones: También podemos hacer uso de una clave externa, que te permita tener un mayor control. Una sugerencia de esto es imaginar que, a la altura de nuestra boca, llevamos impresa la insignia roja con la leyenda de STOP, la cual nos ayudará a acordarnos que debemos permanecer en “control” de la reacción ante la situación detonante. También es de ayuda realizar actos simbólicos que guíen la conducta, una opción es lo siguiente: Pon tu mano detrás de tu espalda o en tu bolsillo y realiza un movimiento de “cerrar un candado con una llave”, simbolizando con ello que de tu boca no saldrá algún comentario del que después te puedas arrepentir. Y después: vamos a repetir una serie de auto instrucciones en nuestro pensamiento “Calma”, “No te precipites”, “Recuerda las consecuencias” y “No vale la pena” Ahora: Hagamos un role-playing en una situación pasada que hayas tenido con una emoción intensa en la que hayas verbalizado comentarios inapropiados. Hagamos los siguientes pasos: -Descríbeme la situación -Asignemos el rol del terapeuta -Recuerda la estrategia de STOP a nivel de nuestra boca, el candado en nuestro bolsillo y las auto instrucciones. -Simulemos (durante la misma, nota la emoción y su intensidad inicial, así como la intensidad tras aplicar dichas técnicas).

-Empatía/ver el punto de vista del otro: Está en nuestra naturaleza humana, que, al ser atacados, uno intentará defenderse, incluyendo la desacreditación o hasta citar ejemplos que sean contrarios a las acusaciones, es decir, que no sean parte del tema presente. (p. ej., “pues sí, pero que tal aquella vez que tú...”) A menudo esto hace que el argumento se intensifique y se pierda de vista el punto de discusión original. Lo que se sugiere es encontrar una pizca de verdad en lo que tu interlocutor está diciendo, incluso si no estás de acuerdo o crees que aquello es poco razonable. El propósito de esta habilidad no es que cedas (p. ej., “tienes toda la razón. Soy una persona horrible”); en cambio, debes escuchar y encontrar puntos en común que te ayudarán a reducir la intensidad emocional y que guiarán hacia una conversación fructífera (p. ej., “tienes toda la razón al sentirte lastimada y frustrada porque llegué tarde a recogerte y porque te dejé ahí esperando. Me frustra mi propia actitud porque no quiero que pienses que no me importas”). Ser considerado y sentir empatía involucra que te pongas en el lugar de los demás y que te imagines lo que él o ella está sintiendo sobre la situación que se está platicando, nuevamente, de una manera no defensiva. La meta es obtener un entendimiento de las experiencias de la otra persona y que la otra persona se sienta comprendida. Utilizar frases como “me imagino que pensaste que te me habías olvidado por completo. Haz de haber estado con el dilema entre esperarme o irte a casa” y “si yo hubiese estado en tu lugar, también me hubiera sentido lastimado y confundido” son de mucha ayuda. La próxima vez que un compañero de trabajo, un amigo, tu pareja o alguien más te diga que está frustrado o molesto contigo por algo que has hecho, realiza una pausa. Antes de responder automáticamente a la defensiva, utiliza la pausa para preguntarte cómo sería si te ocurriera lo mismo de lo que se están quejando contigo.

Ten en cuenta que reconocer y empatizar con la perspectiva de alguien no significa necesariamente que tenga razón y que tú estés equivocado. De hecho, su perspectiva puede ser una locura. Pero, de cualquier manera, se sugiere tratar de entender mejor su posición, esto te llevará a menos conflictos. Hagamos un role-playing: Piensa en la última experiencia en la que te viste envuelto en una discusión verbal, la cual se produjo como consecuencia de algún error que hayas cometido, y que su vez no fuiste empático ni identificaste el punto de vista del otro, sino que adoptaste un papel a la defensiva. Simulemos el evento de nueva cuenta asignándole el rol correspondiente al terapeuta (es decir tu interlocutor) ¿Que te hubiera gustado haber dicho reflejando empatía e identificando el punto de vista del otro, es decir, que hubiese sido tu respuesta original?

La tarea asignada para esta semana consiste en que el paciente busque aplicar las estrategias trabajadas cuando perciba está próximo a verbalizar un comentario inadecuado, en caso de que no haya logrado inhibirlo, lo que habrá de hacer es dirigirse a un lugar privado (su cuarto por ejemplo), en donde deberá hacer un role-playing, simulando que el evento se desarrolló de otra forma, en donde pondrá en práctica la estrategia correspondiente, promoviendo así en futuras situaciones tenga más presente dicha técnica.

Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, Presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones y resumen visual del módulo.
----------	--

Tabla 11

Sesión 3: Inhibición conductual

Objetivo específico	Que el paciente reduzca el número de comportamientos impulsivos en su vida social, familiar y académica.
---------------------	--

Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente aprenda a identificar cual es la mejor solución frente a un determinado problema por medio de una lluvia de ideas. ❖ Que el paciente aprenda a realizar la estrategia de “para – piensa” cuando perciba puede realizar algo impropio. ❖ Que el paciente aprenda a llevar a cabo una estrategia de demora y reflexión que le permita evitar comprar productos innecesarios. ❖ Que el paciente aprenda a realizarse una serie de preguntas que le permitan revisar si es conveniente actuar como lo pensó en un inicio. ❖ Que el paciente aprenda formas de distraerse a sí mismo en situaciones que le requieren esperar de manera prolongada. ❖ Que el paciente haga uso de recursos externos (audífonos o tapones) que le permitan inhibir el impulso de no completar o avanzar en alguna tarea que se encuentre realizando por alguna distracción.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gestión de problemas/Lluvia de ideas ❖ Para-piensa ❖ Distracción ❖ Uso de recursos externos

Instrucciones

-Gestión de problemas/Lluvia de ideas: El primer paso del proceso de gestión de problemas es definir el problema específico al cual se está enfrentando. El siguiente paso es hacer una lluvia de ideas de las posibles soluciones. Podrías tomar en cuenta cualquiera de las soluciones sin tener que editarlas o eliminarlas. Tomarse el tiempo para contemplar las posibilidades en vez de impulsivamente ejecutar la primera opción más razonable (aunque no necesariamente sea la mejor) te ayudará a cuidarte de las decisiones precipitadas. El siguiente paso en el proceso es evaluar las ventajas y las desventajas de cada opción. Esta fase en el proceso involucra ordenar de una manera jerárquica las soluciones posibles, desde la más prometedora hasta la menos prometedora. En muchos casos, este paso confirmará la acción que habías pensado debías tomar, incluso si es una solución difícil. Realizar este proceso hace que te enfrentes al problema y a lo que debes de hacer para lidiar con él, en vez de dedicarte a la evitación cognitiva (p.ej., “no quiero pensar en esto”) y al escape emocional (realizar actividades distractoras). El siguiente y último paso es detallar qué acciones debes hacer para implementarla. Llevemos a cabo la gestión de alguno de tus problemas presentes con el formato de lluvia de ideas.

-Para-piensa a nivel general: Es de mucha ayuda recurrir a STOP (Stop, Think, Observe, Plan) en esos momentos en los que notas puedes decir o hacer algo de lo que te puedas arrepentir después. Cuando usas esta estrategia, aumentas tus opciones y tu capacidad de actuar. La próxima vez que te encuentres en una interacción difícil en casa o en el trabajo, prueba “STOP”. Veamos un ejemplo: Kevin llegó tarde al trabajo y notó que todos estaban en una gran reunión en la cafetería. Ve a su jefe sentado. Automáticamente se da la vuelta y comienza a dirigirse al estacionamiento para salir. En este punto, recuerda usar STOP. Se detiene, se sienta y empieza a buscar regular su respiración. Luego piensa en lo que siente y se da cuenta de que, si se va, probablemente será castigado por no presentarse a trabajar. Ahora está observando su entorno y toda la situación. Mientras observa, nota un horario en la puerta de la cafetería que dice que habrá un descanso en cinco minutos. Finalmente, hace un plan. Planea esperar el descanso para que su entrada no sea tan incómoda, y luego firmará y se disculpará por llegar tarde a la reunión.

Si Kevin hubiera dejado que sus pensamientos y sentimientos lo llevaran por un camino impulsivo, podría haber perdido su trabajo. En cambio, planea actuar con integridad y honestidad. Lo más probable es que mantenga su trabajo y se sentirá mejor consigo mismo. Las reacciones emocionales pueden llevarte a soltar respuestas de enojo, así que es importante practicar la pausa antes de responder. Esta pausa puede ser en persona, a través de chat, SMS, etc. Para practicar, simplemente haz una pausa unos segundos antes de responder a un mensaje o decir/ hacer algo hiriente (STOP: detente, piensa, observa y planea). Imaginemos una situación similar a la de Kevin, en donde hayas llevado a cabo alguna acción impulsiva. Recreemos dicha situación, pero ahora haciendo uso

de STOP. Detente. Piensa. Observa. Planea. Primero yo, mira como lo hago. Ahora tú, simula este proceso.

-Para-piensa aplicado a las compras: Al estar por comprar algo es importante hacerse la pregunta, ¿realmente necesito esto? Incluso si la reacción inmediata es que “sí”, que realmente necesitas y quieres eso, entonces la pregunta que sigue es, “¿lo necesito en este instante?” Lo que puedes hacer es tomarte 24 horas para “consultarlo con la almohada”, si sigue siendo una prioridad tenerlo, lo puedes usar como auto recompensa por la cual trabajar (es decir, un reforzamiento positivo) tras terminar un proyecto de trabajo, organizar todo tu cuarto, etc.

-Doble verificación: Algunas de las preguntas que te pueden ayudar a hacer una “doble verificación” antes de actuar de una manera que pudiera ser impulsiva son las siguientes: ¿Qué pasará si hago esto? ¿Qué pasará si no hago esto? ¿Cuáles son las consecuencias a largo plazo? Realicemos un ejercicio sobre alguna situación pasada en la que podrías haber aplicado esta estrategia. Primero te muestro como yo lo haría y después tú.

-Distracción: Algunas de las actividades que podrías realizar mientras te encuentres esperando (y pienses que de no hacer algo te desesperarás y podrías actuar impulsivamente) son las siguientes: -Enfócate en un objeto y descríbelo lo más detalladamente posible. -Trata de pensar en tantos animales, países o nombres de mujeres/hombres que empiecen con cada letra del alfabeto. Pregúntate: Si gano la lotería, ¿cómo me gastaré un millón de pesos?

-Uso de recursos externos: Para que continúes realizando tus tareas sin que te distraigas, hagamos uso de audífonos con cancelación de ruido o tapones, si tu entorno lo permite. Por otro lado, usar cierta música para bloquear el ruido externo puede tener la ventaja de ayudar a atender por un tiempo más prolongado mientras trabajas. La mayoría de la gente encuentra que la música con un ritmo consistente y pocas o ninguna letra es lo mejor para concentrarse. Un ejemplo es el siguiente: <https://www.youtube.com/watch?v=4VQe-yU3p0>

La tarea asignada para esta semana consiste en que el paciente busque aplicar las estrategias trabajadas durante la sesión si logra percibir está próximo a actuar de forma impulsiva, en caso de que no haya logrado inhibirlo, lo que habrá de hacer es dirigirse a un lugar privado (su cuarto por ejemplo), en donde deberá hacer un role-playing, simulando que el evento se desarrolló de otra forma, en donde pondrá en práctica la estrategia correspondiente, promoviendo así en futuras situaciones tenga más presente dicha técnica.

Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones, link del video, formato “Gestión de problemas/toma de decisiones” y resumen visual del módulo.
----------	---

Tabla 12

Sesión 4: Control atencional

Objetivo específico	Que el paciente aprenda a desarrollar un mayor control atencional del registrado en la evaluación (focalizar mejor su atención a un estímulo en concreto).
---------------------	--

Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente aprenda a administrarse un reforzador cada que cumpla con sus objetivos, sean pequeños o grandes, o bien tras haber atendido a un estímulo después de un tiempo determinado. ❖ Que el paciente aprenda a percibir el control atencional dirigido hacia una actividad como un reto a superar. ❖ Que el paciente aprenda a alternar entre la realización de dos actividades ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de usar una banda elástica alrededor de la muñeca que le permita enfocar su atención con un pequeño golpe tras haberla perdido.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reforzamiento ❖ Competencia ❖ Regulación del ritmo de actividad (alternar entre una tarea y otra) ❖ Uso de un recurso externo
Instrucciones	<p>-Recompensa por cumplir una tarea: Cuando tengas alguna tarea que cumplir (tales como aprender o memorizar cierta información) asegúrate de proporcionarte una recompensa cada que memorices un nuevo concepto, o bien si ya estuviste en dicha tarea por un periodo de tiempo considerable (si reconoces que puedes atender una actividad durante 10 minutos aproximadamente, puedes programar una alarma a lo nueve minutos para evitar llegar al periodo en el que tu atención empiece a disminuir), la recompensa puede ser tomar un descanso, caminar unos minutos para despejar la mente, etc.</p> <p>-Prestar atención como “un reto a cumplir”: Si se busca aumentar el interés hacia una actividad determinada, a la que se debe atender, resulta de gran ayuda percibirla como si fuera una competencia de la que se debe salir victorioso. Por ejemplo: pensar en “veamos si logro atender por 15 minutos sin distraerme de este apunte que pretendo memorizar”. De conseguirlo, es importante hacerse la pregunta ¿Cómo se siente haberlo logrado?</p> <p>-Volver novedosas las actividades: Para mantener tu atención/motivación presente, puede ser muy útil utilizar los rasgos y patrones de comportamiento que vienen con el TDAH en lugar de luchar contra ellos. Un rasgo común a casi todas las personas con TDAH es el deseo de buscar la novedad. Una forma de crear novedad en tu trabajo es mezclar las cosas no trabajando en el mismo proyecto todo el día. Por supuesto, hay veces en las que hay que trabajar en el mismo proyecto todo el día, pero con suerte, no es la norma. La falta de novedad a menudo lleva al aburrimiento, y el aburrimiento lleva a la distracción, así que ayuda a mezclar las cosas (alternar diferentes tareas productivas). Por ejemplo: empieza trabajando con una tarea por unos cuantos minutos, cuando percibas que tu nivel de atención/ concentración disminuye, alterna con otra tarea por unos minutos después regresa a la tarea inicial, y así sucesivamente. Hagamos uso de un formato escrito para que ahorita trabajes en una tarea escolar, transcurrido 10 minutos haremos un descanso de 10 minutos, después volverás tu tarea y así sucesivamente hasta cumplir 30 minutos.</p> <p>Practiquemos, ¿Qué tarea necesitas hacer para tu escuela? Trabajemos en ella por 10 minutos, después podremos platicar de algún tema de nuestro interés, después volverás a trabajar otros 10 minutos y así de manera sucesiva.</p> <p>Asimismo, podrías practicar el cambio de ambiente de trabajo. Puede que descubras que un lugar o entorno diferente, incluso tan pequeño como cambiar la ubicación de tu escritorio, puede ayudar a impulsar un cambio en tu motivación y un aumento en el foco atencional.</p> <p>-Banda elástica para evitar la distracción: Una estrategia que resulta útil es la de hacer uso de una banda elástica en tu mano (que lleves contigo a todos lados) con el fin de que en aquellas situaciones en las que te des cuenta de que te has distraído, te brindes un ligero golpe con la banda, de modo que esto te ayude a volver a centrar tu atención en donde corresponde.</p>

	La tarea asignada consiste en que el paciente, en al menos en 2 ocasiones durante la semana, haga uso del formato dedicado a alternar entre 2 actividades, de modo que pueda atender durante cierto periodo de tiempo a una actividad escolar pendiente, reciba un descanso igualmente limitado en tiempo, y reanude la actividad, por otros minutos, de modo que logre completar dichas asignaciones académicas.
Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones, formato "Alternar entre dos actividades", una banda elástica y resume visual del módulo.

Tabla 13

Sesión 5: Memoria

Objetivo específico	Que el paciente aprenda una serie de estrategias mnésicas que le permitan reducir el número de ocasiones que quiso evocar determinada información en su vida académica sin poder conseguirlo. A su vez que le permitan reducir el número de actividades y órdenes dadas por un tercero que olvido realizar en su vida familiar, social y laboral.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de hacer dibujos sencillos en sus apuntes (o frente a cualquier otra información) que sean una representación visual del texto. ❖ Que el paciente aprenda a crear diferentes modos de redacción verbal sobre una misma base de información, haciendo cambios en la sintaxis, a fin de que cuente con diferentes formas de repaso. ❖ Que el paciente aprenda cómo crear sus propias mnemotecnias sobre cierta información que busque memorizar. ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de registrar por escrito las instrucciones o datos importantes que escuche o vea, sin importar si considera ya lo ha registrado/codificado correctamente. ❖ Que el paciente aprenda cómo repetir y recapitular la información provista por un agente externo a fin de que se asegure tiene un registro preciso de la misma. ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de tener una hoja blanca en su espacio de trabajo que le permita anotar cualquier idea o dato relevante que surja tanto internamente (pensamientos) como externamente.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Clave visual ❖ Repetición ❖ Mnemotecnias ❖ Uso de recursos externos (papel y pluma)
Instrucciones	<p>-Uso de pictogramas hechos por uno mismo: El simple hecho de hacer dibujos con figuras de palito de eventos o información aumenta la probabilidad de crear recuerdos fuertes. Veamos un texto o cualquier otra información que te gustaría memorizar o aprender, leamos el primer párrafo o pongamos por escrito la idea. ¿Qué dibujo simple crees que podrías realizar ahí en una hoja, de modo que el recuerdo del mismo te permita evocar de mejor forma esa información? Aplica esto de manera subsecuente con el resto de la información del texto. Al finalizar, anota en una hoja aparte todas las ideas que logras recordar (ya sin ver los dibujos o palabras de la anotación original). El terapeuta puede ejemplificar la realización de este ejercicio antes que el paciente para una mayor comprensión. Finalmente, se le comenta al paciente que al finalizar esta sesión se verá si logra recordar la información.</p> <p>-Repasar información cambiando la redacción: El repaso es un término elegante para cuando nos referimos a repetir la información una y otra vez en la mente. Dicha estrategia ayuda a memorizar la información. Por ejemplo, puedes repasar de la siguiente forma (cambiando la redacción de un determinado cúmulo de información). Un ejemplo: "Dile a Susy que el Dr.</p>

Sosa quiere programar para el 6 de agosto". "Programar al Dr. Sosa para el 6 de agosto con Susy". "Dr. Sosa y Susy 6 de agosto". "Dile a Susy que programe al Dr. Sosa para el 6 de agosto". Otro ejemplo: "Llamar a Laura a las 3", "A las 3 pm debo hablarle a Laura", "Laura espera mi llamada a las 3 de la tarde". Mira como lo haría yo, ahora hagamos esto con algún cúmulo de información que debas tener presente tú para los próximos días. Terminando la sesión veremos si logras evocarlo.

-Mnemotecnias: Las mnemotecnias son patrones de letras que ayudan a recordar palabras o conceptos. Busquemos formas de crearlas con lo que pretendas memorizar (algún apunte de la clase, algún dato importante, elementos de una lista o algo que te interese memorizar). Lo que podemos hacer, es hacer un ejercicio, y ya después lo aplicamos a tu caso (el siguiente ejercicio se modela al paciente y después él ya lo pone en práctica). 1.- Te voy a contar una historia sobre un sueño que haya tenido recientemente o uno que recuerde. 2.- Después de que te cuente el sueño, crea una mnemotecnia del sueño en tu cuaderno de modo que te permita recordarlo lo más exacto posible. 3.- Se le pregunta al paciente acerca de la información de manera inmediata y al término de la sesión. Ahora veamos que mnemotecnia puedes crear para poder memorizar algún dato importante en la actualidad.

-Registro por escrito de cualquier idea/información susceptible a olvidarse: En el momento en que te piden que hagas alguna u otra cosa, y en vez de escribirlo te dices dentro de ti "Sí, ya lo tengo registrado" puede llevar a lamentarlo después, por tanto, es muy recomendable escribir las instrucciones, las órdenes, los compromisos, las solicitudes o cualquier otro dato importante. Esta es la regla general para las instrucciones y cualquier cosa de importancia: SI NO ESTÁ ESCRITO, NO EXISTE. Sin embargo, en algunas ocasiones encontrarás instrucciones que llegan rápido y con un montón de detalles. Cuando la persona que da las instrucciones pasa al siguiente paso en las instrucciones y no has escrito todas las cuestiones del primer paso, simplemente salta al siguiente y empieza a escribirlo. Momentos después podrás volver y rellenar la información que falta. Lo que algunas personas hacen a lo largo del día es ir anotando todos los pendientes que van surgiendo sobre la marcha, incluyendo datos que no son de la escuela, con esto se evita que se olvide algo por hacer o tener en mente, intenta hacer lo mismo de ahora en adelante.

-Repetir y recapitular la información provista por un tercero: Una estrategia que es particularmente útil al estar en una conversación es la habilidad de resumir/recapitular. Resumir involucra escuchar y sintetizar los puntos principales que planteó tu interlocutor para lograr entenderlo. Tu resumen lo podrías empezar de la siguiente forma: "Lo que estoy entendiendo es que:" introduce un pequeño resumen de lo escuchado con tus propias palabras. Con dicha estrategia disminuyes la posibilidad de que registres o entiendas algo de manera errónea y a su vez ejerces un papel activo en la conversación, lo que te permite atender la plática por tiempos más prolongados. Aunque, igualmente existe la posibilidad de que aun cuando lo hayas resumido en el momento, tiempo después no recuerdes ese encargo o información que pretendes evocar. Por lo que tomarte un minuto extra para registrar por escrito la información completa y precisa, es de suma importancia. Un enunciado y acción simple como la de: "Permíteme nada más anotar eso" o "quiero asegurarme de contar con todos los detalles que pueda necesitar más tarde" (al tiempo en que registras por escrito las ideas clave). Con esto favoreces que tu interlocutor te corrija en caso de ser necesario. "Bien, déjame asegurarme de que tengo esto". "Primero, voy a... Después voy a... ¿Registre todo bien?" Practiquemos: Mira como lo hago yo: a) cuéntame sobre la última serie, programa de TV, video o podcast que hayas escuchado. (Posteriormente, el terapeuta resume lo escuchado). Bien, ahora b) cuéntame cómo se desarrolla un día normal de tu vida (en esta ocasión el terapeuta hará un registro por escrito, y se corrobora con el

	<p>interlocutor si el registro es preciso por medio de repetir y recapitular el día del paciente). Bien, ahora cambiamos de papel (el paciente realiza los ejercicios a y b en conjunto con el terapeuta). Finalmente hagamos un role-playing para practicar dicha habilidad de resumen (recapitulación) en una conversación continua entre ambos.</p> <p>-Una hoja a tu lado: Cada vez que una idea, un pensamiento persistente, o algo importante que hacer o recordar aparece en tu mente, escríbelo en esa hoja y sigue adelante. Funciona como un diario para liberar el pensamiento de tu mente y como una red de seguridad para atrapar pensamientos e ideas importantes a los que querrás volver más tarde. Cualquier idea que te llegue, información para recordar, etc. debe ser anotada en tu hoja o cuaderno. Lo que vas a hacer de ahora en adelante es tener una hoja o <i>post-its</i> (notas autoadhesivas) que te servirá para registrar información importante que pueda surgir en tu día a día.</p> <p>La tarea de esta semana consiste en que el paciente haga uso de las estrategias mnésicas durante su periodo de estudio para futuros exámenes (se tiene conocimiento de tiene un examen extraordinario en días próximos). Asimismo, se le solicita que cada mañana lleve consigo (en su bolsillo) un empaque de <i>post-its</i> y una pluma, de modo que cada ocasión en la que percibe ha recibido información susceptible a olvidarse, ya sea del medio exterior o por algún pensamiento personal, pueda tener donde registrarlo por escrito. Se le indica que cada mañana habrá de enviar un mensaje al terapeuta en donde le indique ya tiene los <i>post-its</i> y una pluma en su bolsillo.</p>
Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones, <i>post-it</i> , resumen visual del módulo y texto con información a memorizar.

Tabla 14

Sesión 6: Planificación I

Objetivo específico	Que el paciente mejore sus habilidades de planificación, reduciendo así el número de actividades escolares realizadas fuera del tiempo establecido o de último momento.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente haga uso de una agenda diaria, con una estructura en donde se segmente el día dependiendo de la prioridad que determinadas tareas tengan. Asimismo, que aprenda a estimar tiempos razonables para la realización de las tareas registradas. ❖ Que el paciente reserve diariamente 10 minutos de su día para registrar en su agenda diaria todas las actividades pendientes que debe realizar el día siguiente.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Uso de recurso externo. ❖ Tiempo delimitado abocado a la planificación del día.
Instrucciones	<p>-Uso de una agenda: Vamos a hacer uso de una agenda que te permita planificar de mejor forma tus actividades pendientes, pero lo vamos a hacer de una forma específica que ha demostrado tener resultados. La estructura de la agenda va a segmentar el día bajo las siguientes insignias: "Hacer ya", "Hacer próximamente" y "Sería bueno que hiciera" Las tareas que pertenecen a la categoría de "Hacer ya" son aquellas que son sensibles al tiempo o aquellas en las que alguien más cuenta contigo y se molestará si no lo cumples. Las tareas que pertenecen a la categoría de "Hacer próximamente" son las que se convertirán en sensibles al tiempo en un futuro próximo o las que son valiosas porque te ayudarán a avanzar en tu carrera, relación, etc. Las tareas que pertenecen a la categoría "Sería bueno que hiciera" están</p>

relacionadas con una actividad de ocio o de otro tipo que consideres te traería un beneficio.

Si tienes 2 tareas igualmente importantes y urgentes, empieza por la que menos deseas realizar al principio del día.

1er nivel: "Hacer ya" (urgente e importante).

2do nivel: "Hacer próximamente" (ya sea porque es algo urgente o importante de manera moderada).

3er nivel: "Sería bueno que lo hiciera" (no urgente pero importante).

La mayoría de las personas con TDAH luchan con el concepto de tiempo, es decir, luchan con la proyección de cuánto tiempo se tarda en terminar una tarea o en llegar a alguna parte. Por ello, estima el tiempo que consideras te tomará hacer una determinada tarea, regístralo y después compara el tiempo que en realidad tomó realizar la tarea y el tiempo que inicialmente calculaste, haciendo esto de forma gradual, se conseguirá que empieces a tener cálculos más precisos en tareas a futuro. Asimismo, es muy importante iniciar de manera gradual. Es más fácil comenzar con un plan diario modesto y después añadir tareas, ya que con un plan demasiado ambicioso corres el riesgo de sentirte agobiado por tener mucho que hacer y terminar por no hacer nada. Por ello, es importante empezar con 2-3 pendientes diarios, con el tiempo podrás añadir más tareas a tu rutina diaria.

Debemos señalar las bondades de la agenda y algunas sugerencias para su modo de uso. En primera instancia es importante mantener tu agenda ordenada. Un desorden es visualmente abrumador y difícil de usar. Escribe cada elemento en una o dos líneas y luego saltate una línea antes de escribir la siguiente tarea. Dejar una línea en blanco hace que las cosas sean más fáciles de ver y deja espacio para añadir información si es necesario. Date la satisfacción de tachar las tareas completadas, una sola línea a través de una tarea completada tiende a desencadenar una sensación de recompensa, no lo rayes por completo, puede que necesites volver más tarde para revisar alguna información. Si es necesario, sigue añadiendo a tu agenda nuevas tareas. Si alguien te pide algo, escríbelo al final de la lista. Si recuerdas que necesitas hacer algo que no habías considerado, escríbelo. Reescribe tu agenda y priorízala diariamente. El terapeuta le modela al paciente como llevar a cabo una planificación en su agenda personal.

-Tiempo delimitado para la planificación: Para poder cumplir con el uso correcto de la agenda, lo que se recomienda, es hacer por 10 minutos una planificación del día siguiente. Honestamente dedicar 10 minutos a planificar el día de mañana, haciéndolo de preferencia siempre a la misma hora y en el mismo lugar; haciendo esto diariamente hasta convertirlo en un hábito. Los 10 minutos de planificación son lo suficientemente cortos para que sea factible. Y lo que planees se debe estar viendo a lo largo del día, tienes que ver que se ha completado, hacer ajustes; esta revisión constante te permitirá recordar que es lo que hace falta hacer. ¿En qué horario ves oportunidad de realizar esta breve planificación del día siguiente? Definir horario posible.

La tarea asignada para esta semana consiste en realizar diariamente la planificación del día siguiente, incluyendo 3 pendientes por día, los cuales habrá de enviar día con día (envío de una foto) al terapeuta. A su vez, deberá estimar el tiempo que calcula le tomará su realización, cuando haya concluido dicho pendiente, anotará cuanto demora en realidad.

Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones, formato "Planificación del día siguiente", agenda y resumen visual del módulo.
----------	---

Tabla 15

Sesión 7: Planificación II

Objetivo específico	Que el paciente mejore sus habilidades de planificación, reduciendo así el número de actividades escolares realizadas fuera del tiempo establecido o de último momento.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente fragmente las grandes tareas en pequeñas/concretas tareas a realizar (poniendo especial énfasis en la primera tarea pequeña) y se brinde un auto reforzador cada que lleve a cabo una de ellas. ❖ Que el paciente identifique los beneficios de usar un reloj analógico a fin de que se use uno.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dividir tarea mayor en tareas más pequeñas tareas ❖ Uso de un reloj analógico (Uso de un recurso externo)
Instrucciones	<p>-Dividir tarea mayor en tareas más pequeñas tareas: Un principio importante para construir la lista en la agenda diaria es dividir una tarea grande en pequeñas tareas, que sean escritas en términos específicos y conductuales, esto lo que va a hacer es aumentar la probabilidad de que se realice. Por ejemplo, podría ser que tengas un elemento en tu agenda que diga "limpiar la cocina", aunque esta es una tarea relevante de manera personal, haberla definido de esa forma la hace demasiado abrumadora.</p> <p>Lo que se sugiere es segmentarla/anotar en la agenda por medio de labores más pequeñas; por ejemplo: "sacar los trastes del lavatrastos", "cargar el lavatrastos", "limpiar las superficies", "limpiar el microondas", "organizar las alacenas", etcétera. De no hacerlo corres el riesgo de no saber por dónde empezar, y puede empezar a subir el estrés y acabarás renunciando a esa tarea, pudieras tener una racionalización cómoda pero autodestructiva como "tantito más en esta actividad y ya después estaré de humor para atender el problema de la cocina".</p> <p>Si logras completar algunas de estas pequeñas tareas y después decides no hacer más, está bien; puedes anotar otra tarea específica en tu agenda para el día siguiente. Por ejemplo, un joven que haya anotado en su agenda: "sacar los trastes del lavatrastos", "cargar el lavatrastos", "limpiar las superficies", "limpiar el microondas", "organizar las alacenas" que haya hecho las 2 primeras, bien puede realizar el resto el día de mañana. El truco entonces es dividir una tarea mayor en subtareas más pequeñas, y cuando se dice más pequeñas, es realmente pequeñas. Empieza por dividir la tarea en tres niveles.</p> <p>El nivel 1 es el proyecto completo (por ejemplo: leer un artículo), si es el caso, se establece una fecha límite. El nivel 2 son subproyectos grandes (leer los diferentes componentes del artículo). El nivel 3 son las subtareas más pequeñas que, juntas, forman los subproyectos (leer los párrafos iniciales de cada componente del artículo). Entonces, en resumen... ¿Qué hacer cuando un pendiente te sigue pareciendo abrumador? Debes pensar si la forma en que vas a afrontar la tarea sigue implicando un esfuerzo muy grande, tal vez sigues pensando en un objetivo como el de "organizar mis papeles de todo el cuarto", "trabajar en el ensayo". A este respecto de descomponer una tarea grande en pequeñas labores, se debe resaltar que el primer paso de la tarea es de vital importancia, ya que muchas veces lo que sucede es que pacientes refirieron haber tenido la experiencia de que "una vez que empiezo, por lo general ya no me detengo"</p> <p>Entonces dicha tarea o primer paso inicial, definido conductualmente, está diseñado para activarte. Esto es similar a primero "meterte al lado poco profundo de la alberca", dicha aproximación te ayuda a comenzar, en donde seguramente terminarás haciendo más de lo que anticipabas, pensando "esta tarea resulta no ser tan mala como pensaba".</p> <p>En el caso del joven, haber establecido: "lavar los trastes" en lugar de "lavar la cocina", puede favorecer que, al terminar esa primera tarea, tenga la motivación para hacer alguna otra tarea específica dentro de la limpieza de la cocina. En principio esto suena simple, pero es su implementación lo que la hace efectiva a esta estrategia. Tomar el primer paso te brinda la sensación de "puedo hacer esto". Por ejemplo, a lo mejor en tu caso, simplemente "abrir el archivo electrónico del proyecto de trabajo" o "tomar el libro de texto que debo para la clase y leer el primer párrafo" representan pasos sencillos que incrementan mucho la probabilidad de dar el segundo paso con la tarea. Finalmente hay que señalar que es importante que determines algún reforzador positivo que te puedas administrar por cada pequeña</p>

	<p>tarea realizada (un ejemplo sería tener un pequeño descanso, o algún otro que tu consideres el ideal para ti: escuchar música, comer algo, etc.).</p> <p>-Uso de un reloj analógico: Antes de que todo el mundo tuviera un teléfono móvil en el bolsillo, era normal llevar un reloj. Ahora, la mayoría de las personas revisan sus teléfonos para saber la hora. Hay dos grandes problemas con esto: Uno, el teléfono es una caja brillante de distracciones. Puedes usarlo para revisar la hora y terminar pasando una hora enviando mensajes y en redes sociales. El segundo problema es tu conciencia del tiempo. Los relojes digitales (aquellos que sólo tienen dígitos, por ejemplo: 16:45) no permiten la conciencia espacial del tiempo que tienen los relojes analógicos (con sus números, siendo graduado y con sus manecillas). Cuando usas un reloj analógico, puedes mirarlo no sólo para ver la hora exacta sino también para empezar a desarrollar la conciencia visual del tiempo; empiezas a ver una hora en partes, como trozos de un pastel, de aquí es de donde viene el concepto de "la media hora" Por tanto, es recomendable conseguir un reloj analógico para tener un menor número de problemas relacionados con el tiempo.</p> <p>La tarea asignada para esta semana consiste en brindarle al paciente una lectura de modo que la divida en pequeñas lecturas a leer diariamente, es decir, fragmentos específicos del documento, al finalizar la parte que corresponda para dicho día, podrá brindarse un reforzador (alimento; vídeo de su preferencia, por ejemplo).</p>
Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, presentación de PowerPoint, lectura, cuaderno de anotaciones, resumen visual del módulo y reloj analógico.

Tabla 16

Sesión 8: Organización

Objetivo específico	Que el paciente mejore sus habilidades de organización del espacio con el fin de que reduzca el número de pertenencias extraviadas/no encontradas de manera inmediata.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente guarde o elimine objetos no esenciales en su lugar de trabajo, permitiendo una gestión eficiente del espacio. ❖ Que el paciente seleccione estratégicamente determinados lugares donde ubicar sus herramientas de trabajo.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organización del espacio. ❖ Lugares y herramientas estratégicas para las pertenencias.
Instrucciones	<p>-Organizar el espacio de trabajo: Existen objetos como la ropa, los muebles y diversos electrodomésticos que ocupan espacio en nuestro cuarto o espacio de trabajo. Pero, aunque un determinado objeto haya estado contigo durante mucho tiempo y sea especial, puedes analizar y pensar sobre su utilidad en este periodo de tiempo, podrías reflexionar sobre qué tan a menudo realmente utilizas los objetos en relación con el espacio que ocupan. Lo ideal es que empieces a guardar o eliminar objetos que no sean esenciales en estos momentos, que no hayas usado en los últimos 6 o 12 meses. Pregúntate a ti mismo: ¿realmente necesito esto en estos días? Si la respuesta es no, guárdalo o deséchalo. El siguiente ejercicio te ayudará a ser más consciente de tu nivel de organización en tu cuarto o espacio de trabajo.</p> <p>1.- Elige dos áreas separadas que utilices para el trabajo o para completar las tareas. Por ejemplo, tu escritorio, la mesa del comedor, etc. Una vez que las hayas identificado, escribe las dos áreas en tu cuaderno, dejando unas líneas de espacio debajo de cada una. 2.- Ve a una de las áreas que seleccionaste en el paso, párate o siéntate en el lugar y simplemente mira todos los artículos presentes. 3.- En tu cuaderno, bajo el nombre del área, anota todos los artículos que no pertenecen allí o que no son necesarios para las tareas que tienes a hacer ahí. Si empiezas a querer racionalizar o a inventar excusas de por qué ciertas cosas están ahí, es un indicador bastante bueno de que no pertenecen a ese lugar en ese momento. 4.-</p>

Repite los pasos 2 y 3 para la segunda área que elegiste 5.- Pasa a una nueva página en tu cuaderno y escribe tus reflexiones sobre la experiencia. ¿Había muchas cosas que no pertenecían? ¿Te sentiste avergonzado por algunas de las cosas debido a lo fuera de lugar que estaban? ¿Se sintió bien al quitarlos? ¿Qué has aprendido sobre tu espacio que quieras recordar? Finalmente cabe señalar, que cuando completes una tarea o proyecto, asegúrate de tirar o guardar cualquier material, notas, alertas, etc., que estuvieran asociados con él. Esto te ayudará a reducir el desorden y a distraerte menos cuando empieces otra tarea.

-Lugares y herramientas estratégicas para las pertenencias: En la medida de lo posible, tener un lugar específico donde guardar tus objetos ayuda a tenerlos organizados, o por lo menos te permitirá encontrarlos fácilmente. La repetición de guardar tus objetos en estos lugares indicados te ayudará al proceso de automatización; de igual forma te ahorrará estrés, frustración y tiempo perdido buscando tus pertenencias. Contemplar el uso de cajas, folders, bandejas, bowls, etc.; donde se puedan guardar documentos importantes de la escuela, llaves, cartera, etc. Definamos cómo podríamos organizar tus pertenencias en zonas específicas que estén en tu cuarto o espacio de trabajo.

En este mismo sentido, guardar tus objetos con antelación donde puedas ubicarlos tiempo después te puede ayudar en gran medida (ponerlo en el lugar estratégico que se ha definido o en algún otro en donde hagas conciencia que ahí lo estas dejando). Por ejemplo, guardar ciertos objetos en el coche la noche anterior te quitará algo de presión cuando al día siguiente te preguntes dónde quedó determinada pertenencia, poner en tu escritorio todos los documentos que usarás el día siguiente para tu trabajo escolar, etc. De no hacerlo pudiera suceder que dejes tus llaves en la mesa del comedor y pienses, “esto lo usaré en otro momento, no es necesario ponerlas junto a la puerta”. Podría ser también que después de que usaste tu celular, lo guardas en el bolsillo de un costado de tu chamarra. Más tarde, ya no recuerdas donde dejaste las llaves y el celular está bien guardado en el bolsillo de tu chamarra dentro de tu closet, mientras tanto tu estas buscando en toda la casa. Definamos cómo podríamos organizar tus pertenencias en zonas específicas que estén en tu cuarto o espacio de trabajo.

La tarea asignada para esta semana consiste en solicitarle al paciente que, al menos en dos ocasiones, realice de nueva cuenta una organización de su espacio de trabajo si nota hay pertenencias ya no son útiles para ese día (por ejemplo: guardar papeles que sirvieron el día anterior, pero en este momento ya no). También se le solicita encontrar carpetas y contenedores que tuviera en casa, para guardar en ellos ciertos documentos u objetos personales de otro tipo.

Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, presentación de PowerPoint y cuaderno de anotaciones y resumen visual del módulo.
----------	---

Tabla 17

Sesión 9: Sueño I

Objetivo específico	Que el paciente consiga generar mejores hábitos de sueño que le permitan descansar un mayor número de horas, así como aumentar la sensación de descanso.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente reciba psicoeducación sobre el sueño y sobre la relación existente entre una mala higiene del sueño - TDAH. ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de no realizar ciertas conductas en la cama o en el sillón ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de levantarse de la cama y realice una actividad tranquila por aproximadamente 10 min (caminar en su cuarto, por ejemplo) en caso de que despierte por la noche y no pueda conciliar el sueño de nuevo, o bien se disponga a dormir y no lo pueda hacer por un periodo de 15 minutos. ❖ Que el paciente desarrolle la práctica de compresión del sueño.

Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación del sueño. ❖ Técnicas de Control del estímulo. ❖ Terapia de Compresión del sueño.
Instrucciones	<p>-Psicoeducación del sueño: ¿Porque dormimos? Al igual que el oxígeno, la comida y el agua, dormir es una de nuestras necesidades básicas, aunque los investigadores tienen diferente opinión respecto al propósito biológico de dormir, unos creen que permite al cuerpo humano que restaure y repare células y tejidos que pudieron haberse dañado durante la vigilia. Otros creen que el propósito fundamental es para el mantenimiento de un metabolismo normal. También existe evidencia de que el dormir es importante para almacenar memorias. Aún con estas diferencias, si hay consenso en lo siguiente: para que podamos funcionar mejor, necesitamos un sueño de buena calidad.</p> <p>Cabe resaltar que existen dos procesos que regulan el sueño y la vigilia, que son el <i>sleep drive</i> y los procesos circadianos. A su vez, el <i>arousal</i> también afecta nuestra capacidad de dormir.</p> <p>En el caso del <i>sleep drive</i>, este es bajo en la mañana, y va incrementando conforme el día avanza. Dormir va reduciendo de forma gradual nuestro <i>sleep drive</i> ya que “recargamos nuestras reservas de energía”, lo que explica porque tomar una siesta en una hora cercana a la noche puede hacer más difícil conciliar el sueño horas después. Entre mayor sea el tiempo entre dormirmos por última vez, mayor será la fuerza de nuestro <i>sleep drive</i> y por tanto más fácil será poder dormir, es decir, cuando se tiene fuerza considerable, nos sentimos somnolientos.</p> <p>En el caso de los procesos circadianos, debemos conocer que poseemos una serie de “relojes internos” que afectan al funcionamiento de nuestro cuerpo, incluyendo los procesos de digestión, temperatura corporal y a su vez, el patrón sueño/vigilia. La mayoría de estos “relojes” parecen funcionar por periodos de 24 horas. Rutinas irregulares de sueño debilitan a nuestros relojes biológicos, por ello es de suma importancia mantener tiempos regulares al interior de la cama y fuera de ella.</p> <p>Nuestros relojes hacen uso de la luz para hacer “reset”, por lo que salir de la cama diariamente a determinada hora permite que siga llevando a cabo el famoso “tic tac” con un ritmo regular y fuerte, lo que contribuye a tener un buen descanso.</p> <p>Respecto al <i>arousal</i>, mencionar que sentirse “en alerta” o con ansiedad puede enmascarar el estado de somnolencia (tener un <i>sleep drive</i> fuerte), y eso puede hacer difícil conciliar el sueño. Por ejemplo, cuando una persona que esta privada de sueño está ansiosa por tener que presentarse a una instancia judicial, es probable que no se sienta somnolienta en la audiencia a pesar de no haber tenido un buen descanso la noche anterior. Cuando la audiencia ha terminado, y la persona ya se encuentra relajada, pudiera sentirse con cansancio al estar leyendo el periódico, ya que su <i>sleep drive</i> ya no está enmascarado por la ansiedad. Este ejemplo nos deja ver que como el balance entre <i>sleep drive</i> y el <i>arousal</i> (así como la percepción de una amenaza, ansiedad, tener la “mente activa” o la tensión corporal) determinan la probabilidad de sueño en un tiempo específico.</p> <p>A su vez, para tener una buena higiene del sueño, se debe tener en consideración lo siguiente: El ambiente que se requiere alrededor del acto de dormir necesita ser un ambiente silencioso, oscuro y en donde la persona se sienta segura, con una temperatura confortable.</p> <p>Por su parte, hacer ejercicio en un momento cercano a la hora de dormir puede ser perjudicial, ya que activa el cuerpo y aumenta la temperatura corporal, lo que no permite que el cuerpo experimente su descenso natural en la temperatura propia antes de dormir, por tanto, su práctica si es recomendable a lo largo del día para favorecer el sueño, siempre y cuando no sea 3-4 horas antes de ir a la cama. Ejercicios de estiramiento antes de dormir están bien e incluso podrían ser relajantes.</p> <p>También hay que tener en consideración los efectos de la dieta, una comida “pesada” minutos antes de ir a la cama puede conducir a que exista indigestión o reflujo durante la noche, por tanto, igualmente debe dejar una ventana de tiempo entre la ingesta y el sueño para permitir que la comida lleve a cabo su digestión de manera favorable. En caso de que tengas hambre, un snack ligero es aceptable.</p>

Ahora, en relación con el TDAH se sabe que pacientes con este trastorno, refieren problemas para quedarse dormidos, con la cantidad de horas que duermen y con la calidad con la que duermen. En el caso de esta población clínica, no dormir lo suficiente está asociado con tener menos atención, con distraerse más fácilmente, con tener más dificultades para lograr enfocarse en las tareas y en las conversaciones, al igual que dificultad permanecer alerta; también perturba otras funciones autorreguladoras, esto es exactamente lo contrario a lo que una persona con TDAH necesita.

-Terapia del control del estímulo: De ahora en adelante, el uso de tu cama queda exclusivamente para dos actividades: dormir o tener relaciones sexuales, ninguna otra habrás de llevarla a cabo ahí, esto incluye la lectura de algún libro, hacer uso del celular, etc. Asimismo, durante el día, evitaremos las siestas, sea en tu cama o en algún sillón, de modo que tengas una mayor sensación de sueño durante la noche. En caso de que te encuentres con mucho sueño, puedes dormir una siesta, siempre y cuando no sobrepase los 20 minutos, pon una alarma en tu celular de modo que no permanezcas durmiendo más allá de ese tiempo. Tampoco se permite estar más allá de 10-15 minutos en la cama en caso de que te hayas dirigido a ella y no hayas conseguido dormir, levántate y realiza una actividad tranquila, 15 minutos después vuelve a la cama y trata de dormir, en caso de que sigas sin poder conciliarlo repite el proceso.

-Terapia de restricción/compresión del sueño: Una práctica basada en evidencia que favorece al sueño recibe el nombre de "restricción del sueño". Para ello hacemos uso de un diario del sueño (por un período de 10-14 días). Una vez que se tiene dicho registro, lo que corresponde hacer es observar la cantidad de tiempo que estas en la cama y la cantidad de horas efectivas de sueño. Por ejemplo, si has pasado 7 horas en la cama, pero duermes en realidad 5 horas, limitaremos el tiempo que estas en la cama a 5 horas y media por medio de una alarma. Intentaremos ver como respondes a ello durante una semana, de modo que gradualmente la eficiencia de tu sueño haya aumentado satisfactoriamente, que por lo general es de alrededor de 85%. Dicho valor se obtiene haciendo una regla de 3 entre el tiempo pasado en la cama (420 minutos en el ejemplo, que equivale a las 7 horas) y el tiempo total del sueño (300 minutos en el ejemplo, que equivale a las 5 horas) en este caso la eficiencia del sueño sería del 71.4%. En el caso de la compresión del sueño, no se añade media hora al tiempo total de sueño del paciente, sino que se quita media o una hora en un inicio al total de tiempo que el paciente está en la cama. Se hacen ajustes transcurrida 1 semana de modo que igual se busque llegar a una eficiencia del 85% o más.

En tu caso, estos son los valores promedio:

Latencia del sueño: 67 minutos (1 hora y 7 minutos)

Número de despertares: 6.1 diarios

Tiempo total en cama: 8 horas 10 minutos (490 minutos)

Tiempo total del sueño: 5 horas 20 minutos (320 minutos)

Eficiencia del sueño: 65.3%

Por lo que haremos lo siguiente:

7 horas y 10 minutos, es el tiempo permitido para que estés recostado de noche.

Ahora vamos a determinar la hora en que te levantarás según tus actividades diarias (se programa una alarma).

Con ello determinamos tu hora diaria de dormir.

Se te permite ir a la cama después de la hora, pero no antes. Tampoco habrás de salir de la cama después de la hora establecida. Nota: Semana con semana se analiza la eficiencia del sueño con los registros del paciente (diario del sueño), habiendo modificaciones en las horas permitidas para estar en cama.

A su vez se le brinda al paciente un formato escrito en el que se le informa habrá de registrar día con día, si tuvo la oportunidad de llevar a cabo las estrategias de este módulo. La tarea asignada para esta semana es que el paciente aplique las técnicas de esta sesión a lo largo de la semana.

Material	Computadora, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones, formato "diario del sueño", formato "Aplicación de estrategias del sueño" y resumen visual del módulo.
----------	---

Tabla 18

Sesión 10: Sueño II

Objetivo específico	Que el paciente consiga generar mejores hábitos de sueño que le permitan descansar un mayor número de horas, así como aumentar la sensación de descanso.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de no hacer uso de sus dispositivos electrónicos entre media y una hora antes de ir a dormir. ❖ Que el paciente reserve 15 minutos de su día para realizar una actividad física de su agrado (no hacerlo próximo a su hora de descanso). ❖ Que el paciente prepare sus cosas para el día siguiente minutos antes de irse a dormir, dando pauta para que su organismo comprenda que la hora de descanso está próxima.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnicas conductuales de higiene del sueño. ❖ Ejercicio físico.
Instrucciones	<p>-No exposición a luz azul: La literatura científica sugiere que se deje de utilizar o que nos apartemos de los ordenadores, las tabletas y los teléfonos inteligentes por lo menos 60 minutos antes de ir a dormir. Estos dispositivos por lo general nos hacen tener racionalizaciones que sustentan el uso continuo de ellos incluso cuando ya uno está en la cama (p. ej., “únicamente reviso por última vez WhatsApp o checo por última vez mis redes sociales” o “sólo veré un episodio más de esta serie”).</p> <p>Existe evidencia que muestra que la luz azul que emiten las pantallas de los ordenadores, las tabletas y los teléfonos inteligentes hacen que el cerebro piense que todavía es de día y por lo tanto interfieren con que el cerebro produzca melatonina, la cual fomenta el sueño.</p> <p>Además de suprimir la producción de la melatonina, la luz también contribuye a que se dificulte relajar la actividad del cuerpo y también afecta el ajuste de temperatura que se necesita para comenzar el proceso de dormir. Por ello, intentemos que no hagamos uso de los aparatos entre 30-60 minutos antes de ir a dormir usando un formato por escrito; empecemos con 10 minutos y así lo haremos de forma gradual hasta cumplir con la hora completa.</p> <p>-Ejercicio físico: No será una revelación que cause shock, pero el ejercicio proporciona muchos beneficios positivos para la salud, incluyendo dormir mejor. El ejercicio está asociado con beneficios particulares, incluyendo mejorías en la atención y en el estado de ánimo. ¿Qué ejercicio empezar a hacer? Ejercicio que involucren planes que sean simples, fáciles y económicos, ya que probablemente son los sí empezará y sí seguirá.</p> <p>Caminar es una conducta que la mayoría de las personas encuentran fácil de implementar. La clave es encontrar un ejercicio o una serie de actividades que puedas hacer durante un largo tiempo. Debemos recordar que nunca nadie está de humor para hacer ejercicio; por ello enfócate en apagar la televisión o dejar el celular un rato, levántate y ponte algo de ropa deportiva y piensa “estoy magnificando los aspectos negativos del ejercicio y estoy subestimando los aspectos positivos.”</p> <p>“Me ejercitaré durante por lo menos 10- 15 minutos, aunque sea todo lo que practique el día de hoy.” Es útil enfocarse en los sentimientos positivos que sientes durante el ejercicio y en la satisfacción de realizarlo, una de ellas es pensar en cómo seguramente podrás dormir de mejor manera dentro de algunas horas.</p> <p>-Rutina pre-descanso: Antes de meterte a la cama, es útil tener una rutina que esté diseñada para que te ayude a relajarte y para que te prepares para dormir. Podrías empezar con una rutina para alistar tus cosas para el día siguiente (para la escuela, por ejemplo, podrías ubicar todos los documentos necesarios para el día de mañana). Alistar tu ropa o dejar preparado algún alimento que quieras desayunar al día siguiente;</p>

	estas son maneras de ahorrar mucho tiempo y te ayudarán a que le inicies tu “guión para dormir.” ¿Qué actividades podrían ser parte de tu rutina pre-descanso? La tarea asignada para esta semana consiste en que el paciente aplique las técnicas de esta sesión a lo largo de la semana.
Material	Computadora, programa zoom, presentación de Power Point, cuaderno de anotaciones, diario del sueño, formato “No uso de dispositivos minutos antes de ir a la cama”, formato “Aplicación de estrategias del sueño” y resumen visual del módulo.

Tabla 19

Sesión 11: Sueño III

Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente aprenda como llevar a cabo una respiración diafragmática de modo que se la autoadministre cuando sea necesario. ❖ Que el paciente aprenda como relajar los grupos musculares del cuerpo a través de la relajación muscular progresiva. ❖ Que el paciente se involucre en una actividad relajante como leer un libro que ya haya leído anteriormente, minutos antes de dormir. ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de no consumir alimentos pesados 3 horas antes de irse a dormir.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relajación muscular progresiva. ❖ Respiración diafragmática. ❖ Técnicas conductuales de higiene del sueño.
Instrucciones	<p>-Respiración diafragmática: Una correcta respiración diafragmática nos proporciona una buena oxigenación de todos los tejidos, una mejor concentración y calidad del sueño. En esta sesión aprenderemos una técnica básica para calmar la mente: la respiración diafragmática.</p> <p>Siéntate cómodo en una silla o sillón con la espalda erguida y que las plantas de tus pies estén tocando el suelo. Si prefieres, también puedes sentarte en el suelo o encima de un cojín con tus piernas cruzadas. Descansa las manos sobre tus muslos. Lo más importante es que estés cómodo con la espalda derecha y el cuerpo relajado. Llevaremos nuestra atención al respirar. Notemos la inhalación y la exhalación como esta. Posteriormente aplicaremos el ejercicio, el cual consiste en inhalar en 5 tiempos, mantener y luego exhalar en 5 tiempos.</p> <p>Inspiramos inflando el diafragma o el abdomen poco a poco en 1...2...3...4...5 Mantenemos. Y luego poco a poco exhalamos 5...4...3...2...1.</p> <p>Así por 5 minutos.</p> <p>También puedes sincronizar tu respiración con videos o animaciones como la siguiente (se le presenta al paciente una imagen animada que emula el proceso de respiración).</p> <p>Inhala mientras las figuras se abren y exhala cuando se retraigan.</p> <p>-Relajación muscular progresiva: El método de la relajación progresiva de Jacobson es uno de los más utilizados para combatir el insomnio y el estrés. Es muy probable que ya hayas escuchado hablar de él o hayas encontrado técnicas similares en internet. En esta sesión aprenderás a relajar tus músculos haciendo un escaneo corporal. Primero te encargarás de tensar un grupo de músculos mientras inhalas y los relajarás cuando exhalas. Trabajarás ciertos grupos de músculos en un orden determinado poco a poco. Este método tiene tres fases. Estas tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos. No te apresures si sientes que no te estas concentrando. Esta técnica la puedes repetir varias veces al día o antes de dormir. Ubícate en una posición confortable para que tu cuerpo pueda relajarse lo más posible. Tómate tu tiempo para concentrarte en tu respiración. Permítete sentir las sensaciones que vas a generar.</p> <p>Empezaremos por los pies, inhala y aprieta todos los dedos de tus pies y encorva la planta de los pies lo más que puedas. Ténsalos por unos segundos y poco a poco ve</p>

relejando todos los músculos de tus pies mientras exhalas. Siéntelos y se consciente de cada hueso y articulación que hay en ellos, desde los talones hasta la punta de tus dedos. Ahora subamos a las pantorrillas. Ténsalas. Siente la tensión que implica este movimiento en tus pantorrillas y tus corvas al mismo tiempo que inhalas. Mantén la tensión en tus dos piernas, del tobillo a la rodilla por unos segundos. Luego, al mismo tiempo que exhalas afloja lentamente todos los músculos y tendones de tus extremidades inferiores hasta que estén totalmente relajados.

Ahora, lentamente, aprieta los muslos, concéntrate en cada fibra muscular que hay en ellos. Mantenlos apretados por unos segundos y de manera progresiva relaja esa tensión que sientes en tus muslos. Presta atención en estos músculos antes había tensión y ahora hay relajación. Libera toda esa tensión. Ahora, te voy a pedir que centres tu atención en tus glúteos y tu piso pélvico. Tensa los músculos de esta zona. Se que puede ser incómodo, pero necesito que te concentres en la tensión que sientes en todos estos músculos mientras inhalas profundamente. Y mientras exhalas visualiza como se van relajando los glúteos, como te vuelves más ligero poco a poco.

En este momento te pediré que dirijas tu atención a tu abdomen. Quiero que lo endurezcas lo más que puedas mientras inhalas. Ahora mantén esa fuerza un poco más y deja ir toda esa tensión en tu exhalación. suéltala, siente como poco a poco tu estómago se vuelve más liviano y disfruta de esa sensación. Ahora, quisiera que pongas atención en los músculos de tu mano y tus ante brazos. Me gustaría que aprietes lo puños y estires los brazos con fuerza. Nota toda esa presión en los dedos, en ambos puños y los brazos. Mantén esa tensión y suéltala. Relaja los dedos, las manos las muñecas, deja los brazos libres y descansado. Centra tu atención en la sensación de los brazos. Nota como se quedan flojos y como la tensión se va disipando.

Muy bien, ahora pasaremos a los músculos del pecho y la espalda. Respira de forma suave. Para tensar estos músculos arquearemos la espalda hacia atrás y sacaremos el pecho hacia afuera elevándolo un poco. Siente la tensión unos segundos. Y cuando exhales, suéltala. Relaja toda la espalda. De nuevo, al soltar la tensión aparecen sensaciones agradables de descanso permitiéndonos sentirnos más y más relajados. Esta vez, subiremos lentamente a concentrarnos en tus hombros. Respira pausadamente y encoje tus hombros hasta tensarlos lo más que puedas. Como si quisieras tocar tus orejas con ellos. Mantén la sensación de tensión unos segundos. Y al exhalar libera toda la tensión y la sensación de pesadez desaparece poco a poco. Los músculos se vuelven más ligeros.

Presta atención a tu cuello, donde se acumulan todas nuestras tensiones. Primero haz tu cabeza hacia atrás, como si quisieras que se hundiera en la almohada o en el respaldo. Ahora, nota toda la tensión en los músculos del cuello al inhalar. Y al exhalar, relaja poco a poco y vuelve a la posición inicial. Tomate unos segundos para reincorporarte. Después, me gustaría que tensarás el cuello como si quisieras que tu barbilla toque tu pecho. Ahora puede que notes un temblor al contraponer los músculos, mantenla unos segundos. Y cuando la sueltas nota como el cuello se va quedando libre de tensión y la sensación que te produce el descanso en toda esa zona.

Excelente, por último, atraeremos toda nuestra atención a los músculos de la cara. Me gustaría que a mi señal frunzas el ceño, aprieta los párpados, arrugues la nariz, y empujes con tu lengua tu paladar. Ahora, mantén toda esa tensión unos segundos céntrate en todas las partes de la cara. Mientras toda esa tensión va a desapareciendo quiero que notes las sensaciones de todos los músculos de tu cara. Nota como se relaja tu frente, tus pómulos, tus ojos, tu nariz, tus labios y tu mandíbula. Siente como este descanso invade todo tu rostro ahora que esta relajado. Ya que hemos apretado y relajado todo nuestro cuerpo quiero que repases mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada y que ahora tu cuerpo se siente liviano y libre de estrés. Toda tensión se ha desaparecido.

	<p>Para terminar con este ejercicio, quisiera que visualices algo agradable, algo que te guste, puedes ser un color que te transmita calma o una escena tranquila y serena como el oleaje del mar en una playa. También puede dejar tu mente en blanco. Permítete disfrutar de esa sensación de paz y tranquilidad.</p> <p>-Realización de actividad relajante: Ocuparse en una actividad relajante es útil para entrar en “modalidad de descanso”. Muchas personas encuentran esta función relajante en la lectura, aunque algunos indican que se involucran demasiado con un libro. Se sugiere juntar material de lectura que te sirva para leer antes de dormir, como ciertos libros de texto que encuentres aburridos, un libro con muchos capítulos cortos o un libro que disfrutes pero que ya hayas leído varias veces para que así sí logres soltar el libro y puedas dormir.</p> <p>-No comidas pesadas: Finalmente, lo que haremos será restringir el consumo de alimentos, al menos 2-3 horas antes de tu hora de dormir. Si tienes mucha hambre, considerar un snack ligero. Esto va a favorecer que el proceso de digestión no afecte tu sueño por la noche.</p> <p>La tarea asignada para esta semana consiste en que el paciente aplique las técnicas de esta sesión a lo largo de la semana.</p>
Material	Computadora, programa zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones, formato “Aplicación estrategias del sueño” y resumen visual del módulo.

Tabla 20

Sesión 12: Motivación I

Objetivo específico	Que el paciente pueda ser capaz de motivarse para llevar a cabo sus actividades rutinarias y haga un uso continuo de las estrategias trabajadas en los otros módulos del programa de rehabilitación.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de darse autoinstrucciones en voz alta que le permitan dar los primeros pasos necesarios para empezar una determinada tarea. ❖ Que el paciente desarrolle el hábito de darse autoinstrucciones en voz alta que le permitan reanudar una tarea determinada tras ciertas pausas que haya realizado. ❖ Que el paciente identifique todos los beneficios existentes de realizar sus deberes, es decir, que maximice todos los convenientes de cumplir con sus responsabilidades. ❖ Que el paciente se motive a continuar poniendo en práctica las estrategias del programa de rehabilitación por medio de un registro por escrito en el que anote sus avances.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoinstrucciones. ❖ Reestructuración cognitiva. ❖ Reforzamiento.
Instrucciones	-Autoinstrucciones para iniciar una tarea: En ocasiones podrías pensar “yo no sé cocinar”, “yo no puedo cocinar” o “no quiero empezar mi tarea”, “no quiero hacer ese pendiente”, etc. No obstante, una vez que hayas seguido los primeros pasos que te digas a ti mismo, incluyendo el “saca el sartén de la alacena”, “ponle agua”, etc; ya estarás dedicándote a la tarea en vez de estarte alejando de manera cognitiva, emocional y conductual de ella. Veamos un ejemplo: un estudiante universitario podría tener múltiples lecturas para varias clases. Entonces el estudiante reserva 30 minutos para una de sus lecturas, el plan es leer lo más que pueda durante ese tiempo, pero el estudiante todavía es incapaz de dejar la computadora incluso cuando sabe que debe de leer. Es por ello que el primer paso que podría hacer es el siguiente: (la verbalización del estudiante se convierte en: “apaga la computadora”, ahora “párate y levanta el libro de texto”, el siguiente paso es “abre la primera página del capítulo”, el tercer paso es “lee la primera oración de ese capítulo” y llegando ese

momento el estudiante ya está leyendo, por lo tanto, no está postergando). Podría parar después de la primera oración, o después de 12 minutos o podría leer durante todos los 30 minutos o hasta más. A pesar de lo que suceda después, por lo menos el estudiante tiene un marco de referencia basado en la acción, con el cual puede enfrentar a la procrastinación. Podrías reaccionar ante esta sugerencia con un pensamiento como “esto es tan básico que no me ayudará”. Sin embargo, si estás procrastinando es obvio que algo no está funcionando. Parecería absurdo tener que realizar una llamada telefónica con el primer paso “llama a tu novia”, sin embargo, la mayoría de los adultos con TDAH tienen ejemplos de evitación de tareas que son igual de absurdos. Por ejemplo, se llegan a decir: “no puedo creer que todavía no he hecho la llamada telefónica, tal vez ya se me ha ido la oportunidad de hacerlo.” Volviendo al tema, como sabes, los niños narran su propio juego todo el tiempo, así que, volvamos a lo que funcionaba tan bien cuando éramos niños. Describe lo que te está pasando con todo el lenguaje rico y vívido que se te ocurra en voz alta. Las palabras vocalizadas externamente son más poderosas para controlar y guiar nuestro comportamiento que las palabras que podemos decir en nuestra mente. Puede que te sientas más cómodo haciendo esto cuando estés solo. Ejemplo: “Ok Alberto, vamos a sentarnos, vamos a prender esa compu y vamos a abrir ese documento, yo sé que parece difícil, pero créeme que de poco a poco vas a terminar ese proyecto, va a valer la pena, te lo prometo”. Pensemos en alguna actividad que hayas estado postergando el día de hoy o ayer. ¿Qué te podrías decir en voz alta como autoinstrucción decir de modo que la llesves a cabo? Antes, deja te muestro como lo hago yo: (el terapeuta ejemplifica la estrategia). Ahora, te toca a ti. Hagamos uso de un formato que permita anotar el primer, segundo, tercer paso de las instrucciones y así de forma sucesiva.

-Autoinstrucciones para reanudar una tarea: En ocasiones será necesario que te brindes descansos entre tus tareas, por ello te puedes permitir descansos cada 20 o 30 minutos; sin embargo, una vez que se haya cumplido dicho plazo será importante que de nueva cuenta te brindes autoinstrucciones que te permitan reanudar la actividad (esto en caso de que no tengas el deseo de hacerlo, las autoinstrucciones pueden igual ser de ayuda como en el ejercicio anterior). Decir en voz alta el paso a realizar tras el descanso es una manera de “salirse de uno mismo y activarse”. Verás que es mucho más probable que llesves la tarea hasta el final que si sólo pensaras estas ideas en tu cabeza. Algunos ejemplos son: “listo, es momento de trabajar por unos minutos más”, “dentro de unos 20 minutos puedo volver a descansar, ahora toca avanzar algunos párrafos más”, “esta tarea es importante y no puedo seguir posponiéndola”, etc. Practiquemos, primero yo (el terapeuta ejemplifica la estrategia). Ahora te toca a ti. Igualmente, hagamos uso del mismo formato para anotar los pasos.

-Maximizar beneficios de realizar nuestras responsabilidades: Cuando estás lidiando con la procrastinación, las distorsiones cognitivas más comunes a las que te puedes estar enfrentando son la magnificación o la minimización. Es decir, destacas y exageras todos los elementos negativos sobre la realización de la tarea y pasas por alto o ignoras los elementos positivos de realizarla. Por ejemplo, supongamos que tienes un tiempo reservado durante el sábado para hacer un proyecto de la escuela. Mientras se va acercando “el tiempo reservado” para realizar la tarea, empiezas a magnificar qué tan difícil será realizar ese proyecto, “que no progresaras”. Al mismo tiempo, minimizas el hecho de que únicamente habías planeado dedicarle una hora, se te ha olvidado que una vez que empiezas trabajas bastante bien e igualmente rechazas la probabilidad de que te sentirás mucho mejor si sigues tu plan. Por tanto, probablemente estés subestimado los pensamientos positivos que están asociados con terminar tus tareas y con haber terminado los pendientes de tu agenda, saber que una vez hecho ya no tendrás que pensar sobre ellas de momento. Responder a las siguientes preguntas te puede ayudar a pensar de manera diferente sobre la tarea: ¿Cuáles serán algunos de los resultados y de los pensamientos positivos que lograre al dedicarle mi tiempo a esta tarea? ¿Cuáles serán algunas de las experiencias positivas que tendré mientras esté realizando la tarea? ¿Evitar la procrastinación podría ser un reto personal? (Por ejemplo, “puedo empezar a hacer esta tarea únicamente para probarme a mí mismo que lo puedo lograr”) “¿Qué se sentirá cuando termine esto?” Haz un esfuerzo consciente para sentir realmente lo

que se sentirá cuando termines la tarea; y luego concéntrate en esa sensación emocional. ¿Qué se podría sentir? ¿Orgullo? ¿Autosuficiencia? ¿La felicidad que anticipas al completar ese proyecto? ¿La sensación de logro que puedes experimentar? Sea cual sea esa emoción, trabaja duro para sentirla, justo en ese momento, justo ahí, mientras contemplas el cumplimiento de tus objetivos. Luego, a lo largo de tu trabajo o mientras persigues esta meta o proyecto, sigue haciendo eso cada que sea necesario. En una cartulina el paciente irá anotando algunas de las preguntas de esta estrategia de modo que las pueda tener visibles al pegar la cartulina en su cuarto.

-Reconociendo los avances y mejorías a través del tiempo: Es importante que te brindes crédito por haber dado ciertos pasos positivos, aun cuando te puedan parecer pequeños, puesto que resulta mejor tener mínimos avances a encontrarse como al inicio. Por tanto, siempre será útil reconocer los éxitos pequeños que vayas teniendo en el día a día, por medio del uso de las estrategias vistas en este espacio de rehabilitación. También recuerda que no necesitas afrontarlo de manera perfecta durante todo el día, todos los días. La meta es progresar (sean muchos o pocos avances en un determinado tiempo), manejar los contratiempos sin rendirse y conforme pase el tiempo reconocerás que has conseguido mucho (lo cual se da gracias a pequeños avances, que deben hacerse notar y festejarse). Se hace uso de 5 cartulinas con el nombre de los módulos del programa en donde el paciente vaya registrando el número de ocasiones en las que haya aplicado las estrategias, así como los beneficios percibidos tras su puesta en práctica, y su respectivo autoreforzador.

La tarea asignada para esta semana consiste en solicitarle al paciente que, si percibe no tiene la motivación suficiente para iniciar o reanudar una tarea, haga uso del formato escrito en donde registre los pasos necesarios para empezar a hacer dicha actividad, verbalizándolos en voz alta. Asimismo, que continúe registrando en su cartulina todas las ocasiones que ha puesto en práctica algunas de las estrategias vistas, con su respectivo beneficio y el autoreforzador que se administró. Se le indica que en caso de que siga sin sentir la motivación suficiente, haga uso de formato para resaltar los beneficios de hacer la tarea.

Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, presentación de PowerPoint, 5 cartulinas, cuaderno de anotaciones, formato "Maximizando los beneficios de hacer mis pendientes", formato "aplicación de estrategias/reconociendo las consecuencias positivas", formato "Auto instrucciones para iniciar o reanudar una tarea" y resumen visual del módulo.
----------	--

Tabla 21

Sesión 13: Motivación II

Objetivo específico	Que el paciente pueda ser capaz de motivarse para llevar a cabo sus actividades rutinarias y haga un uso continuo de las estrategias trabajadas en los otros módulos del programa de rehabilitación.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente se motive a continuar poniendo en práctica las estrategias del programa de rehabilitación al estar consciente que es esperable que haya recaídas y que son parte del proceso de cambio. ❖ Que el paciente identifique alternativas de pensamiento que le permitan tener un concepto diferente sobre el tiempo que le va a requerir realizar cierta tarea (pensar en frases del tipo "he visto 10 min de comerciales, puedo dedicar 10 minutos a esta tarea"). ❖ Que el paciente determine un tiempo de inicio y final que le vaya a dedicar a una determinada tarea que no encuentre agradable ("únicamente 30 minutos por hoy al ensayo", por ejemplo), favoreciendo así que se motive a realizarla. ❖ Que el paciente realice un compromiso verbal sobre algún pendiente que deba hacer frente a una persona que sea significativa para él, a fin de incrementar su sentido de responsabilidad. ❖ Que el paciente se mantenga durante al menos 10 minutos realizando alguna tarea que deba realizar, sin importar cuánto pueda avanzar o la disposición que

	siente en ese momento, aumentando la probabilidad de que continúe trabajando por más tiempo.
--	--

Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración cognitiva. ❖ Restablecimiento de tiempos específicos del trabajo. ❖ Motivación extrínseca.
-------------	---

Instrucciones	<p>-Normalizar los retrocesos: Debemos recordar que en este proceso de cambio a menudo implica “dar 3 pasos hacia adelante y dar uno hacia atrás”. Pudiera ser el caso que hayas tenido un buen comienzo, como usar tu agenda de manera diaria, tener organizado tu cuarto, empezar a realizar menos conductas impulsivas; pero después de este buen comienzo te percatas que has empezado a tener pequeños incumplimientos. Lo que empezó como una pequeña y aislada concesión de no seguir el patrón por un “ahora estoy cansado, me ocuparé de eso luego”, termina con que tus viejos hábitos regresan y te vuelves a enfrentar a las conocidas frustraciones. Podrías llegar a la conclusión de que nada te está funcionando y estás listo para abandonar todas tus metas; estás pensando “nunca nada me funciona”. Muchos adultos con TDAH tienen una impaciencia y un ímpetu comprensible por darle un giro a sus vidas en ese mismo instante para ganar el “tiempo que han perdido”. No obstante, sabemos que cambiar es difícil, no recaer es imposible. Por ello es necesario saber que siempre tenemos que ir con pasos pequeños. Sé bueno contigo mismo, y bríndate paciencia y tiempo. La tasa de recaída para reincidir en tus antiguos hábitos es del 100%, invariablemente algunas veces caerás. La realidad de la naturaleza humana y la creación de nuevos hábitos es que, aunque hayas llegado a un punto en el que los nuevos patrones se establecen bien, todavía necesitarás ser diligente para mantenerlos en pie. Solo “sigue pedaleando” aun cuando te hayas desviado o caído en el camino, se vale empezar de nuevo.</p> <p>- Tener un concepto diferente del tiempo que una tarea tomará: Pensar en realizar una labor o un proyecto extenso probablemente evoque imágenes de un calvario largo y tedioso sin un final a la vista, lo cual hace fácil racionalizar aplazarlo hasta más tarde (por ejemplo, saber que se estará frente a la computadora durante una hora haciendo un ensayo, lo cual no te agrada). Lo que puedes optar por hacer es pensar en las diferentes maneras en las que puedes definir la cantidad de tiempo que estarás dedicándole a una tarea.</p> <p>Por ejemplo: En lugar de minutos, puedes calcular el número de segundos que implicará la tarea, o bien con las siguientes formas de pensamiento: “Puedo recordarme a mí mismo que si viera una película que dura 90 minutos, no pensaría que me llevo “todo el día”, “He perdido más tiempo parado en el tráfico o con otros distractores en casa del que necesito dedicar a esta tarea que es importante para mí”, “He visto programas de televisión aburridos durante 30 minutos, puedo pasar 30 minutos en esta tarea”, “He visto 10 minutos de comerciales, puedo dedicar 10 minutos a esta tarea”, “Si paso una hora estudiando, serán las 2 pm, y todavía tendré el resto de la tarde y la noche; Además, probablemente me sentiré mejor sabiendo que acabe de estudiar”, “Una vez que empiezo, usualmente me olvido del tiempo”, “Voy a tener que dedicar una hora a esto tarde o temprano; preferiría hacerlo ahora que durante el fin de semana o cuando haya algo divertido que quiera hacer”. Hagamos uso de un escrito con las preguntas anteriormente mencionadas, de modo que imprimas la hoja y la tengas en un lugar visible.</p> <p>-Tiempos delimitados para tareas no agradables: La noción de programar una hora de inicio y de finalización para tus proyectos, primero y sobre todo, es tener una expectativa realista y alcanzable para el rendimiento que puedas tener en una tarea, sobre todo para aquellas que no son naturalmente disfrutables o motivantes. Podrías no ser capaz de comprometerte a limpiar tu habitación durante ocho horas seguidas, pero seguramente lo podrás lograr durante 30 minutos. Todavía estarías realizando una tarea del hogar, pero estarías limitando tu enfoque y expectativas al definir el tiempo razonable para una tarea, que al final si es gestionable, eso te ayudará a dedicarte a una actividad productiva. Por tanto, en vez de intentar incrementar tu motivación para la tarea, lo que puedes hacer es “bajar la expectativa” y fijar una meta más realista.</p>
---------------	---

- Comentar a un tercero sobre la actividad que se realizará: Para aquellas tareas que debas realizar por tu cuenta, es una buena idea que decidas rendirle cuentas a alguien más. La motivación intrínseca o autogenerada es la ideal, pero el TDAH se caracteriza por tener dificultades en cuanto este tipo de motivación. Por su parte, no hay nada de malo con la motivación extrínseca, puesto que al “tener que rendir cuentas con alguien más”, tiene el beneficio de que te comprometas aún más con la tarea. Por ejemplo, podrías anunciarle tus planes a un miembro de tu familia o alguien que sea significativo para ti, en donde le hagas saber a lo que te comprometes, por ejemplo: “voy a ordenar la cochera durante por lo menos una hora y veré que puedo tirar”. Si no hay una persona disponible cerca, entonces puedes publicar tus intenciones en las redes sociales para después publicar una actualización de tu progreso (por ejemplo: “¡tíre tres bolsas de basura y llene dos cajas de objetos para donaciones!”). A la mayoría de nosotros nos importa mucho lo que los demás piensan de nosotros, y este juicio social de los demás añade aún más “combustible de motivación” para conseguir las cosas. Decepcionar a alguien más no se siente bien; recibir admiración se siente muy bien. Por tanto, esta estrategia duplica tus motivadores externos.

-Aceptación de la incomodidad: En vez de que busquemos establecer una expectativa irreal de que debes sentirte libre de estrés y que debes de estar 100% lleno de energía antes de que puedas empezar la tarea, la noción de “aceptación de la incomodidad” es una actitud mental útil que puedes adoptar y practicar. Por ejemplo, al hacer ejercicio requieres de cierto grado de inconveniencia y de esfuerzo, y uno sabe que todo mundo experimenta cierto grado de incomodidad al enfrentarse a la tarea, lo mismo sucede con las actividades de la escuela, del trabajo, etc. Por tanto, debes saber que no tienes que hacer que esos sentimientos desaparezcan en un 100% como condición para realizar tus tareas. Es probable que procrastines porque te sientes abrumado por los aspectos de una tarea: por el tiempo del compromiso, por la incomodidad que acabamos de mencionar, etc.

Esto se puede apreciar por medio de un caso: un estudiante universitario planea investigar y escribir un ensayo de diez páginas en un día durante el cual no tiene clases. Planea empezar a las 10 am y continuar durante las horas que se requieran. Antes de continuar con el ejemplo, es importante recordar que no dedicamos mucho tiempo a realizar tareas que disfrutamos, mucho menos a tareas difíciles como trabajar en un ensayo.

Lo que sucede es que el estudiante pospone la tarea debido a su perspectiva del tiempo lo estaré haciendo “todo el día”, o “tendré que hacer todo el ensayo de 10 páginas”. El estudiante “persigue la tarea durante todo el día”, la va posponiendo una hora a la vez: “iré por un café y después empezare” o “veré el canal de deportes y después estaré de humor para escribir”, etc. El estudiante termina frustrado porque ha perdido todo un día y todavía tiene que enfrentarse al hecho de que tiene que escribir todo su ensayo, ahora, incluso con menos tiempo que antes. ¿Qué se puede hacer? Preguntarle al estudiante ¿Cuál es la cantidad mínima de tiempo que podrías dedicarle a tu ensayo, incluso si es difícil o incómodo? (por ejemplo, que te distraigas o que no puedas organizar tus ideas). Usualmente la respuesta oscila alrededor de los 10 minutos. Por tanto, lo que corresponde hacer es trabajar durante 10 minutos completos y honestos, sin importar si sientes que avanzaras poco o no tienes la suficiente disposición.


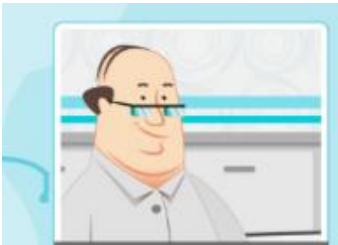
Después de esos primeros 10 minutos, el estudiante del ejemplo reevalúa su estatus. Si la tarea es abrumadora o el estudiante no se puede concentrar en ella, entonces es aceptable detenerse y no sentirse culpable. El estudiante no procrastinó. No obstante, a menudo, después de 10 minutos el estudiante habrá vencido la aversión inicial (incomodidad) que le producía la tarea y entonces pudiera ser que sea capaz de avanzar un poco más que 10 minutos. Probablemente el estudiante no terminará todo el ensayo, pero probablemente sí tendrá una sesión productiva y estará mucho más satisfecho de que lo estaría si no hubiese trabajado. Busca aplicar la misma estrategia de ahora en adelante. Pega en tu pared el formato “10 minutos iniciales” que te recordara la estrategia.

La tarea asignada para esta semana consiste en solicitarle al paciente que si percibe no tiene la suficiente motivación para realizar algún pendiente que tenga, tendrá que decirle a su mamá u otro ser querido cercano, su intención de hacer algún trabajo. A

	su vez, deberá delimitar un tiempo de inicio y de final para su realización (por ejemplo: 30 minutos, de 6:00 p.m.– 6:30 p.m.).
Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones, formato “Ideas para tener un concepto diferente del tiempo”, formato “10 minutos iniciales”, formato “Tiempo de inicio y de final para una actividad”, formato “Las recaídas son esperables” y resumen visual del módulo.

Tabla 22

Sesión 14: Atención sostenida

Objetivos específicos	Que el paciente aumente el número de minutos que logra mantener el foco de atención antes de distraerse.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente desarrolle su capacidad de atención sostenida por medio de un ejercicio que requiere ordenar alfabéticamente una secuencia de letras en movimiento. Lo anterior a través del ejercicio de Neuronup “El pequeño glotón de letras”. ❖ Que el paciente desarrolle su capacidad de atención sostenida auditiva por medio de un ejercicio que le requiere escuchar atentamente y contar el número de estímulos presentados a lo largo de unos segundos. Lo anterior a través del ejercicio de Neuronup “Cuenta sonidos”. ❖ Que el paciente desarrolle su capacidad de atención sostenida por medio de un ejercicio que requiere recordar cuáles de las imágenes que se han presentado, lo han hecho en dos ocasiones. Lo anterior a través del ejercicio de Neuronup “Deja vu”.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aprendizaje sin error ❖ Reforzamiento
Instrucciones	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 2; padding-left: 10px;"> <p>-El pequeño glotón de letras: Observa estas letras que aparecen en la pantalla, lo que debes hacer es hacer <i>click</i> sobre cada una de ellas, atendiendo al orden del alfabeto, es decir, empezando por la A, de no estar esa letra dedícate a buscar la más próxima a ella y así de manera sucesiva, hasta haber seleccionado todas. Por momentos habrás de hacer pausas con el fin de atender y evitar hacer <i>click</i> sobre alguna letra que no corresponda con la secuencia alfabética que corresponde.</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 2; padding-left: 10px;"> <p>-Cuenta sonidos: Durante esta tarea, asumirás el rol de un detective que busca saber la combinación de una caja fuerte, escucha atentamente el patrón auditivo que te permite abrir la caja, se presentarán una serie de sonidos que debes contar, de modo que al final sepas cuántos fueron en total y con ello cumplas con tu objetivo.</p> </div> </div>



-Deja Vu: Observa esta escena a través de la carretera y a nivel aéreo, va a pasar un gran número de vehículos, lo que debes hacer es atender lo mejor posible, a fin de que cuando terminen de pasar todos estos medios de transporte, selecciones cuáles de ellos pasaron hasta dos veces.

Nota: Se empezará en un nivel inicial o medio en los 3 ejercicios, dependiendo de la capacidad que muestre en la primera aplicación del ejercicio el paciente, y únicamente se podrá acceder al siguiente nivel de dificultad si el paciente es capaz de completar el nivel actual sin error alguno. Se brinda un autoreforzador tras un determinado número de aciertos.

Las tres tareas las habrá de realizar diariamente durante dos semanas en sesiones de 45 minutos, 15 minutos aproximados en cada uno; el paciente llenara en un formato el número de ensayos en el que trabajó, así como el número de equivocaciones tuvo día con día.

Igualmente, durante estas 2 semanas, otra tarea asignada es que el paciente atienda un texto (a través de la lectura) durante 5 minutos durante 2 días, registrando si fue capaz de hacerlo, en caso de que no, habrá de anotar el minuto (con el apoyo de un cronometro) en el que se presentó la distracción, transcurridos dichos días y si logro atender de manera efectiva los días anteriores, habrá de atender durante 7 minutos durante otros 2 días, después por 10 minutos y así de manera sucesiva.

Asimismo, que registre la cantidad de minutos en que fue capaz de atender una serie de videos (*TED Talks*) de corta duración (entre 12 y 25 minutos), empezando igualmente con un periodo de 5 minutos por 2 días y así de manera sucesiva.

Material	Computadora, plataforma de Zoom, reforzador, plataforma Neuronup y formato "Registro del número de ensayos/errores por nivel en ejercicios de Neuronup", formato "Registro de minutos atendiendo un texto y un video" y formato "Ted talks: título y tiempo de duración".
-----------------	---

Tabla 23

Sesión 15: Memoria de trabajo

Objetivos específicos	Que el paciente sea capaz de realizar actividades que consisten en varios pasos e impliquen una manipulación activa de la información a través del tiempo.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente desarrolle su capacidad de memoria de trabajo por medio de un ejercicio que requiere brindar lo más rápido posible una respuesta específica (de acuerdo con el criterio que la tarea demande en ese momento). Lo anterior a través del ejercicio de Neuronup "Actos según números". ❖ Que el paciente desarrolle su capacidad de memoria de trabajo por medio de un ejercicio que requiere hacer uso de 3 números diferentes que sumen un número total específico, esto en tres ocasiones diferentes sin repetir en ellas el mismo patrón numérico. Lo anterior a través del ejercicio de Neuronup "Acertar en la diana".

- ❖ Que el paciente desarrolle su capacidad de memoria de trabajo por medio de un ejercicio que requiere memorizar una serie de dibujos en orden, para posteriormente seleccionar ese mismo patrón de entre otras opciones confusoras. Lo anterior a través del ejercicio de Neuronup "Reconocimiento de secuencia de imágenes".

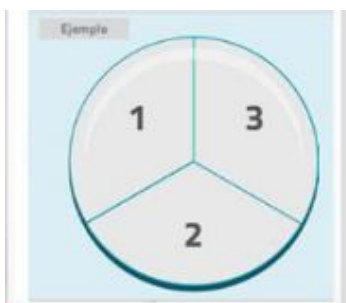
Estrategias

- ❖ Aprendizaje sin error.
- ❖ Reforzamiento.

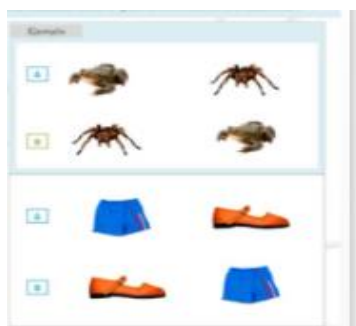
Instrucciones



-Actos según números: Observa estos objetos que están presentados en un orden específico, buscando no solo memorizar su imagen sino también el orden en el que están dispuestos. Ahora selecciona de entre estas opciones, cuál fue el estímulo que viste hace unos momentos. Date un momento para seleccionar tu respuesta, ya que existe la posibilidad de que una opción tenga las mismas imágenes, pero en diferente orden.



-Acertar en la diana: Observa que en este recuadro hay un número en específico, ahora observa todos estos números que son menores, lo que debes hacer es seleccionar 3 de ellos a fin de que la suma total sea la misma que el número del recuadro. Repite el mismo procedimiento 2 veces más, sin repetir exactamente el patrón numérico que ya has elegido previamente.



-Reconocimiento de secuencia de imágenes: Observa estos objetos que están presentados en un orden específico, buscando no solo memorizar su imagen sino también el orden en el que están dispuestos. Ahora, selecciona de entre estas opciones, cuál fue el estímulo que viste hace unos momentos. Date un momento para seleccionar tu respuesta, ya que existe la posibilidad de que una opción tenga las mismas imágenes, pero en diferente orden.

Nota: Se empezará en un nivel inicial o medio en las 3 actividades, dependiendo de la capacidad que muestre en la primera aplicación del ejercicio el paciente, y únicamente se podrá acceder al siguiente nivel de dificultad si el paciente es capaz de completar el nivel actual sin error alguno. Se brinda un autoreforzador tras un determinado número de aciertos. Las tres tareas las habrá de realizar diariamente durante dos semanas en sesiones de 45 minutos, 15 minutos aproximados en cada uno; el paciente llenará en un formato el número de ensayos en el que trabajó, así como el número de equivocaciones tuvo día con día.

	<p>Durante esas 2 semanas, otra tarea asignada es que el paciente reciba de parte del terapeuta una serie de tareas a realizar.</p> <p>De manera secuencial durante su realización, el terapeuta interrumpirá la secuencia para crear una interferencia, de modo que, tras dicho evento, el paciente trate de reanudar su ejecución con los pasos faltantes. Las tareas a desarrollar se encuentran en el formato "Serie de actividades verbales y conductuales". Se iniciará con una secuencia de 3 actividades, únicamente si el paciente es capaz de continuar con la secuencia de forma precisa, se podrá hacer una de 4 y así de forma sucesiva.</p>
Material	<p>Computadora, plataforma de Zoom, reforzador y plataforma Neuronup, formato "Registro del número de ensayos/errores por nivel en ejercicios de Neuronup" y formato "Serie de actividades verbales y conductuales".</p>

Tabla 24

Sesión 16: Reestructuración cognitiva I

Objetivo específico	<p>Que el paciente logre detectar sus errores de pensamiento/creencias no racionales para así modificarlos por un pensamiento más adaptativo a través del conocimiento de las bases de la terapia cognitivo conductual.</p>
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente conozca cuales son los tres niveles de pensamiento en la terapia cognitivo conductual: pensamientos automáticos, creencias intermedias (valoraciones, suposiciones y reglas) y creencias centrales. ❖ Que el paciente conozca los fundamentos de la terapia cognitivo conductual, así como las diferencias existentes entre pensamientos razonables y no razonables. De igual forma que conozca el modelo ABC de Albert Ellis. ❖ Que el paciente conozca cuales son las distorsiones cognitivas más comunes sobre las que la terapia cognitivo conductual asienta su trabajo. ❖ Que el paciente identifique, a través de la aplicación de dos ejercicios, las distorsiones cognitivas existentes en una serie de pensamientos ("siempre me equivoco", por ejemplo).
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación (terapia cognitivo conductual).
Instrucciones	<p>-Niveles de pensamientos: Se dan a conocer que son los pensamientos automáticos y sus características (mensajes aprendidos que están en el nivel más accesible de la conciencia, representan lo que las personas se dicen ante cada situación; por ejemplo: "¡vaya día!"; siendo sus características que son automáticos, telegráficos, parecen evidentes y naturales, y van acompañados con una gran carga emocional en ocasiones). Asimismo, se dan a conocer las creencias intermedias, las cuales se yuxtaponen e implican unas a otras: valoración, suposición y reglas. Ejemplo: - valoración: "es horrible" -suposición para hacer frente a la situación: "si hago... entonces obtendré..." -regla: por tanto, debo hacer _____. Finalmente se dan a conocer las creencias centrales (las cuales constituyen nuestra identidad y valores fundamentales, son las afirmaciones más globales y rotundas acerca de nosotros mismos, del mundo y de los demás. Se encuentra en el nivel más profundo de nuestra conciencia).</p> <p>-Bases de la TCC: Se le explica al paciente los fundamentos centrales de la terapia cognitivo conductual. -Las personas responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos -Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse -La cognición media la disfunción emocional y conductual -La cognición afecta a las emociones y a la conducta, y viceversa. -La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta. Asimismo, se le hace ver las diferencias existentes entre los pensamientos razonables y no razonables. A su vez se le enseña al paciente el modelo ABC del psicólogo Albert Ellis.</p>

	<p>Pensamientos razonables 1. Se apoyan en datos de nuestras experiencias y, por tanto, son contrastables. 2. Describen las realidades que vivimos sin exageraciones. 3. Se expresan en términos de deseos o preferencias. 4. Producen emociones moderadas, de baja intensidad y corta duración, siempre en consonancia con lo ocurrido. 5. Facilitan la resolución de nuestros problemas y nos ayudan a conseguir nuestras metas y objetivos. Pensamientos no razonables 1. No se apoyan en datos de nuestras experiencias. Utilizan muchas suposiciones no demostrables. 2. Describen las realidades que vivimos de forma distorsionada, dramática, o catastrófica. 3. Están planteados en términos de necesidades y exigencias. 4. Producen emociones negativas de fuerte intensidad y larga duración. 5. Obstaculizan la resolución de nuestros problemas y la consecución de nuestras metas y objetivos.</p> <p>-Distorsiones cognitivas: Se dan a conocer las 10 distorsiones más comunes en el pensamiento, se brinda una descripción de cada una de ellas, con respectivos ejemplos a fin de que exista una mayor comprensión: pensamiento todo o nada/dicotómico, generalización excesiva, filtro mental/abstracción selectiva, descalificación de lo positivo, conclusión precipitada/inferencia arbitraria, magnificación/minimización, razonamiento emocional, los deberías/imperativos, etiquetación y personalización. Se lleva a cabo un ejercicio en donde el paciente habrá de vincular determinadas frases, propias de un pensamiento determinado (por ejemplo: "debería ser menos torpe") con el nombre de la distorsión a la que corresponde.</p> <p>La asignación de esta semana es que el paciente realice otro ejercicio con una serie de frases continuas [por ejemplo: Al salir del trabajo una persona encuentra que le han roto el espejo retrovisor del coche 1) Pero bueno ¿Qué ha pasado aquí?; 2) ¡esto no hay quien lo aguante!; 3) Seguro que solo me ocurre a mí; 4) Hoy va a ser un mal día; 5) La vida es injusta; 6) Voy a llevarlo a arreglar.] en donde habrá de identificar cuáles de esos pensamientos corresponden a distorsiones cognitivas. Se hará uso del formato "Frases con distorsiones cognitivas" para este ejercicio.</p>
Material	Computadora, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones y formato "Frases con distorsiones cognitivas".

Tabla 25

Sesión 17: Reestructuración cognitiva II

Objetivo específico	Que el paciente logre detectar sus errores de pensamiento/creencias no racionales para así modificarlos por un pensamiento más adaptativo.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente conozca las creencias irracionales propuestas por el psicólogo Albert Ellis e identifique el grado (en una escala del 1-100) de intensidad que cree cada una de ellas. ❖ Que el paciente identifique, a través de la aplicación de un ejercicio, las creencias irracionales propuestas por Ellis en una serie de pensamientos ("es horrible que se comporte de esa manera", por ejemplo). ❖ Que el paciente conozca las ideas centrales negativas más comunes, propuestas por Aaron Beck e identifique el grado (en una escala del 1-100) de intensidad que cree cada una de ellas. ❖ Que el paciente aprenda a identificar creencias centrales e intermedias de sus pensamientos automáticos por medio de la técnica de la flecha descendente.

Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación (terapia cognitivo conductual). ❖ Modificación cognitiva.
Instrucciones	<p>-Pensamientos irracionales del psicólogo Albert Ellis: Se dan a conocer las 11 creencias irracionales propuestas por Albert Ellis, para posteriormente observar si están presentes en el paciente, de ser el caso, graduar del (1-100) dependiendo de la intensidad de su presentación. 1. Necesidad de aprobación: Necesito ser amado/a y aceptado/a por las personas significativas de mi entorno. 2. Autoexigencia: Para considerarme valioso/a tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles. 3. Culpar a otros: Hay personas que son inmorales y perversas y deben ser acusadas y castigadas por sus defectos y malas acciones. 4. Catastrofización: Es tremendo y catastrófico que las cosas no salgan como uno quiere. 5. Irresponsabilidad emocional: La desgracia humana se origina por causas externas y no tenemos capacidad para controlar los trastornos que nos produce. 6. Ansiedad por preocupación: Si algo es o puede ser peligroso o amenazante/ debo sentirme muy inquieta/o y preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor. 7. Evitación de problemas: Es más fácil rehuir las dificultades y responsabilidades de la vida que afrontarlas. La vida tiene que ser fácil. 8. Dependencia: Dependemos de los demás, por tanto, necesito tener a alguien más fuerte que yo en quien poder confiar y de quien depender. 9. Influencia del pasado: El pasado me determina. Algo que me ocurrió una vez y me conmocionó debe seguir afectándome indefinidamente. 10. Altruismo neurótico: Debo preocuparme constantemente por los problemas de los demás. 11. Perfeccionismo: Existe una solución perfecta para los problemas humanos y es catastrófico si no se encuentra.</p> <p>Al finalizar se aplica otro ejercicio con una serie de frases continuas [por ejemplo: Al salir del trabajo una persona encuentra que le han roto el espejo retrovisor del coche 1) Pero bueno ¿Qué ha pasado aquí?; 2) ¡esto no hay quien lo aguante!; 3) Seguro que solo me ocurre a mí; 4) Hoy va a ser un mal día; 5) La vida es injusta; 6) Voy a llevarlo a arreglar.] en donde el paciente habrá de identificar cuáles de esos pensamientos corresponden a distorsiones cognitivas. Asimismo, se lleva a cabo un ejercicio en donde se debe vincular determinadas frases alusivas a un pensamiento (“es mi destino y no puedo hacer nada para cambiar las cosas”, por ejemplo) con el nombre de la creencia irracional a la que corresponde.</p> <p>-Ideas centrales del psicólogo Aaron Beck: Se dan a conocer las ideas centrales de tipo negativo acerca de uno mismo, acerca de los demás y acerca del mundo/la vida propuestas por Aaron Beck, posteriormente se observa si están presentes en el paciente, de ser el caso, graduar del 1-100 dependiendo la intensidad de su presentación.</p> <p>-Técnica de la flecha descendente: esta técnica va a permitir averiguar, a partir de un pensamiento automático, las creencias intermedias, suposiciones, valores y reglas que subyacen, hasta llegar a la idea central/nuclear. El primer paso de este proceso consiste en escribir nuestro pensamiento automático negativo, incluyendo el grado de creencia en una escala del 0-100. Igualmente se anota la intensidad de la emoción (también con escala 0-100) que viene asociada a la cognición. Después nos dirigimos al recuadro que incluye sucesivas veces la pregunta: ¿Qué significa esto para mí? ¿Por qué es importante para mí? Se responde a esta cuestión tanto como sea necesario hasta llegar a la idea central. Buscar las creencias intermedias en medio del proceso facilita llegar más rápido a la creencia nuclear, la cual se habrá de anotar una vez hallada. Se le presenta al paciente un ejemplo con un caso ilustrativo, para posteriormente hacer el ejercicio con alguna cognición de él haciendo uso del formato correspondiente.</p> <p>La asignación de esta semana es el paciente haga uso del formato escrito “flecha descendente” para así poder identificar entre 2-3 cogniciones irracionales que tenga en la semana.</p>
Material	<p>Computadora, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones y formato “Búsqueda de ideas centrales/intermedias con la técnica de la flecha descendente”.</p>

Tabla 26

Sesión 18: Reestructuración cognitiva III

Objetivo específico	Que el paciente logre detectar sus errores de pensamiento/creencias no racionales para así modificarlos por un pensamiento más adaptativo.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente conozca una serie de sugerencias racionales para debatir las ideas irracionales e ideas centrales propuestas por Albert Ellis. ❖ Que el paciente conozca una serie de sugerencias racionales para debatir las 10 distorsiones cognitivas más comunes, que pudiera presentar en su vida diaria. ❖ Que el paciente aprenda como llevar a cabo un debate cognitivo frente a sus pensamientos negativos (reestructuración cognitiva)
Estrategias	❖ Debate cognitivo/reestructuración cognitiva.
Instrucciones	<p>-Sugerencias para debatir las 10 distorsiones cognitivas: Se nombran cada una de las 10 distorsiones previamente vistas, y de manera subsecuente a cada una de ellas, se leen sugerencias racionales de debate.</p> <p>-Sugerencias para debatir ideas centrales negativas e irracionales: Se facilitan una serie de sugerencias para el debate de ideas irracionales y centrales de Ellis y de Beck; asimismo se observa si existe en la vida del paciente alguno de los comportamientos derivados de esa creencia.</p> <p>-Debate de pensamientos: Se le enseña al paciente como hacer uso del formato "Reestructuración cognitiva/Debate cognitivo", en el que habrá de registrar el pensamiento negativo y el grado de creencia (en una escala del 0-100), la emoción secundaria y la intensidad de ella (en una escala del 0-100). Igualmente responde las preguntas: ¿Por qué es importante para mí? ¿Qué significa para mí? Posteriormente se pasa al proceso de debate, en donde se habrán de identificar algunas de las 10 posibles creencias cognitivas y comunes, así como de las irracionales/centrales. Después se realiza un contraste empírico, registrando los hechos a favor de ese pensamiento, que lo validen empíricamente, e igual se registran todos los hechos en contra. Después, se realiza un contraste adaptativo, registrando las ventajas e inconvenientes de mantener el pensamiento negativo, posteriormente se precisan las ventajas y los inconvenientes de cambiar el pensamiento. El siguiente paso será generar un pensamiento alternativo, anotando igualmente el grado de creencia en una escala 0-100. Finalmente se anota como se siente el paciente después de este proceso, se registra que es lo que puede hacer entonces y el grado de creencia de dicho pensamiento negativo después del debate.</p> <p>La tarea asignada para la semana es que el paciente haga uso de dicho formato al menos en tres ocasiones para debatir alguna idea irracional que presente en los días subsecuentes.</p>
Material	Computadora, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones y formato "Debate de pensamientos negativos".

Tabla 27

Sesión 19: Reestructuración cognitiva IV

Objetivo específico	Que el paciente aprenda a implementar otras estrategias de la terapia cognitivo conductual que le permita tener mayor bienestar afectivo.
Objetivos particulares	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el paciente aprenda cómo brindarse autoinstrucciones que le permitan afrontar emociones negativas secundarias a un evento de su vida diaria. ❖ Que el paciente interrumpa el autodiálogo interno negativo que pueda estarle generando emociones desagradables y poco adaptativas por medio de la técnica "parada del pensamiento". ❖ Que el paciente conceda un tiempo específico para pensar y reflexionar sobre sus dificultades, lo que permitirá no concentrarse en ellas a lo largo del día. ❖ Que el paciente aprenda a debatir sus creencias irracionales por medio de la técnica de las tres columnas.
Estrategias	❖ Técnicas de reestructuración cognitiva (autoinstrucciones, parada del pensamiento, utilizar a los demás como punto de referencia, rol reversal y generación de un pensamiento alternativo)
Instrucciones	<p>-Autoinstrucciones: Una técnica de gran utilidad para guiar nuestro diálogo interno y cambiar las emociones perjudiciales que puedan aparecer es la técnica de las autoinstrucciones. La técnica de autoinstrucciones se aplica de la siguiente forma:</p> <p>Definir el objetivo: afrontar la emoción en situaciones que desencadenen emociones negativas. Cuando la emoción empieza: Utilizamos la emoción como señal. Recordamos nuestro objetivo. Antes y durante el afrontamiento de la situación: Ponemos en marcha nuestro plan de control que consiste en guiarnos mediante comentarios positivos, que hemos preparado con anterioridad para el afrontamiento de la situación. Para ello podemos utilizar tarjetas en donde previamente hayamos escrito estos comentarios, facilitando así su recuerdo, en caso de que lo necesitemos.</p> <p>Después de haber afrontado la situación: Nos elogiamos de habernos enfrentado a la situación.</p> <p>A continuación, un ejemplo de este proceso:</p> <p>ANTES: -No hay motivo para preocuparse. -Puedo relajarme. -Ya lo resolví con éxito en otra ocasión. -Los pensamientos negativos no me ayudan en nada.</p> <p>DURANTE: -Voy a mantener el control. -Puedo hacerlo, de hecho, lo estoy haciendo. -Si estoy tenso/a, respiraré profundamente y me relajaré. -Si cometo errores es normal, puedo corregirlos. -Me concentraré en la tarea. -Puedo mantener la tensión dentro de los límites manejables. -He sobrevivido a esto y a otras cosas peores anteriormente.</p> <p>DESPUÉS -Lo conseguí o por lo menos lo he intentado. -La próxima vez no tendré que preocuparme tanto. -Puedo disminuir la ansiedad si busco relajarme. -Me he dado la oportunidad de aprender, me haya salido como me haya salido y eso es lo importante.</p> <p>-Parada del pensamiento: Utilizar las emociones negativas como señal de aviso de que se está pensando negativamente y decir BASTA, STOP o cualquier otra cosa que interrumpa esos pensamientos.</p> <p>-Tiempo específico para pensar: Se habrá de acordar una hora determinada para dedicarnos a las preocupaciones (y no prestarles atención fuera de este tiempo). Si las preocupaciones aparecen fuera de este tiempo se aplicará la parada de pensamiento u otra técnica. Se utilizará la propia emoción negativa como una señal de aviso para su puesta en marcha de la técnica.</p> <p>-Técnica de las tres columnas: Se pone en práctica la habilidad previamente adquirida, que es la de identificar y debatir pensamientos distorsionados e ideas irracionales, se hace uso de un formato de tres columnas: a) Pensamiento negativo; b) Distorsiones e ideas irracionales que contenga; c) Pensamiento alternativo.</p>

	La asignación de esta semana es que el paciente realice cada una de estas técnicas en una ocasión, apoyándose de los formatos escritos en los casos que así lo requieran.
Material	Computadora, programa Zoom, presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones, formato "autoinstrucciones para afrontar situaciones negativas" y formato "debate cognitivo con 3 columnas".

Tabla 28

Sesión 20: Cierre del programa de rehabilitación

Objetivo específico	Realizar una revisión de las estrategias de afrontamiento que resultaron de mayor ayuda para el paciente, valorando también aquellas que no haya funcionado en mayor medida. A su vez, buscar brindar mensajes de cierre al paciente que le recuerden la importancia de continuar trabajando, exaltando los logros alcanzados.
Objetivos particulares	Que el paciente realice una revisión en conjunto con el terapeuta de que estrategias le fueron de más ayuda. Que el paciente haga consciencia de que estrategias no aplico en mayor medida, discutiendo cambios posibles para promover su puesta en practica Que el paciente haga consciencia de que ahora en adelante habrá de realizar un proceso de autoseguimiento.
Estrategias	❖ Revisión de avances y áreas de oportunidad.
Instrucciones	Se hace un análisis en conjunto con el paciente sobre cuáles fueron las estrategias de afrontamiento que mayor éxito tuvieron, para ello se utiliza el formato "Revisión de las estrategias trabajadas en el programa" en donde se valora del 1-10 que estrategias le han parecido o han sido más útiles para su caso, así como en qué medida las ha aplicado; acotando también objetivos futuros y ejemplos de éxito. El paciente habrá de recordar y anotar una situación en concreto, en la que haya aplicado la estrategia, de modo que esto le sirva para "refrescar la memoria" y así pueda recurrir a la memoria reforzadora de esa situación, sabiendo como resolvió el problema en concreto, aplicando dicha estrategia, por tanto, favoreciendo que cuando afronte una situación similar en el futuro, recurra a dicha estrategia. A su vez se establecen cuales resultaron no ser de gran ayuda, de modo que se concilien cambios sobre las mismas, y así su puesta en práctica (ya con las modificaciones establecidas) pueda llevarse a cabo en mayor medida. Se le hace saber al paciente que, de ahora en adelante, el habrá de llevar a cabo un proceso de autoseguimiento, registrando la frecuencia de aplicación de las estrategias, los éxitos (en el formato que se encuentra desarrollado en las cartulinas de su cuarto), brindándose un autoreforzador por ello. Se le enfatiza al paciente que únicamente continuando poniendo en práctica las estrategias es que el cambio puede perdurar, aunque se le recuerda puede existir recaídas; sin embargo, eso podría remediarse si continúa buscando aplicar lo trabajado en el programa de forma consistente. Se le hace saber que sería conveniente que terapeuta y paciente tengan sesiones de seguimiento pasado 1, 3, 6 y 12 meses después de finalizada la intervención, de modo que se pueda evaluar si los progresos se mantuvieron o si es necesario tener sesiones adicionales. Finalmente se felicita al paciente por el progreso conseguido. Se agradece su compromiso y se le invita a continuar trabajando en su proceso de mejoría.
Material	Computadora con acceso a internet, programa Zoom, Presentación de PowerPoint, cuaderno de anotaciones y formato "Revisión de las estrategias trabajadas en el programa".

Fase III: Comparación del paciente y el grupo control antes y después de la intervención

La tabla 29 muestra la comparación entre el desempeño pre-intervención del paciente y el grupo control en la escala de funcionamiento ejecutivo en la vida diaria (BRIEF-A), el registro conductual, la escala de calidad de vida Q-LES-Q-SF, la escala de psicopatología PAI y el inventario de regulación emocional CERQ. Los resultados muestran que existieron diferencias estadísticamente ($p < .05$) y clínicamente significativas ($z > \pm 2$) entre el paciente previo a la intervención y el grupo control en las subescalas de funcionamiento ejecutivo del BRIEF-A: Planificación/Organización, Iniciativa y en el Compuesto Ejecutivo Global.

En el caso del registro conductual, existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) y fuera del rango de ± 2 desviaciones estándar en 4 de los 9 comportamientos: 1.- actividades u órdenes (dadas por un tercero) que olvidó realizar en su vida social, familiar y laboral; 2.- actividades escolares realizadas fuera del tiempo establecido o de último momento; 3.- ocasiones en las que extravió o no encontró una pertenencia de manera inmediata y 4.- horas de sueño que tuvo durante la noche. Cabe destacar que el tamaño de la diferencia entre el paciente y los controles en la frecuencia de estas conductas son muy grandes (de 3.8 a 30.8 desviaciones estándar).

En lo referente a las subescalas de conducta psicopatológica del PAI, el paciente presentó puntajes significativamente más altos en términos estadísticos y clínicos que los controles en 3 de las 4 medidas contempladas (indicativos de mayor psicopatología): Depresión, Ansiedad y Rasgos Límites. En el caso de la escala Ideación suicida, si bien el paciente presentó una puntuación T por arriba de los puntos de corte establecidos por la prueba para ser indicativo de un problema clínico, no existió una diferencia significativa respecto al grupo control, puesto que desviación estándar del grupo control fue amplia

(18.7 puntos); se debe mencionar que dicha situación se presentó como consecuencia de un puntaje alto y dentro del rango clínico de un participante del grupo control en esta escala clínica.

Respecto al cuestionario CERQ, el paciente obtuvo puntuaciones mayores a la media de los controles en los siguientes estilos de pensamiento ligados a una pobre regulación emocional: Autoculpa, Rumiación y Culpar a otros; a su vez también se reportó una mayor presentación de patrones de pensamiento que contribuyen a la regulación emocional, en concreto Reinterpretación positiva y Poner en perspectiva. Sin embargo, en ninguno de ellos la diferencia fue lo suficientemente grande en comparación con el grupo control para considerarla significativa ($p > .05$ y dentro del rango de ± 2 desviaciones estándar).

Finalmente, no existieron diferencias significativas entre el paciente y los controles en el cuestionario de calidad de vida Q-LES-Q-SF.

Tabla 29

Resultados del paciente comparados con el grupo control antes del programa de rehabilitación

Instrumento	Muestra control ($n=5$)		Puntaje del paciente	Prueba t	p^a	Tamaño del efecto estimado (Z-CC)		Porcentaje estimado de la población control con un puntaje más bajo que el del paciente
	\bar{x}	DE.				Z	(95% IC)	
BRIEF-A								
Inhibición	60.2	10.0	74	-1.26	.138	-1.38	-2.61 a -0.07	13.8
Flexibilidad	59	11.5	56	0.23	.411	0.26	-0.64 a 1.14	58.8
Control emocional	49.8	10.8	60	-0.86	.218	-0.94	-1.98 a 0.17	21.8
Supervisión de sí mismo	53	12.7	72	-1.36	.121	-1.49	-2.79 a -0.13	12.1
Iniciativa	61.6	7.3	89	-3.42	.013*	-3.75	-6.39 a -1.12	1.3
Memoria de trabajo	62	10.4	79	-1.42	.104	-1.63	-3.00 a -0.20	10.4
Planificación/								
Organización	54	8.4	84	-3.26	.015*	-3.57	-6.09 a -1.04	1.5
Supervisión de la tarea	56.8	12.6	81	-1.75	.077	-1.92	-3.44 a -0.34	7.7

Organización de materiales	47	11.7	61	-1.09	.168	-1.19	-2.34 a 0.02	16.8
Índice-Regulación Conductual	59.2	11.6	68	-0.69	.263	-0.75	-1.73 a 0.28	26.3
Índice-Metacognición	60.4	16.4	82	-1.20	.147	-1.31	-2.52 a -0.04	14.7
Compuesto Ejecutivo Global	56.2	8.2	78	-2.42	.036*	-2.65	-4.61 a -0.67	3.6
REGISTRO CONDUCTUAL								
1. Núm. activ u órdenes olvidó realizar.	2.2	1.4	28	-16.82	.000*	-18.42	-30.7 a 6.37	0.0
2. Núm. activ. escolares. fuera de tiempo.	0.6	0.5	16	-28.11	.000*	-30.80	-51.42 a 10.69	0.0
3. Ocasiones no se encontraron pertenencias.	0.8	0.8	8	-8.21	.000*	-9.00	-15.07 a -3.05	0.0
4. Conductas impulsivas.	2.8	3.1	8	-1.53	.100	-1.67	-3.06 a -0.22	10.0
5. Núm. intentos no exitosos al evocar información escolar.	2	2.5	7	-1.82	.070	-2.00	-3.56 a -0.38	7.0
6. Núm. horas de sueño.	6.4	0.5	4.5	-3.46	.012*	-3.80	-6.46 a -1.13	1.2
7. Sensación de descanso.	6	1.7	6	0.00	.500	0.00	-0.87 a 0.87	50.0
8. Motivación realizar activ.	6	1.4	6	0.00	.500	0.00	-0.87 a 0.87	50.0
9. Núm. minutos sostén atencional.	15.6	9.9	9	-0.60	.287	-0.66	-1.61 a 0.34	28.7
Q-LES-Q-SF	44.2	7.1	47	0.36	.368	0.39	-0.54 a 1.28	63.1
PAI								
Ansiedad	58.6	4.8	71	-2.35	.038*	-2.58	-4.49 a -0.64	3.8
Depresión	63.4	8.3	82	-2.15	.048*	-2.36	-4.13 a -0.54	4.8
Rasgos límite	59.4	9.5	82	-2.17	.047*	-2.37	-4.16 a -0.55	4.7
Ideación suicida	67.4	18.7	96	-1.39	.117	-1.52	-2.84 a -0.15	11.7
CERQ								
Autoculpa	10.4	5.5	15	-0.76	.243	-0.83	-1.84 a 0.23	24.3
Rumiación	15.8	3.8	19	-0.76	.242	-0.84	-1.85 a 0.23	24.2
Catastrofización	7	2.1	7	0.00	.500	0.00	-0.87 a 0.87	50.0
Culpar a otros	6	1.8	9	-1.52	.101	-1.66	-3.05 a -0.22	10.1
Focalización positiva	11.6	4.5	12	-0.08	.469	-0.08	-0.96 a 0.79	46.9
Aceptación	13.6	4.3	13	-0.12	.452	-0.14	-1.01 a 0.75	45.2
Refocalizar en planes	13.4	4.7	13	-0.07	.470	-0.08	-0.95 a 0.79	47.0
Reinterpretación positiva	14	5.2	20	1.05	.175	1.15	-0.04 a 2.28	82.4
Poner en perspectiva	13	4.0	16	0.68	.265	0.75	-0.29 a 1.72	73.4

Nota. BRIEF-A = Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version; PAI = Peronality Aseessment Inventory; Q-LES-Q-SF = Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; CERQ = Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; DE = Desviación Estándar. En el apartado de Registro Conductual se enlistan palabras clave que hacen referencia a las nueve conductas del registro. ^a Los resultados son de una prueba de hipótesis de una cola * p < .05

La tabla 30 muestra la comparación entre el desempeño post-intervención del paciente y el grupo control en las diversas escalas de funciones ejecutivas, sintomatología psiquiátrica, regulación emocional, calidad de vida y el registro conductual. Se puede observar que posterior a la intervención no existieron diferencias estadísticas o clínicas entre el paciente y los controles en ninguna de las medidas de las variables mencionadas incluyendo aquellas de funciones ejecutivas, sintomatología psiquiátrica y los registros conductuales en los que sí existieron diferencias previo a la intervención; con la única excepción de la conducta relacionada al “número de actividades escolares fuera de tiempo”, en la que continuó existiendo una diferencia estadística y clínicamente

significativa con respecto a los controles. Sin embargo, se debe considerar que la frecuencia de la conducta y el tamaño del efecto disminuyeron en comparación a la evaluación pre-intervención. En cuanto a la sintomatología psiquiátrica, si bien el paciente ya no presentó diferencias significativas respecto a los controles en la evaluación post-intervención y sus puntuaciones son inferiores en todas las escalas respecto a la evaluación pre-intervención, es importante mencionar que las escalas de Rasgos límite e Ideación suicida siguen presentando una puntuación T que es considerada de relevancia clínica acorde al manual de la prueba (puntuación T >65); lo que sugiere que si bien el paciente presenta mejorías, sigue presentando síntomas psicopatológicos.

Finalmente, el puntaje de calidad de vida del Q-LES-Q-SF presentó una disminución con relación a lo reportado antes del tratamiento, indicativo de una menor calidad de vida, aunque el puntaje no fue estadísticamente significativo y se ubicó dentro de las ± 2 desviaciones estándar.

Tabla 30

Resultados del paciente comparados con el grupo control después del programa de rehabilitación

Instrumento	Muestra control (n=5)		Puntaje del paciente	Prueba t	p ^a	Tamaño del efecto estimado (Z-CC)		Porcentaje estimado de la población control con un puntaje más bajo que el del paciente Punto
	\bar{x}	DE.				Z	(95% IC)	
BRIEF-A								
Inhibición	60.2	10.0	43	1.57	.095	1.72	0.24 a 3.13	90.4
Flexibilidad	59	11.5	47	0.95	.197	1.04	-0.11 a 2.12	80.2
Control emocional	49.8	10.8	49	0.06	.474	0.07	-0.80 a 0.94	52.5
Supervisión de sí mismo	53	12.7	46	0.50	.320	0.55	-0.42 a 1.47	67.9
Iniciativa	61.6	7.3	60	0.20	.425	0.21	-0.68 a 1.09	57.4
Memoria de trabajo	62	10.4	56	0.52	.313	0.57	-0.40 a 1.50	68.6
Planificación/ Organización	54	8.4	57	-0.32	.380	-0.35	-1.24 a 0.57	38.0

Supervisión de la tarea	56.8	12.6	50	0.49	.324	0.54	-0.43 a 1.46	67.5
Organización de materiales	47	11.7	42	0.39	.358	0.42	-0.51 a 1.32	64.1
Índice-Regulación Conductual	59.2	11.6	46	1.03	.178	1.13	-0.05 a 2.26	82.1
Índice-Metacognición	60.4	16.4	53	0.41	.350	0.45	-0.50 a 1.35	64.9
Compuesto Ejecutivo Global	56.2	8.2	50	0.69	.264	0.75	-0.28 a 1.73	73.5
REGISTRO CONDUCTUAL								
1. Núm. activ. u órdenes olvidó realizar.	2.2	1.4	5	-1.82	.070	-2.00	-3.56 a -0.38	7.0
2. Núm. activ. escolares fuera de tiempo.	0.6	0.5	2	-2.55	.031*	-2.80	-4.84 a -0.73	3.1
3. Ocasiones no se encontraron pertenencias.	0.8	0.8	2	-1.36	.121	-1.50	-2.79 a -0.13	12.1
4. Conductas impulsivas.	2.8	3.1	2	0.23	.412	0.25	-0.65 a 1.13	58.7
5. Núm. intentos no exitosos al evocar información escolar.	2	2.5	7	-1.82	.070	-2.00	-3.56 a -0.38	7.0
6. Núm. horas de sueño.	6.4	0.5	5.4	-1.82	.070	-2.00	-3.56 a -0.38	7.0
7. Sensación de descanso.	6	1.7	6	0.00	.500	0.00	-0.87 a 0.87	50.0
8. Motivación realizar activ.	6	1.4	4	-1.30	.131	-1.42	-2.68 a -0.10	13.1
9. Núm. minutos sostén atencional.	15.6	9.9	25	0.86	.217	0.94	-0.16 a 1.99	78.2
Q-LES-Q-SF	44.2	7.1	38	-0.79	.235	-0.87	-1.89 a 0.21	23.5
PAI								
Ansiedad	58.6	4.8	52	1.25	.138	1.37	0.07 a 2.60	86.1
Depresión	62.4	8.3	64	-0.17	.434	-0.19	-1.06 a 0.70	43.4
Rasgos límite	59.4	9.5	67	-0.73	.252	-0.80	-1.79 a 0.26	25.2
Ideación suicida	67.4	18.7	78	-0.51	.316	-0.56	-1.49 a 0.41	31.6
CERQ								
Autoculpa	10.4	5.5	15	-0.76	.243	-0.83	-1.84 a 0.23	24.3
Rumiación	15.8	3.8	15	0.19	.428	0.21	-0.69 a 1.08	57.1
Catastrofización	7	2.1	10	-1.30	.131	-1.42	-2.68 a -0.10	13.1
Culpar a otros	6	1.8	10	-2.02	.056	-2.22	-3.91 a -0.48	5.6
Focalización positiva	11.6	4.5	8	0.73	.252	0.80	-0.26 a 1.79	74.7
Aceptación	13.6	4.3	15	0.29	.390	0.32	-0.59 a 1.21	60.9
Refocalizar en planes	13.4	4.7	17	0.69	.261	0.76	-0.28 a 1.74	73.8
Reinterpretación positiva	14	5.2	19	0.87	.214	0.96	-0.16 a 2.01	78.5
Poner en perspectiva	13	4.0	16	0.68	.265	0.75	-0.29 a 1.72	73.4

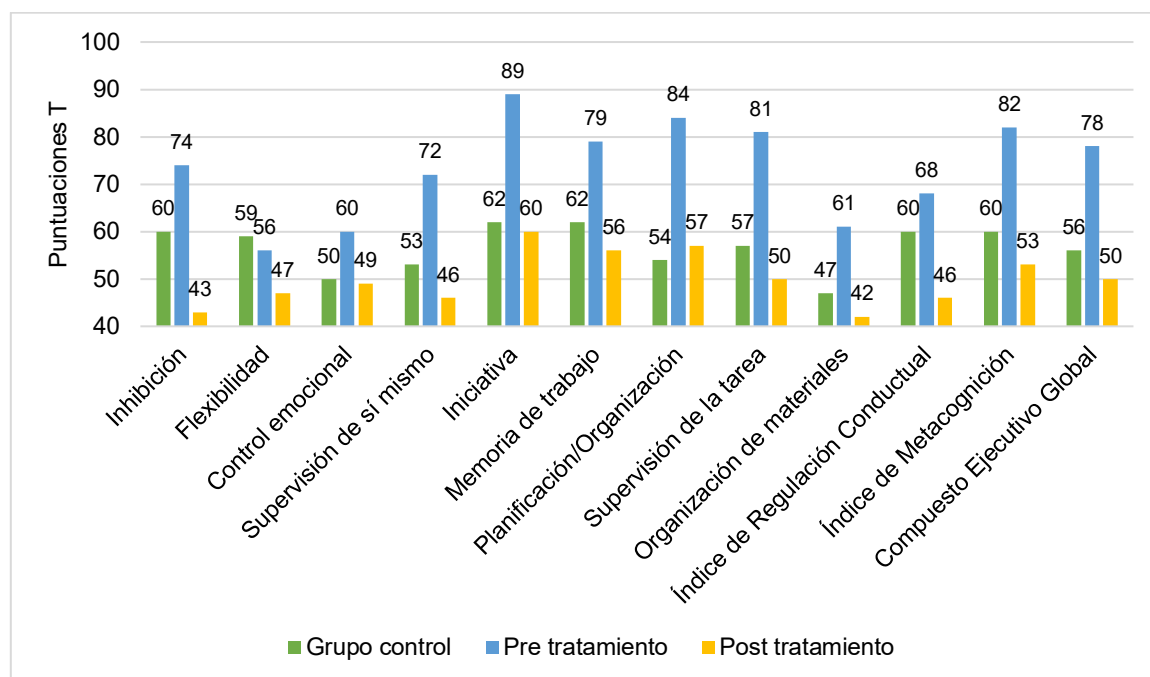
Nota. BRIEF-A = Behavior Rating Inventory of Executive Function Adult Version; PAI = Personality Assessment Inventory; Q-LES-Q-SF = Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; CERQ = Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; DE = Desviación Estándar. En el apartado de Registro Conductual se enlistan palabras clave que hacen referencia a las nueve conductas del registro. ^a Los resultados son de una prueba de hipótesis de una cola * $p < .05$

En relación a los resultados del instrumento BRIEF-A (ver Figura 3), las 3 subescalas que mostraron significancia estadística en la evaluación pre tratamiento en comparación con el grupo control: Planificación/Organización, Iniciativa y Compuesto Ejecutivo Global; ya no fueron significativas en la evaluación post tratamiento ($p > .05$ y al

interior de ± 2 DE), puesto que existió una disminución en los puntajes obtenidos (en este instrumento, un mayor puntaje guarda relación con valores clínicamente significativos, es decir, en rangos patológicos).

Figura 3

Comparación del paciente antes y después del tratamiento, y del grupo control, en subescalas del BRIEF-A



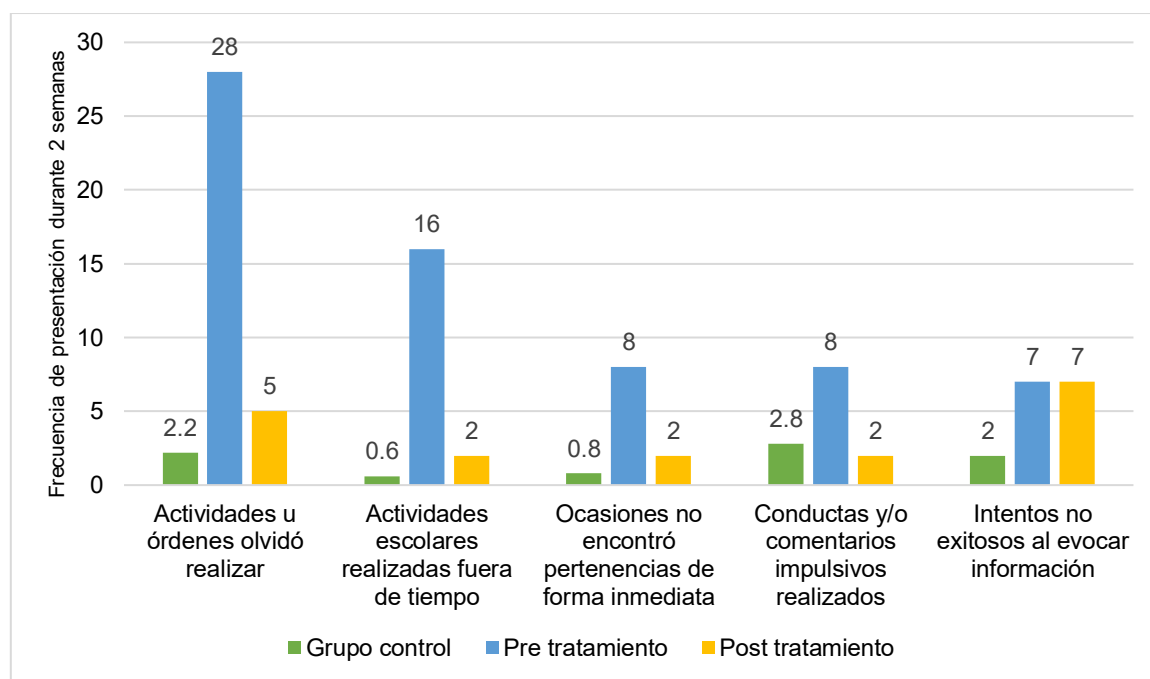
Nota. Los valores promedio del grupo control se presentan en la figura en números enteros, es decir, se redondeó el valor exacto con decimales, el cual se puede consultar en la tabla 29.

Como se puede observar en la figura 4, a nivel intraindividual el paciente presentó una disminución en la frecuencia de actividades o situaciones que deseaba reducir en su vida diaria en 4 de las 5 conductas del registro conductual, lo que le permitió ubicarse en un rango dentro de ± 2 DE, es decir, sin que existieran diferencias clínicamente significativas entre el paciente y los controles en la evaluación post-intervención. Por su parte en la conducta “intentos no exitosos al evocar información”, exhibió la misma

frecuencia que en la pre-intervención; sin embargo, en esta conducta no existieron diferencias significativas respecto a los controles desde la pre-intervención.

Figura 4

Resultados del paciente antes y después del tratamiento, y del grupo control, en el registro conductual

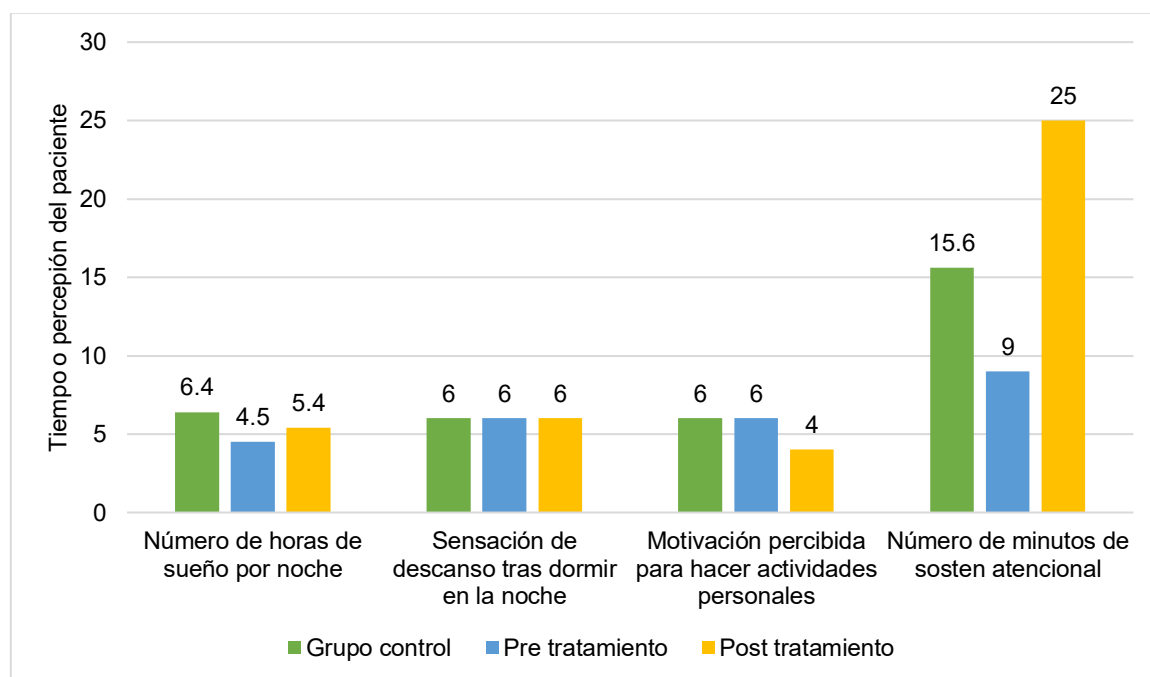


En lo referente a actividades o situaciones que el paciente deseaba aumentar su frecuencia de presentación o bien tener un ascenso en términos de auto calificación o de tiempo (minutos y horas, concretamente), se evidenció un incremento a nivel intraindividual en dos conductas, mientras que una se mantuvo igual y otra presentó una disminución (figura 5). Sin embargo, al comparar su desempeño con el del grupo control, únicamente la conducta referente al “número de horas de sueño por noche”, presentó diferencias significativas entre el paciente y los controles antes del tratamiento,

ubicándose después de la rehabilitación en un rango promedio respecto a los controles ($p > .05$ y al interior de ± 2 DE).

Figura 5

Resultados del paciente antes y después del tratamiento, y del grupo control, en el registro conductual. Segunda parte

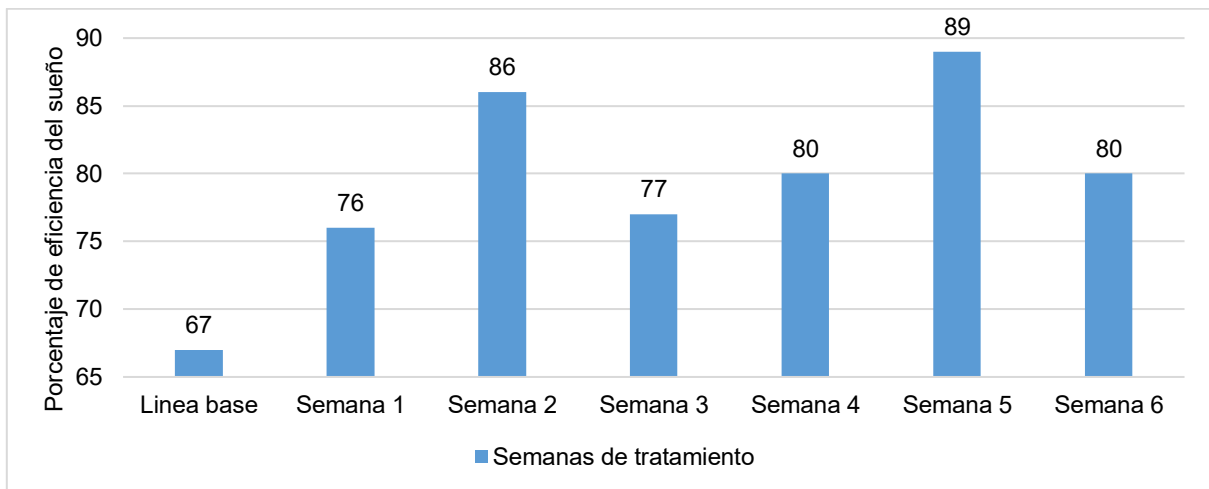


Los diarios del sueño completados por el paciente permitieron obtener la eficiencia del sueño durante 7 semanas, en 6 de ellas (semanas 2-7) se implementaron las estrategias dirigidas a la mejoría de las 2 conductas del sueño del registro conductual, mientras que los registros de la semana 1 permitieron establecer la línea base. Respecto a los resultados se presentó un aumento en el porcentaje de la eficiencia de sueño en comparación con los registrados al inicio del plan de tratamiento, con un valor promedio

de 84.5% durante las últimas 2 semanas, es decir, 17.5% arriba de lo inicialmente registrado (figura 6).

Figura 6

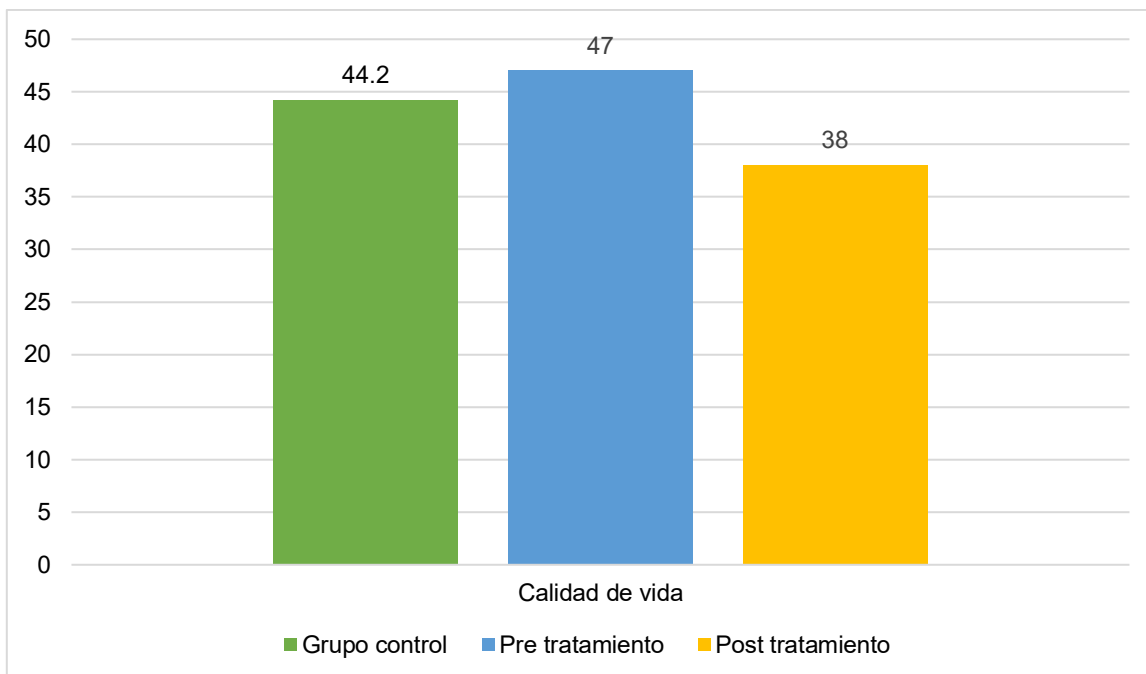
Eficiencia del sueño obtenida por el paciente a lo largo del programa de rehabilitación



Respecto a los resultados de calidad de vida, el paciente reportó un valor no significativo en la evaluación pre tratamiento en comparación con el del grupo control, sin embargo, en el post tratamiento se reportó un valor menor, no siendo la diferencia estadísticamente significativa, permaneciendo al interior de ± 2 DE (figura 7).

Figura 7

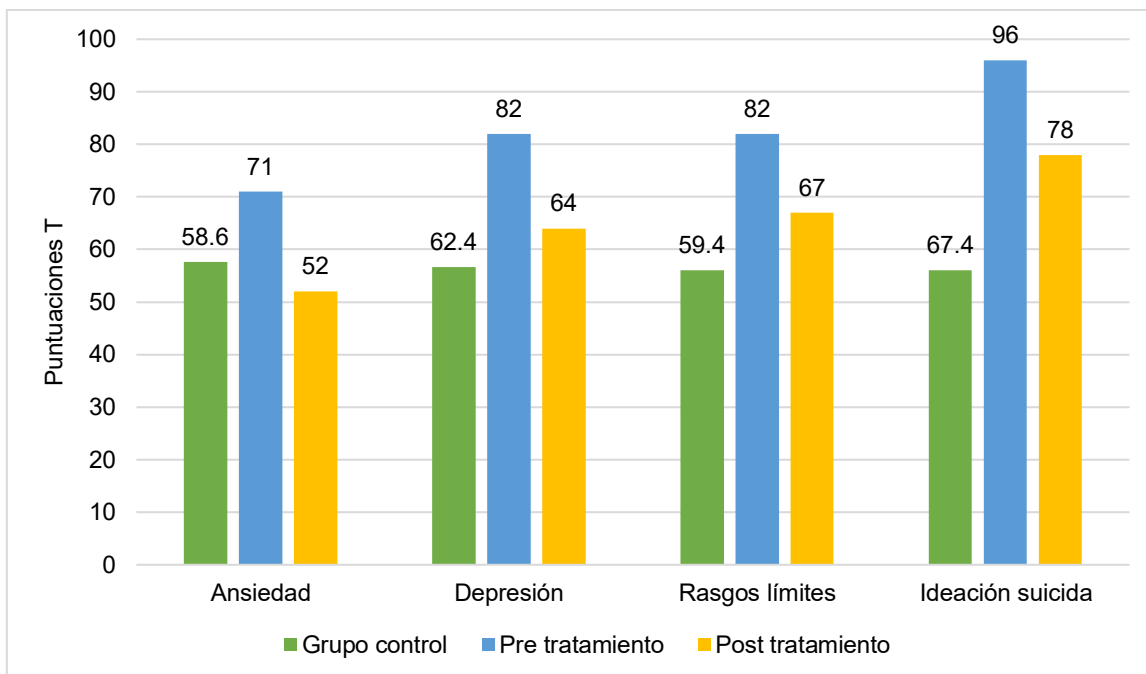
Comparación del paciente antes y después del tratamiento, y del grupo control, en el Q-LES-Q-SF



Referente a los resultados del instrumento PAI, en las 3 subescalas (Ansiedad, Depresión y Rasgos límites) que se pueden observar en la figura 8, fueron significativas en la evaluación pre tratamiento al compararlas con el grupo control, habiendo una disminución en las puntuaciones obtenidas después de la implementación del programa de rehabilitación (en este instrumento, un mayor puntaje guarda relación con valores clínicamente significativos, es decir, en rangos patológicos); al comparar los resultados en el post tratamiento, ya no existió significancia estadística ($p > .05$) y por tanto el paciente se ubicó en un rango promedio en comparación con el grupo control.

Figura 8

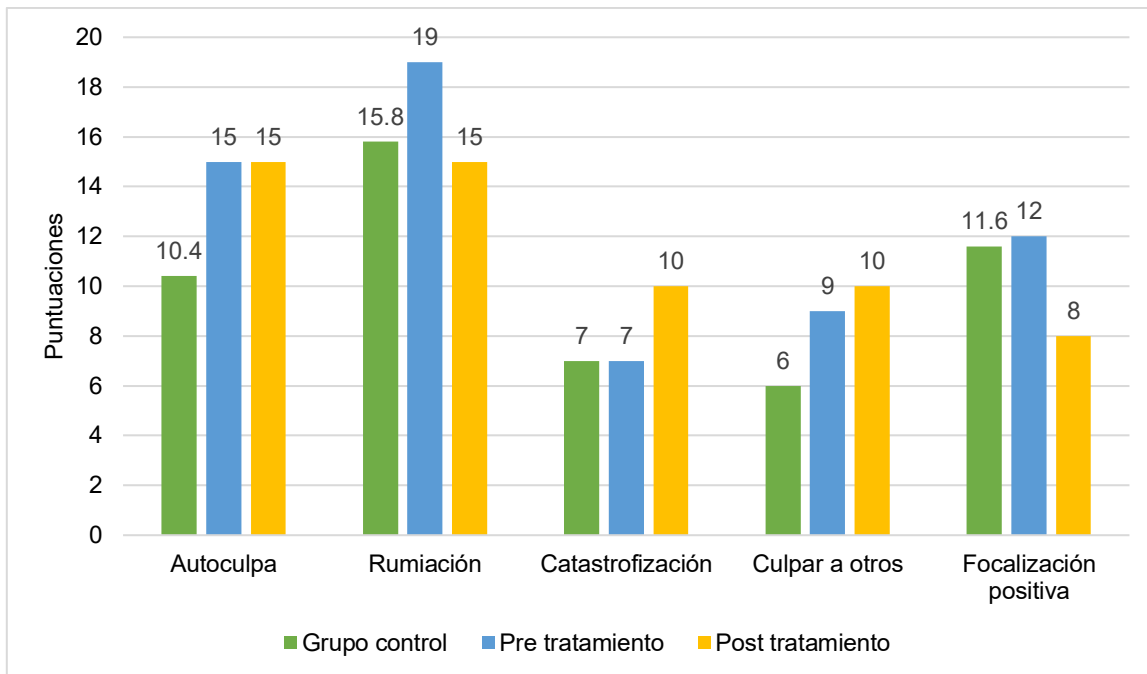
Comparación del paciente antes y después del tratamiento, y del grupo control, en subescalas del PAI



En relación con las 5 subescalas del CERQ (cuyo objetivo del programa fue disminuir su puntaje al término de este) que se pueden observar en la figura 9, ninguna se ubicó fuera del rango de ± 2 DE ni tampoco alguna presentó significancia estadística al comparar puntajes del paciente en el pre tratamiento con los valores del grupo control. Dicha situación continuó en el post tratamiento (puesto que los puntajes disminuyeron o se mantuvieron igual) en todas las subescalas, con excepción de Catastrofización y Culpar a otros, aunque en ambas la diferencia con el grupo control siguió siendo no estadísticamente significativa ($p > .05$ y al interior de ± 2 DE).

Figura 9

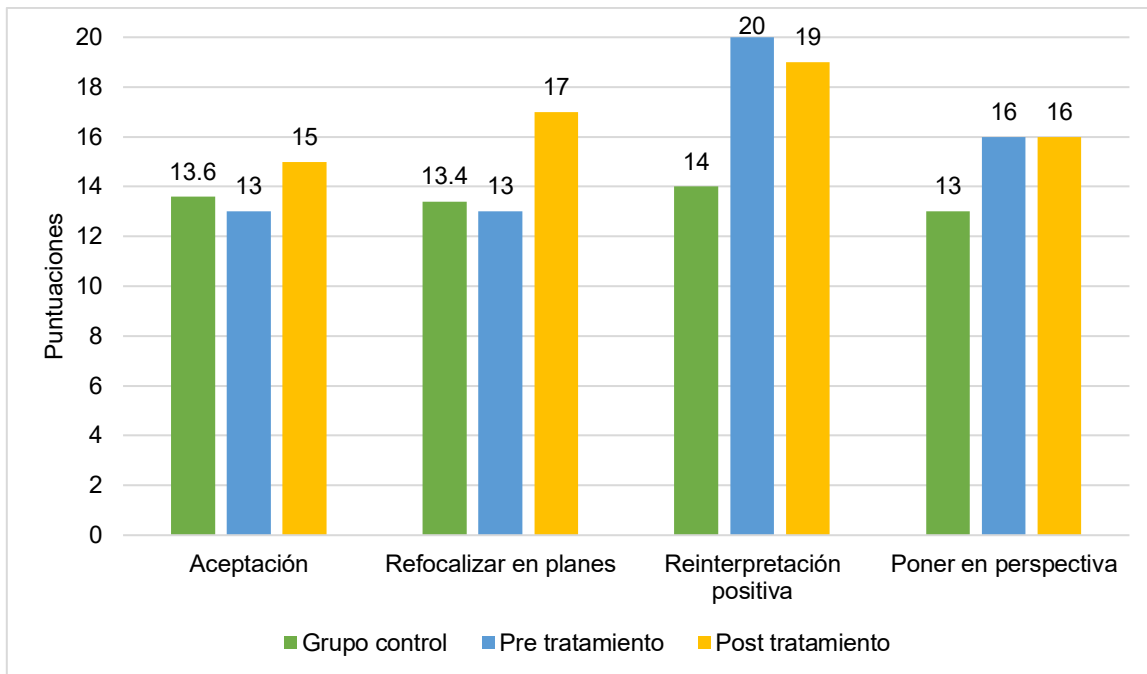
Comparación del paciente antes y después del tratamiento, y del grupo control, en subescalas del CERQ



Referente a las 4 subescalas restantes del CERQ (cuyo objetivo del programa fue aumentar su puntaje al término de este) que se pueden observar en la figura 10, ninguna se ubicó fuera del rango de ± 2 DE ni tampoco alguna presentó significancia estadística al comparar puntajes del paciente en el pre tratamiento con los valores del grupo control. Dicha situación continuo en el post tratamiento (puesto que los puntajes aumentaron o se mantuvieron igual) en todas las subescalas con excepción de Reinterpretación positiva, sin embargo, el resultado en el post tratamiento continuo siendo mayor al del grupo control y por tanto se ubicó dentro del rango de ± 2 DE.

Figura 10

Comparación del paciente antes y después del tratamiento, y del grupo control, en subescalas del CERQ. Segunda parte



Capítulo 4: Discusión

El presente trabajo se realizó con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa de telerrehabilitación neuropsicológica integrado por estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño; al aplicarlo en un adulto joven con TDAH, depresión mayor y sintomatología psiquiátrica relacionada con ansiedad, del trastorno límite de personalidad, ideación suicida y de disregulación emocional; al evaluar si existen diferencias en el desempeño de sus actividades de su funcionamiento diario, calidad de vida y sintomatología psiquiátrica comórbida antes y después de la intervención en comparación con un grupo control.

El perfil cognitivo, conductual y afectivo del paciente obtenido antes de la aplicación del programa de rehabilitación es similar al que la literatura científica indica con relación a pruebas de desempeño dentro del rango promedio en adultos con TDAH, pero con un rendimiento disfuncional en actividades de la vida diaria evidenciado a través de

puntajes clínicamente significativos en escalas, cuestionarios e inventarios de autorreporte (Barkley, 2010a). La literatura científica también refiere que la evaluación del TDAH en adultos resulta una tarea compleja puesto que se persiguen distintos objetivos, entre los que destaca determinar si los síntomas estuvieron presentes desde la infancia, realizar un diagnóstico diferencial y determinar la existencia de otras condiciones concurrentes que pudieran estar presentes (Barkley, 2006). En el caso del paciente, la sintomatología psiquiátrica documentada (en evaluaciones anteriores con otros profesionales y la realizada en este trabajo) parece no haber permitido que el TDAH se detectara en etapas tempranas de la vida, adjudicándose ciertos patrones de conducta, pensamiento y emoción a otros trastornos y no al trastorno del neurodesarrollo. A su vez, el perfil cognitivo obtenido durante la fase de evaluación indica que cuenta con un nivel de inteligencia promedio, dicha situación pudo haber contribuido a que posiblemente compensara su rendimiento en diferentes actividades diarias durante ciertas etapas de su vida, lo que pudo resultar en que no se identificara el trastorno en la infancia sino hasta la adultez temprana, como suele ocurrir en varios adultos con TDAH con un nivel de inteligencia promedio o superior al promedio (Kooij, 2013).

Respecto al diseño del programa de rehabilitación basado en otros programas previamente validados empíricamente, se constató que la integración de estrategias de diferente naturaleza (destacando las de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de manejo conductual, entrenamiento en habilidades cognitivas y estrategias de sueño) permite cubrir de mejor forma las diferentes necesidades que el paciente pueda manifestar durante la evaluación, resultando con ello en una mayor eficacia en los resultados después del tratamiento, como fue en el caso del paciente; lo que coincide con los resultados obtenidos en otros programas de estudio de caso (Eddy et al., 2015; Puente & Mitchell, 2016;).

Con relación a los resultados obtenidos tras la aplicación del programa, destacan los siguientes puntos:

Funciones ejecutivas reflejadas en actividades de la vida diaria

Los resultados obtenidos indican que se presentó una mejoría en actividades del funcionamiento diario del paciente, concretamente en el funcionamiento ejecutivo, esto se pudo constatar a través de medidas de autorreporte estandarizadas; habiendo un cambio clínicamente significativo en las escalas Planificación/Organización, Iniciativa y en el Compuesto Ejecutivo Global (CEG) del BRIEF-A.

Planificación/Organización

En relación con la mejoría de Planificación/Organización, una circunstancia que pudo haber tenido una influencia es que, de manera conjunta, terapeuta y paciente, identificaron qué circunstancias de trabajo eran más favorables para él, por tanto, se propusieron estrategias que fueran acordes a esas preferencias personales. Esta situación favoreció la motivación de su parte para llevar a cabo ciertas conductas; esto sigue la línea de lo que se ha encontrado favorece una mayor adherencia al tratamiento tras la aplicación de estrategias personalizadas (Manos, 2013). Por ejemplo, en un inicio se acordó con el paciente que la planificación del día siguiente se haría cada noche a una hora determinada; sin embargo, se advirtió existía mayor motivación cuando tenía la oportunidad de realizar dichas tareas pendientes momentos después; por tanto, empezó a planificar sus actividades durante las primeras horas de dicho día. Dicha dinámica pudo haber contribuido a que redujera el número de actividades pendientes realizadas fuera del tiempo establecido o de último momento, aunque este comportamiento siguió ubicándose dentro del rango fuera del promedio, por lo que el trabajo a este respecto debe continuar.

Iniciativa

Respecto a la mejoría en área, se pudo haber presentado debido a que ciertas sesiones se decidió trabajar las estrategias atendiendo a una situación de la vida diaria del paciente, lo que tendría componentes de una intervención ecológica y favorece la generalización de las estrategias a la vida cotidiana. Esta forma de trabajo coincide con lo señalado por Knouse y Safren (2013), quienes hacen hincapié en la importancia de que el objetivo del terapeuta (por ejemplo: enseñar al paciente cierta estrategia) no debe de ponderarse por encima del de un paciente (por ejemplo: encontrar de qué forma resolver alguna dificultad específica). Un ejemplo de ello se presentó cuando las estrategias se dirigieron a que el paciente realizara una lluvia de ideas con ventajas y desventajas de las opciones existentes para así tomar la mejor decisión cuando concluyera sus créditos de la licenciatura, en donde tendría que decidir su forma de titulación, situación que no había realizado justamente por falta de iniciativa de su parte.

Memoria de trabajo

Respecto al resultado obtenido, este es congruente con otro trabajo en el que, después de haber llevado a cabo un tratamiento intensivo con un programa computarizado para entrenar la memoria de trabajo de estudiantes universitarios con TDAH, se observaron cambios significativos en pruebas de lápiz y papel, sin embargo esto no se generalizó a las evaluaciones encaminadas a ver el rendimiento de los sujetos en la vida diaria, aunque a nivel anecdótico si se refirieron ciertas mejorías (Gropper et al., 2014). Una explicación posible a la diferencia en los resultados de ambos trabajos pudiera obedecer al hecho de que, en el programa aquí desarrollado, además del entrenamiento por computadora, se consideró el entrenamiento en actividades de la vida diaria (teniendo como referencia los reactivos del BRIEF-A en los que el paciente reportó dificultades), es decir, se llevó a cabo un tratamiento más ecológico.

Registro conductual

1.- “Número de pertenencias que el paciente extravía o no encuentra de forma inmediata”

La mejoría en esta conducta es un resultado que es concordante con lo reportado en otra investigación similar dirigida a trabajar diferentes aspectos relacionados con la organización del espacio, por medio de diferentes estrategias, entre la que destacó que los pacientes hicieran subdivisiones en su espacio físico para ciertas pertenencias específicas, de modo que su ubicación fuera más accesible para el paciente (Solanto et al., 2008).

2.- “Número de comentarios y conductas impulsivas”

La investigación indica que para que exista una mejoría en las habilidades de un paciente con TDAH, el tratamiento se debe enfocar en primera instancia en promover y fortalecer el autocontrol (Manos, 2013). Por lo que un factor que pudo haber contribuido a la mejoría en esta conducta es que en un inicio se trabajó la inhibición con el paciente, de modo que él pudiera privilegiar lo que acontece a largo plazo y no en el plazo inmediato, es decir, desarrollando en él la capacidad cognitiva de demora y de reflexión, que le pudo permitir analizar la situación, considerar las opciones, planificar qué pasos ejecutar y después llevarlo a la acción; situación que se evidenció cuando relató que de esta forma evitó discusiones verbales con vecinos, familiares y gente en general de su medio familiar y social.

3.- “Número de minutos de sostén atencional”

En relación con esta conducta el paciente logró tener un aumento en el tiempo de atención sostenida que puede tener (habiendo un aumento de 16 minutos), dicha situación parece obedecer al trabajo continuo realizado a través del tiempo, aumentando gradualmente los periodos atencionales frente a un estímulo escrito (un texto) y frente a un estímulo audiovisual (un video). Estos resultados son concordantes con los resultados de

un reporte de estudios de casos en pacientes con TDAH, en donde se elaboró un protocolo de intervención breve derivado de un programa de TCC protocolizado, en el que los tres participantes redujeron niveles de inatención (Eddy et al., 2015). En este mismo sentido, toma relevancia lo indicado por la literatura científica, en donde se establece que, para el profundo desarrollo de nuevos hábitos y rutinas en el adulto con TDAH, se requiere de una repetición sumamente constante de dichas actividades con el paso del tiempo (Solanto et al., 2007).

4.- “Reducir el número de actividades y órdenes dadas por un tercero que se olvidó realizar”

En relación con esta conducta existió una disminución importante (de 28 a 5 ocasiones). Lo anterior se pudo deber en parte a que el paciente se habituó a tener y hacer uso de una pluma y papel que llevaba consigo en su cartera todo el día, en donde anotaba los pendientes, encargos o ideas personales que iban presentándose en su día a día, situación que permitió comprobar que el contar con recursos externos, favorece el registro de información y posterior evocación de información de la memoria, estrategia que la literatura científica recomienda en pacientes con TDAH (Ramsay & Rostain, 2009).

5.- “Número promedio de horas dormidas durante la noche y sensación de descanso tras dormir durante la noche”

Respecto a estas dos conductas relacionadas al sueño, conviene tener presente el vínculo existente entre sueño-TDAH, en donde existe una relación bidireccional que requiere atención puntual, ya que un sueño pobre va en detrimento de la sintomatología de este trastorno, y el hiperarousal propio del TDAH puede impedir que exista un sueño de buena calidad (Pallanti & Salerno, 2020). Lo reportado por dichos autores sugiere que la mejoría aquí registrada en el sueño pudo haber contribuido a las mejorías en otras áreas

cognitivas y conductuales contempladas del programa. En relación con el aumento en el número de horas de sueño promedio del paciente, es relevante mencionar que se pudo deber a la eficiencia del sueño alcanzada en las últimas 2 semanas del tratamiento, con una eficiencia del sueño promedio de 84.5%; en donde a partir de 85% en adelante se considera como un valor aceptable (Perlis et al., 2005). Esto en conjunto con el resto de las estrategias de la TCC-i trabajadas pudo haber contribuido a la mejoría en esta área de la salud del sueño. Dicho resultado va en la misma línea de lo reportado en un estudio en el que pacientes con TDAH tratados bajo la TCC-i, evaluados por medio de un cuestionario en torno al insomnio, obtuvieron una mejoría de 4.5 puntos en el post tratamiento y de 6.8 puntos a los 3 meses de finalizada la intervención (Jernelov et al., 2019).

Es pertinente mencionar que aun cuando las mejorías obtenidas en esta área hayan sido relativamente pequeñas (dormir 50 minutos más por noche o percibir la misma sensación de descanso que se tenía antes del tratamiento), esto parece tener gran relevancia. En especial considerando que el paciente adquirió el hábito de realizar diferentes conductas para favorecer el sueño, entre las que destaca no hacer uso de su teléfono celular en su cama durante 30 minutos antes de ir a la cama y, dirigirse a ella a la 1:30 am, horario que contrasta al registrado en el inicio (3:00 am aproximadamente). Esta situación es común de acuerdo con la literatura científica, en donde pacientes con TDAH normalmente se dirigen a su cama entre la 1-3 am. (Kooij, 2013). A su vez tienen muchas dificultades para despertarse, situación que disminuyó en el paciente puesto que ahora demora en promedio 15 minutos para levantarse de la cama, a diferencia de las ocasiones en las que demoraba entre 45 minutos y 1 hora para pararse. Los resultados de este trabajo igual adquieren relevancia considerando que estudios indican que la tendencia a nivel general es que hay un incremento del insomnio en la población en esta época de pandemia, habiendo aumentos considerables en dos medidas: 1.- puntajes en escalas de autorreporte

que dan cuenta de este problema de sueño (Wang et al., 2021) y 2.- aumento en el número de búsquedas en Google en relación con el insomnio (Zitting et al., 2020).

Calidad de vida

En el caso de la calidad de vida, los resultados obtenidos en este trabajo indican que, aunque no fue clínica o estadísticamente significativa respecto a los controles, existió una disminución en la calidad de vida del paciente después del tratamiento. Ya que la evaluación inicial se llevó a cabo previo a la crisis sanitaria actual, una explicación posible a esta situación es que la percepción del paciente respecto a su calidad de vida pudo haberse visto afectada por la pandemia ocasionada por COVID-19, y la subsecuente cuarentena y aislamiento social, medidas recomendadas por las autoridades sanitarias para disminuir el riesgo de contagio. Dicho fenómeno fue reportado en un estudio que incluyó a 157 adultos jóvenes latinoamericanos de entre 18-28 años de edad evaluados antes y después del confinamiento, quienes reportaron una disminución en su calidad de vida (Guzmán-Muñoz et al., 2021).

Sintomatología psiquiátrica comórbida

Un estudio encontró que durante la pandemia ha existido un aumento en la sintomatología de ansiedad y depresión entre la población (Wang et al., 2021); esto pudiera ir en la misma línea de lo reportado por el paciente en las sesiones dirigidas a la reestructuración cognitiva, en donde él manifestó pensamientos relacionados con no ser alguien quien tuviese grandes logros a destacar en su historia de vida, lo que pudo haber contribuido a que tuviera un sentimiento de baja autoestima en ocasiones. Aunado a la situación actual que parece relacionarse con el incremento en problemas afectivos, de acuerdo con la literatura científica esto es común en pacientes con TDAH, ya que se ha encontrado una predisposición importante a desarrollar sintomatología depresiva como

consecuencia de los obstáculos han encontrado para lograr sus objetivos académicos, laborales y personales en el corto y largo plazo (Marks et al., 2001). Sin embargo, el trabajo de reestructuración cognitiva ayudó a promover la modificación de pensamientos negativos, con resultados que fueron favorables en otra área considerada en este trabajo, que fue la de sintomatología psiquiátrica comórbida, concretamente relacionada a Ansiedad, Depresión y Rasgos límite, escalas clínicas del PAI en donde los puntajes ya no se encontraron fuera de la media en relación con el grupo control. Otro factor que también pudo haber contribuido a dicha mejoría es el hecho de que el tratamiento eficaz de los síntomas de TDAH también ayuda a disminuir la sintomatología psiquiátrica comórbida que está presente (Kessler et al., 2006); esto igual es establecido en una revisión en la que se afirma la terapia cognitivo conductual dedicada al TDAH en adultos (que incluye los componentes de la reestructuración cognitiva y el de habilidades en solución de problemas), ha demostrado efectividad para el tratamiento de sintomatología depresiva y ansiosa (Cuijpers et al., 2016, Cuijpers et al., 2018). Mas aun, análisis estadísticos de regresión incluidos en esta misma revisión mostraron que el tamaño del efecto en el tratamiento de los síntomas centrales del TDAH predijo de forma significativa las medidas de depresión y ansiedad; lo cual sugiere que los síntomas afectivos pudieran estar mediados por aquellos primarios al TDAH, y que la mejoría en los síntomas del TDAH promueve una reducción en la sintomatología afectiva asociada. En el caso del paciente, lo anterior pudiera ser una explicación parcial, ya que él afirma empezó a presentar sintomatología depresiva antes de que se presentara o se detectaran los déficits propios del TDAH; sin embargo, es relevante mencionar que las dificultades diarias que experimenta pudieran a su vez contribuir para que presente ciertos pensamientos irracionales en ocasiones. Es importante recalcar que, si bien el paciente ya no presentó diferencias significativas respecto a los controles en la evaluación post-intervención respecto a las escalas de síntomas depresivos, ansiosos y rasgos límite, y sus puntuaciones son inferiores en todas las escalas respecto a la

evaluación pre-intervención, las escalas de Rasgos límite e Ideación suicida siguen presentando una puntuación T que es considerada de relevancia clínica acorde al manual de la prueba (puntuación T >65). Esto sugiere que, aunque el paciente reporta mejoría, sigue presentando síntomas psicopatológicos.

Regulación emocional

Se pudo constatar que el paciente fue capaz de modificar ligeramente algunas cogniciones que se asocian con la disregulación emocional (Aceptación, Refocalizar en planes y Rumiación), esto aun y cuando sus puntajes no eran clínicamente significativos en comparación con el grupo control en la evaluación pretratamiento; sin embargo, es necesario que el trabajo de reestructuración cognitiva, en el marco de la terapia cognitivo conductual, continúe a través del tiempo, ya que se ha encontrado que los pacientes TDAH presentan problemas crónicos para manejar de buena forma situaciones con una carga emocional importante (Brown, 2010; Hirsch et al., 2018); en el caso del paciente, el trabajo realizado contribuyó al desarrollo de patrones de pensamiento adaptativos con los cuales se aumentó la probabilidad de un mayor control cognitivo y conductual en situaciones con un alta carga emocional. Sin embargo, existe un patrón de pensamiento, la catastrofización, que no se vio modificado en dirección favorable, sino que incluso aumentó su frecuencia. Esto va en el mismo sentido que un estudio que concluye que en el TDAH dichas cogniciones juegan un papel importante en la disregulación emocional, especialmente cuando existe comorbilidad con trastorno límite de la personalidad (Rufenacht et al., 2019); en el caso de este último trastorno, si bien el paciente no tiene el diagnóstico, si presenta rasgos del mismo; aunque como se evidenció, el paciente consiguió disminuir puntajes de esta subescala en el inventario PAI.

Comparación con otros programas de rehabilitación en adultos con TDAH

Las mejorías y los hallazgos antes descritos son similares a los reportados en programas con un enfoque cognitivo conductual en formato grupal, igualmente integrados por módulos dirigidos a enseñar al paciente como aplicar de forma consistente estrategias de afrontamiento a nivel conductual y cognitivo, en donde se reportaron mejorías significativas en síntomas de TDAH, del funcionamiento ejecutivo y del funcionamiento a nivel general (Solanto et al., 2008; Solanto et al., 2010; Stevenson et al., 2002; Virta et al., 2008;), mientras que bajo un formato de caso único también se obtuvieron resultados significativos en medidas relacionadas a los síntomas centrales del TDAH, funcionamiento ejecutivo y en el funcionamiento a nivel general; así como en sintomatología depresiva y ansiosa (Ramsay & Rostain, 2011; Rostain & Ramsay, 2006; Safren et al., 2005; Safren et al., 2010). En este mismo formato, un trabajo de investigación que igualmente adaptó un programa de rehabilitación TCC implementado a un paciente adulto con TDAH durante 12 sesiones, también reportó que los síntomas del trastorno disminuyeron al final del tratamiento, esto se pudo observar también a través de escalas de autorreporte del funcionamiento ejecutivo y de calidad de vida (Puente & Mitchell, 2016).

Otro hallazgo de este estudio que coincide con lo que estudios han encontrado respecto a las variables que ejercen una influencia positiva en el tratamiento, es el de la importancia de la psicoeducación; en el caso del paciente, lo expresado por él en relación a que ahora tenía una mayor comprensión sobre las causas que sibiycen a ciertos comportamientos de su parte, es de gran relevancia, ya que la investigación afirma que es importante enseñarle al paciente sobre la naturaleza del trastorno que presenta, de modo que tenga mayor adherencia terapéutica (Ramsay & Rostain, 2007), dándole a conocer que si bien la conducta desadaptativa que presenta en su vida diaria es el resultado de una condición neurobiológica, también es un hecho que se puede aspirar a cambiar conductas

y cogniciones en cierta medida si se recibe el tratamiento adecuado. Lo anterior pudo haber contribuido a un mayor compromiso de parte del paciente a lo largo del problema.

Otros hallazgos de este estudio que conviene discutir pero que no van en la misma línea de lo que la literatura científica refiere, es el hecho de que la naturaleza del trastorno hace que los pacientes tengan problemas para seguir el curso de una intervención TCC, como lo es atender a las sesiones de forma regular y en tiempo, y completando las tareas asignadas (Knouse & Safren, 2013); dicha situación no se presentó en mayor medida en el paciente, en las 20 sesiones se presentó de forma puntual o con 5-10 minutos de retraso en la mayoría de ellas, y completó las tareas que le fueron indicadas en la mayoría de las ocasiones dentro del tiempo establecido o bien de forma extemporánea. Esta misma obra señala que las dificultades de los pacientes para evocar el contenido de sesiones pasadas y para tener en mente las habilidades y conceptos cuando son necesarios y aplicables en la vida diaria, pudieran ser también factores en contra para esta población clínica; debido a lo anterior parece razonable que el paciente se beneficiara de hacer uso de una agenda, en donde se registró cada una de las estrategias trabajadas (con un breve título y un resumen concreto), esto fomentó lograra evocar en mayor medida cada elemento del programa cuando se le interrogaba que se había trabajado anteriormente. En suma, a estas preguntas dirigidas al paciente, también se asignaron ciertas tareas entre sesiones, en donde si bien comenta le fueron de ayuda, también las percibió en cierta medida como actividades propias de la vida académica. Esto va en la misma dirección de lo reportado en otro estudio, en el que algunos pacientes con TDAH refirieron sentir en ocasiones que esta dinámica era característica de sus años escolares, en las que continuamente se les asignaba tareas (Morgensterns et al., 2016). Resulta entonces importante hacerle saber a los pacientes que las tareas tienen como objetivo que se habitúen a poner en práctica la estrategia, en primera instancia recibiendo asignaciones que habrán de entregar a sus

terapeutas, de modo que en un futuro cuando el programa concluya, sean capaces de llevarlas a cabo sin la necesidad de tener motivación externa.

Finalmente destacar que, a pesar de que los resultados obtenidos en cierta medida hayan sido favorables, estos fueron obtenidos a través de medidas de autoreporte; y justamente este es un aspecto que ha limitado el entendimiento de los efectos que las intervenciones psicosociales tienen en el TDAH, por lo que se ha sugerido que también se cuente con fuentes externas de información, que den cuenta de las mejorías o en su caso, de los retrocesos en el paciente, como lo pueden ser compañeros de clase, del trabajo, figuras de autoridad, etc. (Manos, 2013), en este caso existió una consulta hacia la mamá del paciente, quien sí apreció ciertas mejorías en su hijo, principalmente en relación con la planificación y cumplimiento de sus actividades diarias.

Comparación con otros programas de telerrehabilitación

Los resultados obtenidos tras la aplicación del programa de telerrehabilitación en medidas de atención y funcionamiento ejecutivo van en la misma línea de intervenciones con pacientes con TCE y déficits en tareas atencionales, ejecutivas y de disregulación emocional (Ng et al., 2013; Tsaousides et al., 2014), habiendo mejorías y un grado de satisfacción alto con esta modalidad en pacientes incluidos en dichos trabajos y en el caso del paciente de este programa; de esta forma se pudo constatar que dicha modalidad de trabajo representa un enfoque terapéutico de gran ayuda para el paciente con TDAH, tal como un estudio señala (Palmer et al., 2010), ya que se pueden conseguir mejorías aun si no se cuenta con la posibilidad de trabajar de manera presencial.

Existen algunas limitaciones en este estudio de caso. Especialistas recomiendan que a lo largo del programa, se realicen evaluaciones continuas tanto de manera formal como informal (Knouse & Safren, 2013), en este programa se llevó a cabo a través de

diarios del sueño en el módulo de sueño, en el resto de los módulos la evaluación se llevó a cabo en la línea base y tras la conclusión del programa, por lo que sería conveniente incorporar estos récords en futuros tratamientos, de modo que el paciente y el terapeuta tengan mayor conocimiento sobre el éxito que el programa pudiera estar teniendo, promoviendo que haya una autoevaluación en el paciente, y así se hagan cambios a tiempo en caso de que haya algún problema o situación a resolver en ese momento.

A su vez, la literatura científica señala que el TDAH, al ser un trastorno complejo del neurodesarrollo, aun con un tratamiento combinado de tipo farmacológico-psicosocial, requiere de un periodo de tiempo extendido durante la fase de tratamiento e incluso después del mismo, de modo que se pueda volver rutinaria la implementación de las estrategias de afrontamiento (Ramsay, 2015). En este caso, el paciente no se encontraba bajo un esquema farmacológico para el TDAH ni se llevó a cabo un tratamiento de duración extendida, ya que la literatura señala que en casos con comorbilidades el tratamiento normalmente comprende 12-18 meses (Kooij, 2013). Posiblemente en caso de que ambas condiciones se hubieran llevado a cabo, los resultados obtenidos pudieran haber sido significativos en algunas de las medidas de desenlace que no mostraron cambios en mayor medida; sin embargo, se pudo constatar que se pueden obtener ciertas mejorías significativas aun si no se cuenta con estas dos condiciones presentadas.

Capítulo 5: Conclusión

El programa de telerrehabilitación neuropsicológica demostró eficacia ya que ayudó a que el adulto joven tuviera una mejoría en actividades de su funcionamiento diario, esto a través del trabajo de estrategias de la terapia cognitivo conductual, estrategias compensatorias, de modificación conductual, entrenamiento en habilidades cognitivas específicas y estrategias de sueño; lo que a su vez contribuyó a que existiera

una disminución en sintomatología psiquiátrica relacionada con depresión, ansiedad, trastorno límite de personalidad e ideación suicida.

Los resultados obtenidos en este estudio corroboran que el desarrollo y aplicación de programas de rehabilitación neuropsicológica representan una opción terapéutica para el paciente con TDAH en caso de que no exista el abordaje farmacológico. Sin embargo, en caso de que estuvieran disponibles ambas líneas de tratamiento, lo más benéfico para el paciente sería poder contar con ambas, ya que un abordaje terapéutico multimodal es el que la evidencia científica señala tiene mejores resultados (Edel et al., 2017; Yáñez, 2016), en el que la medicación contribuiría con los síntomas centrales, y el abordaje psicosocial con la sintomatología residual (por ejemplo: desarrollo de habilidades de planificación, jerarquización de actividades, manejo del tiempo, organización del espacio, autoestima, habilidades sociales, maximización de la atención y motivación con ciertas estrategias de afrontamiento, etc.). Es decir, el tratamiento integral y eficiente involucraría la selección apropiada del fármaco, la dosis correcta y la integración de una terapia de tipo conductual/psicosocial, en conjunto con otros apoyos (Voeller, 2004).

Se considera que el programa de rehabilitación aquí desarrollado pudiera ser de ayuda para otros profesionales de la salud mental en el diseño y aplicación de sus programas de tratamiento, de modo que un mayor número de pacientes con este padecimiento puedan verse beneficiados, puesto que existe una cantidad considerable de pacientes que no han tenido la oportunidad de estar en contacto con este tipo de intervenciones; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos, realizada en el 2006, únicamente un 11% de los sujetos identificados con el trastorno había recibido tratamiento especializado en los 12 meses previos (Kessler et al., 2006); en Latinoamérica, se estima que existen al menos 36 millones de personas con TDAH, pero menos de una cuarta parte se encuentra bajo tratamiento multimodal, solo el 23% tiene

apoyo terapéutico psicosocial y 7% tiene tratamiento farmacológico (Palacio et al., 2010). Por tanto, el TDAH al tener importantes implicaciones en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico, obliga a la formación de especialistas en TDAH con población adulta, de modo que se diseñen e implementen tratamientos que demuestren eficacia y que con ello logren disminuir el impacto que viven los pacientes a nivel individual, familiar y social.

Referencias

- Adler, L. D., & Nierenberg, A. A. (2010). Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgraduate medicine*, 122(1), 184–191.
<https://doi.org/10.3810/pgm.2010.01.2112>
- Advokat C. (2010). What are the cognitive effects of stimulant medications? Emphasis on adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 34(8), 1256–1266. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.03.006>
- Aguilar, A., Eubig, P. A., & Schantz, S. L. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder: a focused overview for children's environmental health researchers. *Environmental health perspectives*, 118(12), 1646–1653. <https://doi.org/10.1289/ehp.1002326>
- Aguirre, S. y Nicollni, H. (2005). El gen receptor a dopamina D4 y su asociación con los trastornos mentales. *Revista de Investigación Clínica*. 57(1):65-75 Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000100008
- Amador, J., Forns, M & González, M (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Editorial Síntesis.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing

- Anastopoulos, A. D., Smith, T. F., Garrett, M. E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N. K., Sommer, J. L., Kollins, S. H., & Ashley-Koch, A. (2011). Self-Regulation of Emotion, Functional Impairment, and Comorbidity Among Children With AD/HD. *Journal of attention disorders*, 15(7), 583–592. <https://doi.org/10.1177/1087054710370567>
- Anderson P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child neuropsychology: a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, 8(2), 71–82. <https://doi.org/10.1076/chin.8.2.71.8724>
- Arango, J. C., Wilson, A. B., & Landa, O. L. (2020). *Principios de rehabilitación neuropsicológica*. Editorial El Manual Moderno.
- Arnsten, A. F., & Pliszka, S. R. (2011). Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 99(2), 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2011.01.020>
- Asherson, P., Kuntsi, J., & Taylor, E. (2005). Unravelling the complexity of attention-deficit hyperactivity disorder: a behavioural genomic approach. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 187, 103–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.103>
- Aston-Jones, G., & Bloom, F. E. (1981). Activity of norepinephrine-containing locus coeruleus neurons in behaving rats anticipates fluctuations in the sleep-waking cycle. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 1(8), 876–886. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.01-08-00876.1981>
- Attarian, H. P. (2018). *Clinical Handbook of Insomnia (3rd Softcover Reprint of the Original 3rd 2017 ed.)*. Springer.

- Banaschewski, T., Jennen-Steinmetz, C., Brandeis, D., Buitelaar, J. K., Kuntsi, J., Poustka, L., Sergeant, J. A., Sonuga-Barke, E. J., Frazier-Wood, A. C., Albrecht, B., Chen, W., Uebel, H., Schlotz, W., van der Meere, J. J., Gill, M., Manor, I., Miranda, A., Mulas, F., Oades, R. D., Roeyers, H., ... Asherson, P. (2012). Neuropsychological correlates of emotional lability in children with ADHD. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(11), 1139–1148. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02596.x>
- Barbarese, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, 131(4), 637–644. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2354>
- Barkley R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley R. A. (2010). Differential diagnosis of adults with ADHD: the role of executive function and self-regulation. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(7), e17. <https://doi.org/10.4088/JCP.9066tx1c>
- Barkley, R. (2006) *Attention deficit-hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1999). Response inhibition in attention-deficit hyperactivity disorder. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 177-184 [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2779\(1999\)5:3<177::AID-MRDD3>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2779(1999)5:3<177::AID-MRDD3>3.0.CO;2-G)
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.

- Barkley, R. A., & Brown, T. E. (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS spectrums*, 13(11), 977–984. <https://doi.org/10.1017/s1092852900014036>
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 503–513. <https://doi.org/10.1097/00004583-201005000-00011>
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 25(3), 157–173. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq014>
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2>
- Barkley, R., Murphy, K., & Fisher, M. (2008). *ADHD in adults. What the science says*. The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2015). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 4th ed.* Guilford Publications.
- Barkley, R.A. (2018) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Self-Regulation: Taking an Evolutionary Perspective on Executive Functioning En Baumeister, R., & Vohs, K. (2018). *Handbook of self-regulation*. The Guilford Press.

- Beck A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *The American journal of psychiatry*, 165(8), 969–977.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Benaiges, I. (2013). *Cognitive Functioning and Quality of Life in Patients with Dual Diagnosis*.
Universidad de Barcelona.
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., et al. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426–434. DOI:[10.1097/CHI.0b013e31816429d3](https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429d3)
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *The American journal of psychiatry*, 157(5), 816–818.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.816>
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Doyle, A. E., Mick, E., Aleardi, M., Monuteaux, M. C., Seidman, L. J., Spencer, T., Faneuil, A. R., Holmes, L., & Faraone, S. V. (2008). Utility of an abbreviated questionnaire to identify individuals with ADHD at risk for functional impairments. *Journal of Psychiatric Research*, 42(4), 304–310.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.12.004>
- Bogdanova, Y., Yee, M. K., Ho, V. T., & Cicerone, K. D. (2016). Computerized Cognitive Rehabilitation of Attention and Executive Function in Acquired Brain Injury: A Systematic Review. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 31(6), 419–433.
<https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000203>
- Bombín González, I., Cifuentes Rodríguez, A., Climent Martínez, G., Luna Lario, P., Cardas Ibáñez, J., Tirapu Ustároz, J., & Díaz Orueta, U. (2014). Validez ecológica y entornos

multitarea en la evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 59(02), 77.
<https://doi.org/10.33588/rn.5902.2013578>

Boonstra, A. M., Oosterlaan, J., Sergeant, J. A., & Buitelaar, J. K. (2005). Executive functioning in adult ADHD: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 35, 1097–1108.
 DOI:10.1017/S003329170500499X.

Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 12(5), 434–441. <https://doi.org/10.1177/1087054708314596>

Brickenkamp, R. (2004). *d2 Test de atención*. TEA Ediciones.

Brod, M., Johnston, J., Able, S., & Swindle, R. (2006). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 15(1), 117–129. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-8325-z>

Brophy, K., Hawi, Z., Kirley, A., Fitzgerald, M., & Gill, M. (2002). Synaptosomal-associated protein 25 (SNAP-25) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): evidence of linkage and association in the Irish population. *Molecular psychiatry*, 7(8), 913–917.
<https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001092>

Brown, T. E. (1996). *Attention-Deficit Disorder Scales: Manual*. The Psychological Corporation.

Brown, T. E. (2006). *Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Masson.

Brown, T. E. (2010). *Comorbilidades del TDAH. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. MASSON.

- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R., & Schacter, D. L. (2008). *The brain's default network: Anatomy, function, and relevance to disease*. En A. Kingstone & M. B. Miller (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 1124. The year in cognitive neuroscience 2008* (p. 1–38). Blackwell Publishing.
- Bush G. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder and attention networks. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1), 278–300. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.120>
- Bush, G., Valera, E. M., & Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological psychiatry*, 57(11), 1273–1284. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.034>
- Butzbach, M., Fuermaier, A. B. M., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Tucha, L., & Tucha, O. (2019). Basic processes as foundations of cognitive impairment in adult ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 126(10), 1347–1362. <https://doi.org/10.1007/s00702-019-02049-1>
- Buyse D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9–17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
- Cardo Jalón, E., Servera Barceló, M., & Llobera Cánaves, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44(01), 10. <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2005475>
- Castellanos, F. X., & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal-striatal model. *Trends in cognitive sciences*, 16(1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.007>
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., Walter, J. M., Zijdenbos, A., Evans, A. C.,

- Giedd, J. N., & Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288(14), 1740–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1740>
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N., & Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(8), 878–885. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12164>
- Chao, C., Gau, S. S., Mao, W., Shyu, J., Chen, Y., & Yeh, C. (2008). Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(4), 421-426. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01830.x>
- Clements, S. (1966) *Minimal Brain Dysfunction in Children: terminology and identification: phase one of a three-phase project*. U. S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Cockburn, J., Collins, A., & Frank, M. (2014). A Reinforcement Learning Mechanism Responsible for the Valuation of Free Choice. *Neuron*, 83(3), 551–557. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.06.035>
- Conde, C. et al. (2021). *Guía para la Evaluación Neuropsicológica del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Consorcio en neuropsicología. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/guia_evaluacion_neuropsicologica_tdah.pdf
- Cortese S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. *European journal of pediatric neurology: EJPN: official journal of the European Paediatric Neurology Society*, 16(5), 422–433. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2012.01.009>

- Cortese, S., Holtmann, M., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Graham, J., Taylor, E., Sergeant, J., & European ADHD Guidelines Group (2013). Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(3), 227–246. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12036>
- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *The American journal of psychiatry*, 169(10), 1038–1055. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101521>
- Costa Dias, T. G., Wilson, V. B., Bathula, D. R., Iyer, S. P., Mills, K. L., Thurlow, B. L., Stevens, C. A., Musser, E. D., Carpenter, S. D., Grayson, D. S., Mitchell, S. H., Nigg, J. T., & Fair, D. A. (2013). Reward circuit connectivity relates to delay discounting in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 23(1), 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.10.015>
- Crawford, J.R. & Howell, D. C. (1998) Comparing an Individual's Test Score Against Norms Derived from Small Samples. *The Clinical Neuropsychologist*, 12:4, 482-486
DOI:10.1076/clin.12.4.482.7241
- Crawford, J.R. Garthwaite, P.H. & Porter S. (2010) Point and interval estimates of effect sizes for the case-controls design in neuropsychology: Rationale, methods, implementations, and proposed reporting standards, *Cognitive Neuropsychology*, 27:3, 245-260. DOI: [10.1080/02643294.2010.513967](https://doi.org/10.1080/02643294.2010.513967)

- Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 381, 1371–1379. DOI:10.1016/S0140-6736(12)62129-1
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15, 245-258. DOI:[10.1002/wps.20346](https://doi.org/10.1002/wps.20346)
- Cuijpers, P., de Wit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D.D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *European Psychiatry*, 48, 27-37. DOI: [10.1016/j.eurpsy.2017.11.006](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.11.006)
- Culbertson, W. & Zillmer, E. (1999). *Tower of London*. Drexel University MHS.
- Da Fonseca, D., Segquier, V., Santos, A., Poinso, F., & Deruelle, C. (2009). Emotion understanding in children with ADHD. *Child psychiatry and human development*, 40(1), 111–121. <https://doi.org/10.1007/s10578-008-0114-9>
- Davids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 29(6), 865–877. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.04.033>
- De la Peña Olvera, Francisco, & Palacio Ortiz, Juan David, & Barragán Pérez, Eduardo (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*, 8(1),93-98. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56216305009>
- Del Campo, N., Chamberlain, S. R., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2011). The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-

deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 69(12), e145–e157.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.036>

Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., Baldursson, G., Belliveau, R., Bybjerg-Grauholm, J., Bækvad-Hansen, M., Cerrato, F., Chambert, K., Churchhouse, C., Dumont, A., Eriksson, N., Gandal, M., Goldstein, J. I., Grasby, K. L., Grove, J., Gudmundsson, O. O., ... Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature genetics*, 51(1), 63–75. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7>

Devins G. M. (1994). Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Advances in renal replacement therapy*, 1(3), 251–263. [https://doi.org/10.1016/s1073-4449\(12\)80007-0](https://doi.org/10.1016/s1073-4449(12)80007-0)

Devinski, O. (1992). *Behavioural Neurology*. Edward Arnold.

Dickstein, S. G., Bannon, K., Castellanos, F. X., & Milham, M. P. (2006). The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: an ALE meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47(10), 1051–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01671.x>

Dopheide, J. A., & Pliszka, S. R. (2009). Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update. *Pharmacotherapy*, 29(6), 656–679. <https://doi.org/10.1592/phco.29.6.656>

Doyle A. E. (2006). Executive functions in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67 Suppl 8, 21–26. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16961426/>

Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive schemas, beliefs, and assumptions*. En K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 121–143).

- Dresler, T., Ehlis, A. C., Heinzl, S., Renner, T. J., Reif, A., Baehne, C. G., Heine, M., Boreatti-Hümmer, A., Jacob, C. P., Lesch, K. P., & Fallgatter, A. J. (2010). Dopamine Transporter (SLC6A3) Genotype Impacts Neurophysiological Correlates of Cognitive Response Control in an Adult Sample of Patients with ADHD. *Neuropsychopharmacology*, 35(11), 2193–2202. <https://doi.org/10.1038/npp.2010.91>
- Durston, S., van Belle, J., & de Zeeuw, P. (2011). Differentiating frontostriatal and fronto-cerebellar circuits in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 69(12), 1178–1184. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.07.037>
- Eddy, L. D., Canu, W. H., Broman-Fulks, J. J., & Michael, K. D. (2015). Brief cognitive behavioral therapy for college students with ADHD: A case series report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 127–140. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.005>
- Edel, M. A., Hölter, T., Wassink, K., & Juckel, G. (2017). A comparison of mindfulness-based group training and skills group training in adults with ADHD: An open study. *Journal of Attention Disorders*, 21(6), 533–539. <https://doi.org/10.1177/1087054714551635>.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child development*, 75(2), 334–339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x>
- Ek, U., Westerlund, J. & Fernell, E. (2013). General versus executive cognitive ability in pupils with ADHD and with milder attention problems. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9:163168. <https://doi.org/10.2147/NDT.S39687>
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology bulletin*, 29(2), 321–326. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8290681/>

Evans, D. (2005). *Treating And Preventing Adolescent Mental Health Disorders*. Oxford University Press.

Faraone, S. V., & Biederman, J. (2000). Nature, Nurture, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review*, 20(4), 568–581. <https://doi.org/10.1006/drev.2000.0515>

Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 10(2), 299–ix. DOI: [10.1016/s1056-4993\(18\)30059-2](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(18)30059-2)

Faraone, S. V., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(1), 159–180. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.12.004>

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., 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., Biederman, J., Spencer, T. J., & Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *MedGenMed : Medscape general medicine*, 8(4), 4. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17415287/>

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313–1323. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>

Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., & Newcorn, J. H. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity

disorder - implications for clinical recognition and intervention. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(2), 133–150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>

Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M., & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 190, 402–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034389>

Fernández Perrone, A. L., Martín Fernández-Mayoralas, D., & Fernández Jaén, A. (2013). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: del tipo inatento al tipo restrictivo. *Revista de Neurología*, 56(S01), 77. <https://doi.org/10.33588/m.56s01.2012651>

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857–870. DOI:[10.1037/h0035605](https://doi.org/10.1037/h0035605).

Fischer, A. G., Bau, C. H., Grevet, E. H., Salgado, C. A., Victor, M. M., Kalil, K. L., Sousa, N. O., Garcia, C. R., & Belmonte-de-Abreu, P. (2007). The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *Journal of psychiatric research*, 41(12), 991–996. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.09.008>

Flores, J. Ostrosky, F. & Lozano, A. (2015). *Batería Neuropsicológica de Funciones ejecutivas y Lóbulos Frontales BANFE-2*. Manual Moderno.

Fossati, A., Gratz, K. L., Borroni, S., Maffei, C., Somma, A., & Carlotta, D. (2015). The relationship between childhood history of ADHD symptoms and DSM-IV borderline personality disorder features among personality disordered outpatients: the moderating role of gender and the mediating roles of emotion dysregulation and impulsivity. *Comprehensive psychiatry*, 56, 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.023>

- Frank, M. J., Scheres, A., & Sherman, S. J. (2007). Understanding decision-making deficits in neurological conditions: insights from models of natural action selection. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 362(1485), 1641–1654. <https://doi.org/10.1098/rstb.2007.2058>
- Friedman, L. A., & Rapoport, J. L. (2015). Brain development in ADHD. *Current opinion in neurobiology*, 30, 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2014.11.007>
- Furczyk, K., & Thome, J. (2014). Adult ADHD and suicide. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 6(3), 153–158. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0150-1>
- Galicia, O. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Manual Moderno
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)
- Gathje, R. A., Lewandowski, L. J., & Gordon, M. (2008). The role of impairment in the diagnosis of ADHD. *Journal of attention disorders*, 11(5), 529–537. <https://doi.org/10.1177/1087054707314028>
- Gilbert, D. L., Isaacs, K. M., Augusta, M., Macneil, L. K., & Mostofsky, S. H. (2011). Motor cortex inhibition: a marker of ADHD behavior and motor development in children. *Neurology*, 76(7), 615–621. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31820c2ebd>
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of Adolescents Who Report Very High Life Satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 311–319. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9036-7>
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Retzlaff, P. D., & Espy, K. A. (2002). Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a clinical sample. *Child*

neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence, 8(4), 249–257. <https://doi.org/10.1076/chin.8.4.249.13513>

Gjervan, B., & Nordahl, H. M. (2010). The Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL): A new disease specific measure for assessment of ADHD. *Nordic Psychology*, 62(1), 24–36. <https://doi.org/10.1027/1901-2276/a000003>

Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. M., & Rasmussen, K. (2012). Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 16(7), 544–552. <https://doi.org/10.1177/1087054711413074>

Gold, M. S., Blum, K., Oscar-Berman, M., & Braverman, E. R. (2014). Low dopamine function in attention deficit/hyperactivity disorder: should genotyping signify early diagnosis in children? *Postgraduate medicine*, 126(1), 153–177. <https://doi.org/10.3810/pgm.2014.01.2735>

Golden C. (2001). *Stroop: Test de colores y palabras*. TEA.

Gómez-Escalonilla, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M y Sánchez, D. (2003). *Cuadernos de terapia Cognitivo- Conductual: Una orientación pedagógica e integradora*. EOS.

Grenwald-Mayes G. (2002). Relationship between current quality of life and family of origin dynamics for college students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of attention disorders*, 5(4), 211–222. <https://doi.org/10.1177/108705470100500403>

Groenman, A. P., Oosterlaan, J., Rommelse, N. N., Franke, B., Greven, C. U., Hoekstra, P. J., Hartman, C. A., Luman, M., Roeyers, H., Oades, R. D., Sergeant, J. A., Buitelaar, J. K., & Faraone, S. V. (2013). Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 203(2), 112–119. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.124784>

Gropper, R. J., Gotlieb, H., Kronitz, R., & Tannock, R. (2014). Working memory training in college students with ADHD or LD. *Journal of attention disorders*, 18(4), 331–345.

<https://doi.org/10.1177/1087054713516490>

Gross, J. (1998). *The emerging field of emotion regulation: An integrative review*. Review of general psychology.

Guzmán-Muñoz, E., Concha-Cisternas, Y., Lira-Cea, C., Vasquez, J., & Castillo- Retamal, M. (2021). Impacto de un contexto de pandemia sobre la calidad de vida de adultos jóvenes.

Revista Cubana de Medicina Militar, 50(2), e0210898. Recuperado de

<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/898/839>

Haber, S. N., & Knutson, B. (2010). The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1), 4–26. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.129>

Hall, D. H., & Queener, J. E. (2007). Self-medication hypothesis of substance use: testing Khantzian's updated theory. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(2), 151-158. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10399873>.

Hamshere, M. L., Langley, K., Martin, J., Agha, S. S., Stergiakouli, E., Anney, R. J., Buitelaar, J., Faraone, S. V., Lesch, K. P., Neale, B. M., Franke, B., Sonuga-Barke, E., Asherson, P., Merwood, A., Kuntsi, J., Medland, S. E., Ripke, S., Steinhausen, H. C., Freitag, C., Reif, A., Thapar, A. (2013). High loading of polygenic risk for ADHD in children with comorbid aggression. *The American journal of psychiatry*, 170(8), 909–916.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081129>

Hamshere, M. L., Stergiakouli, E., Langley, K., Martin, J., Holmans, P., Kent, L., Owen, M. J., Gill, M., Thapar, A., O'Donovan, M., & Craddock, N. (2013a). Shared polygenic contribution between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult schizophrenia. *The*

British journal of psychiatry: the journal of mental science, 203(2), 107–111.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.117432>

Hart, H., Radua, J., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2012). Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 36(10), 2248–2256. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.08.003>

Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2013). Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *JAMA psychiatry*, 70(2), 185–198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.277>

Heaton, R., Chelune, G., Talley, J., Kay, G., et al. (1997). *Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin*. TEA.

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Zalecki, C., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E., & Swanson, E. N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1041–1051. <https://doi.org/10.1037/a0029451>

Hirsch, O., Chavanon, M. L., Riechmann, E., & Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232, 41-47. DOI:[10.1016/j.jad.2018.02.007](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007)

Hirvikoski, T., Lindholm, T., Nordenström, A., Nordström, A. L., & Lajic, S. (2009). High self-perceived stress and many stressors, but normal diurnal cortisol rhythm, in adults with ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder). *Hormones and behavior*, 55(3), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2008.12.004>

- Hoogman, M., Rijpkema, M., Janss, L., Brunner, H., Fernandez, G., Buitelaar, J., Franke, B., & Arias-Vásquez, A. (2012). Current self-reported symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder are associated with total brain volume in healthy adults. *PloS one*, 7(2), e31273. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031273>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2013) Trastorno límite de la personalidad. [Panfleto] <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad/>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(3), 300–307. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.3.300>
- Jernelöv, S., Larsson, Y., Llenas, M., Nasri, B., & Kaldø, V. (2019). Effects and clinical feasibility of a behavioral treatment for sleep problems in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pragmatic within-group pilot evaluation. *BMC psychiatry*, 19(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2216-2>
- Kasperek, T., Theiner, P., & Filova, A. (2015). Neurobiology of ADHD From Childhood to Adulthood: Findings of Imaging Methods. *Journal of attention disorders*, 19(11), 931–943. <https://doi.org/10.1177/1087054713505322>
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

- Kelly, A.M.C., Margulies, D.S. & Castellanos, F.X. (2007). Recent advances in structural and functional brain imaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 9, 401–407 <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0052-4>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*, 163(4), 716–723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M.J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T. Ustun, B. y Walters, E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245–256. DOI: 10.1017/s0033291704002892
- Khantzian E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The American journal of psychiatry*, 142(11), 1259–1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>.
- Klassen, L. J., Katzman, M. A., & Chokka, P. (2010). Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 124(1-2), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.036>
- Knouse, I. & Safren. S. (2013) *Psychosocial treatment for Adult ADHD*. En Surman, C. (2013) *ADHD in Adults: A Practical Guide to Evaluation and Management*: Humana Press.
- Knouse, L. E., Teller, J., & Brooks, M. A. (2017). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(7), 737–750. <https://doi.org/10.1037/ccp0000216>

- Kooij, J. J. S. (2013). *Adult ADHD. Diagnostic assessment and Treatment*. Springer.
- Kooij, J. J., Buitelaar, J. K., van den Oord, E. J., Furer, J. W., Rijnders, C. A., & Hodiament, P. P. (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological medicine*, 35(6), 817–827.
<https://doi.org/10.1017/s003329170400337x>
- Kooij, J. J., Middelkoop, H. A., van Gils, K., & Buitelaar, J. K. (2001). The effect of stimulants on nocturnal motor activity and sleep quality in adults with ADHD: an open-label case-control study. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(12), 952–956.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v62n1206>
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23(1), 4–41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Koziol, L. F., & Budding, D. E. (2009). *Subcortical Structures and Cognition*. Springer Publishing.
- Koziol, L. F., & Stevens, M. C. (2012). Neuropsychological assessment and the paradox of ADHD. *Applied neuropsychology. Child*, 1(2), 79–89.
<https://doi.org/10.1080/21622965.2012.694764>
- Koziol, L., Budding, D., & Chidekel, D. (2013). *ADHD as a model of brain-behavior relationships*. Springer.
- Krause, K. H., Dresel, S. H., Krause, J., Kung, H. F., & Tatsch, K. (2000). Increased striatal dopamine transporter in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder: effects of methylphenidate as measured by single photon emission computed tomography. *Neuroscience letters*, 285(2), 107–110. [https://doi.org/10.1016/s0304-3940\(00\)01040-5](https://doi.org/10.1016/s0304-3940(00)01040-5)

- Krause, K. H., Dresel, S. H., Krause, J., Kung, H. F., Tatsch, K., & Ackenheil, M. (2002). Stimulant-like action of nicotine on striatal dopamine transporter in the brain of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 5(2), 111–113. <https://doi.org/10.1017/S1461145702002821>.
- Lara-Muñoz, C., Herrera-García, S., Romero-Ogawa, T., Torija, L., & García, M. L. (1998). Características psicométricas de la Escala de Evaluación Retrospectiva del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Wender-Utah en español [Psychometric characteristics of the Spanish version of the Wender-Utah Scale of retrospective evaluation of ADHD]. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 26, 165–171
- Lasky-Su, J., Biederman, J., Laird, N., Tsuang, M., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Lange, C., & Faraone, S. V. (2007). Evidence for an Association of the Dopamine D5 Receptor Gene on Age at Onset of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Annals of Human Genetics*, 71(5), 648–659. <https://doi.org/10.1111/j.1469-1809.2007.00366.x>
- Lembke, A. (2012). Time to abandon the self-medication hypothesis in patients with psychiatric disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(6), 524-529. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.694532>
- Levy, F. (1991). The dopamine theory of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25(2), 277–283. <https://doi.org/10.3109/00048679109077746>
- Lezak, M.D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297. <http://doi.org/10.1080/00207598208247445>
- Lezak, M.D. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press.

- Li, J., Wang, Y., Zhou, R., Zhang, H., Yang, L., Wang, B., Khan, S., & Faraone, S. V. (2005). Serotonin 5-HT1B receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder in Chinese Han's subjects. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 132B (1), 59–63. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30075>
- Lopera Lopera, R. E., Rincón Hurtado, A., Vargas González, V., Arbeláez, J. F., Castaño Pérez, G. A., Buitrago Salazar, J. C., & Gaviria Arbeláez, S. (2019). Cognitive impairment in patients with dual pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 18(1), 53-57. <https://doi.org/10.1097/adt.0000000000000150>.
- López-Martín, Sara, Albert, Jacobo, Fernández-Jaén, Alberto, & Carretié, Luis. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología* (Internet), 3(2), 17-29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100003&lng=es&tlng=es.
- Lovejoy, D. W., Ball, J. D., Keats, M., Stutts, M. L., Spain, E. H., Janda, L., & Janusz, J. (1999). Neuropsychological performance of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): diagnostic classification estimates for measures of frontal lobe/executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 5(3), 222–233. <https://doi.org/10.1017/s1355617799533055>
- Makris, N., Biederman, J., Valera, E. M., Bush, G., Kaiser, J., Kennedy, D. N., Caviness, V. S., Faraone, S. V., & Seidman, L. J. (2007). Cortical thinning of the attention and executive function networks in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cerebral cortex* (New York, N.Y: 1991), 17(6), 1364–1375. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhl047>

- Manos M. J. (2013). Psychosocial therapy in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgraduate medicine*, 125(2), 51–64.
<https://doi.org/10.3810/pgm.2013.03.2641>
- Marks, D. J., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2006). Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 216–238. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05781.x>
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. W. W. Norton.
- Matthies, S. D., & Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 3. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-3>
- Mehta, T. R., Monegro, A., Nene, Y., Fayyaz, M., & Bollu, P. C. (2019). Neurobiology of ADHD: A review. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(4), 235-240.
<https://doi.org/10.1007/s40474-019-00182-w>
- Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of abnormal psychology*, 77(2), 115–126.
<https://doi.org/10.1037/h0030773>
- Mental Health and Substance Use. (2012, 1 marzo). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- Mick, E., Faraone, S. V., Spencer, T., Zhang, H. F., & Biederman, J. (2008). Assessing the validity of the Quality-of-Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form in adults with

ADHD. *Journal of attention disorders*, 11(4), 504–509.

<https://doi.org/10.1177/1087054707308468>

Miller, T. W., Nigg, J. T., & Faraone, S. V. (2007). Axis I and II comorbidity in adults with ADHD.

Journal of Abnormal Psychology, 116(3), 519–528. DOI:[10.1037/0021-843X.116.3.519](https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.519).

Miranda, A., Soriano, M., Fernández, I., & Meliá, A. (2008). Emotional and Behavioral Problems in Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Impact of Age and Learning

Disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 31(4), 171–185.

<https://doi.org/10.2307/25474650>

Mitchell, J. T., Benson, J., Knouse, L. E., Kimbrel, N. A., & Anastopoulos, A. D. (2013). Are

negative automatic thoughts associated with ADHD in adulthood? Cognitive Therapy and Research. *Advance online publication*. DOI: [10.1007/s10608-013-9525-4](https://doi.org/10.1007/s10608-013-9525-4).

Mitchell, J. T., Robertson, C. D., Anastopolous, A. D., Nelson-Gray, R. O., & Kollins, S. H. (2012).

Emotion dysregulation and emotional impulsivity among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results of a preliminary study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 510-519. DOI:[10.1007/s10862-012-9297-2](https://doi.org/10.1007/s10862-012-9297-2)

Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., Harrington,

H., Hogan, S., Meier, M. H., Polanczyk, G. V., Poulton, R., Ramrakha, S., Sugden, K.,

Williams, B., Rohde, L. A., & Caspi, A. (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence from a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *The American journal of psychiatry*, 172(10), 967–977.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>

Molina, B. S., & Pelham, W. E., Jr (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of abnormal psychology*, 112(3), 497–

507. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.112.3.497>

- Mongia, M., & Hechtman, L. (2012). Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Current psychiatry reports*, 14(5), 561–567. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0303-x>
- Morey, L. (1991). *Personality Assessment Inventory professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Morgensterns, E., Alfredsson, J., & Hirvikoski, T. (2016). Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 8(2), 101–111. <https://doi.org/10.1007/s12402-015-0182-1>
- Morin, C. (2017). *Cognitive Behavior Therapies for Insomnia: Approaches and Efficacy*. En Kryger, M et al. *Principles and practice of sleep medicine*. Elsevier.
- Mulas Delgado, F., Gandía Benetó, R., Roca Rodríguez, P., Etchepareborda Simonini, M. C., & Abad Mas, L. (2012). Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. *Revista de Neurología*, 54(S03), 41. <https://doi.org/10.33588/rn.54s03.2012243>
- Muld, B. B., Jokinen, J., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorders with co-existing substance use disorder is characterized by early antisocial behaviour and poor cognitive skills. *BMC Psychiatry*, 13(1). DOI:[10.1186/1471-244x-13-336](https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-336)
- Murphy, K. R. (2006). *Psychological counseling of adults with ADHD*. En R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp.692–703). Guilford.
- Nakao, T., Radua, J., Rubia, K., & Mataix-Cols, D. (2011). Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant

medication. *The American journal of psychiatry*, 168(11), 1154–1163. DOI:
[10.1176/appi.ajp.2011.11020281](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020281)

National Institute of Mental Health. (2013, 2020) Trastorno límite de la personalidad. [Panfleto]
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad/>

Ng, E. M., Polatajko, H. J., Marziali, E., Hunt, A., & Dawson, D. R. (2013). Telerehabilitation for addressing executive dysfunction after traumatic brain injury. *Brain injury*, 27(5), 548–564.
<https://doi.org/10.3109/02699052.2013.766927>

Nigg, J. T., & Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and psychopathology*, 17(3), 785–806. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050376>

Nimmo-Smith, V., Merwood, A., Hank, D., Brandling, J., Greenwood, R., Skinner, L., Law, S., Patel, V., & Rai, D. (2020). Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychological medicine*, 50(4), 529–541.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720000069>

Norman, D. & Shallice, T. (1986). *Attention to action: willed and automatic control of behavior*. En R. Davidson, G. Schwartz, & D. Shapiro, *Consciousness and self-regulation* (pp. 1-18). Plenum Press

Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 9(5), 242–249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>

O'Malley, G. K., McHugh, L., Mac Giollabhui, N., & Bramham, J. (2016). Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive functioning and psychosocial factors. *European*

psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists, 31, 29–36.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.012>

Ostrosky, F., Gómez, M., Matute, E., Roselli, M., Ardila, A. & Pineda, D. (2019) NEUROPSI

Atención y Memoria. Manual Moderno.

Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the

cognitive-behavioral avoidance scale. *Behaviour research and therapy*, 42(3), 293–313.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00140-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00140-2)

Overmeyer, S., Bullmore, E. T., Suckling, J., Simmons, A., Williams, S. C., Santosh, P. J., &

Taylor, E. (2001). Distributed grey and white matter deficits in hyperkinetic disorder: MRI evidence for anatomical abnormality in an attentional network. *Psychological medicine*,

31(8), 1425–1435. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004706>

Ozonoff, S. (2000). *Componentes de las funciones ejecutivas en el autismo y otros trastornos*.

En: J. Russell, *El autismo como trastorno de las funciones ejecutivas* (pp. 177-201).

Editorial Médica Panamericana.

Pallanti & Salerno (2020) *The Burden of Adult ADHD in Comorbid Psychiatric and Neurological*

Disorders. Springer.

Palmer, N. B., Myers, K. M., Vander Stoep, A., McCarty, C. A., Geyer, J. R., & Desalvo, A. (2010).

Attention-deficit/hyperactivity disorder and telemental health. *Current psychiatry*

reports, 12(5), 409–417. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0132-8>

Park, S., Cho, M. J., Chang, S. M., Jeon, H. J., Cho, S. J., Kim, B. S., Bae, J. N., Wang, H. R.,

Ahn, J. H., & Hong, J. P. (2011). Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry*

research, 186(2-3), 378–383. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.047>

- Passarotti, A. M., Sweeney, J. A., & Pavuluri, M. N. (2010). Emotion processing influences working memory circuits in pediatric bipolar disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1064–1080. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.07.009>
- Perlis, M. L., Jungquist, C., Smith, M. T., & Possnet, D. (2005). *Insomnio. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento*. Desclee De Brouwer.
- Philipsen A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256 Suppl 1, i42–i46. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1006-2>
- Philipsen, A., Feige, B., Hesslinger, B., Ebert, D., Carl, C., Hornyak, M., Lieb, K., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2005). Sleep in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled polysomnographic study including spectral analysis of the sleep EEG. *Sleep*, 28(7), 877–884. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.7.877>
- Phillips, M. L., Ladouceur, C. D., & Drevets, W. C. (2008). A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 13(9), 829–857. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.65>
- Pigeon W. R. (2010). *Treatment of adult insomnia with cognitive-behavioral therapy*. *Journal of clinical psychology*, 66(11), 1148–1160. <https://doi.org/10.1002/jclp.20737>
- Piñeiro-Dieguez, B., Balanzá-Martínez, V., García-García, P., Soler-López, B., & CAT Study Group (2016). Psychiatric Comorbidity at the Time of Diagnosis in Adults With ADHD: The CAT Study. *Journal of attention disorders*, 20(12), 1066–1075. <https://doi.org/10.1177/1087054713518240>

- Plessen, K. J., Bansal, R., Zhu, H., Whiteman, R., Amat, J., Quackenbush, G. A., Martin, L., Durkin, K., Blair, C., Royal, J., Hugdahl, K., & Peterson, B. S. (2006). Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 795–807. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.795>
- Plichta, M. M., Vasic, N., Wolf, R. C., Lesch, K. P., Brummer, D., Jacob, C., Fallgatter, A. J., & Grön, G. (2009). Neural hyporesponsiveness and hyperresponsiveness during immediate and delayed reward processing in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 65(1), 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.07.008>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Posner, J & Greenhill, LL. (2013). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. En: McVoy M, Findling RL, eds. *Clinical manual of child and adolescent psychopharmacology*, 2nd ed. American Psychiatric Association.
- Posner, J., Maia, T. V., Fair, D., Peterson, B. S., Sonuga-Barke, E. J., & Nagel, B. J. (2011). The attenuation of dysfunctional emotional processing with stimulant medication: an fMRI study of adolescents with ADHD. *Psychiatry research*, 193(3), 151–160. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2011.02.005>
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's

pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *The American journal of psychiatry*, 164(7), 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>

Prince, J. B. & Wilens, T. E. (2010). *Tratamiento farmacológico del TDAH y las comorbilidades*. En T. E. Brown (Ed.). *Comorbilidades del TDAH: Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Elsevier Masson.

Puente, A., & Mitchell, J. (2016). Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: A case study of multi-method assessment of executive functioning in clinical practice and manualized treatment adaptation. *Clinical Case Studies*, 15 (3). <http://dx.doi.org/10.1177/1534650115614098>

Rabassa, O. B., Rovira, T. R., Sanclemente, M. P., Plaja, C. J., & Hernández, Á. R. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica: Intervención y práctica clínica (1er ed.)*. Elsevier Masson.

Ramos Quiroga, J. A., Chalita Pérez-Tagle, P. J., Vidal Estrada, R., Bosch Munsó, R., Palomar Martínez, G., Prats Torres, L., & Casas Brugué, M. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 54(S01), 105. <https://doi.org/10.33588/rn.54s01.2012009>

Ramos-Quiroga, J. A., Daigre, C., Valero, S., Bosch, R., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Palomar, G., Roncero, C., & Casas, M. (2009). validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (ASRS v. 1.1): Una nueva estrategia de puntuación [Validation of the Spanish version of the attention deficit hyperactivity disorder adult screening scale (ASRS v. 1.1): a novel scoring strategy]. *Revista de Neurología*, 48(9), 449–452. <https://doi.org/10.33588/rn.4809.2008677>

Ramsay, J. (2012). “Without a Net”. *Clinical Case Studies*, 11, 48 – 65

DOI:[10.1177/1534650112440741](https://doi.org/10.1177/1534650112440741)

- Ramsay, J. R. (2010). CBT for adult ADHD: Adaptations and hypothesized mechanisms of change. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(1), 37–45. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.1.37>
- Ramsay, J. R. (2015). "Turning Intentions into Actions." *Clinical Case Studies*, 15(3), 179–197. <https://doi.org/10.1177/1534650115611483>
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2003). A cognitive therapy approach for adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4), 319–334. DOI:[10.1891/jcop.17.4.319.52537](https://doi.org/10.1891/jcop.17.4.319.52537).
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2005). Adapting Psychotherapy to Meet the Needs of Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 72–84. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.72>
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2007). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: Current evidence and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 338–346. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.4.338>
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2011). CBT without medications for adult ADHD: An open pilot study of five patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 277–286. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.277>
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2019). *Kit de herramientas para adultos con TDAH: Guía de afrontamiento*. Manual Moderno.
- Ramsay, J., & Rostain, A. (2014). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD*. Routledge, Taylor and Francis.
- Ramsay, R. & Rostain, A. (2008). *Adult ADHD: Diagnosis, Symptoms, Etiology and Assessment. Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD*. Routledge.

- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Gift, T. E., & Steans, T. A. (2017). ADHD and Anxiety: Clinical Significance and Treatment Implications. *Current psychiatry reports*, 19(12), 109. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0859-6>
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., et al. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological Psychiatry*, 58(2), 125-131. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.04.040
- Reimherr, F. W., Williams, E. D., Strong, R. E., Mestas, R., Soni, P., & Marchant, B. K. (2007). A double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 93–101. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0113>
- Reyes Zamorano, E., Cárdenas Godínez, E. M., García Vargas, K. L., Aguilar Orozco, N. C., Vázquez Medina, J., Díaz Flores, A., Díaz Flores, L. A., Jaimes Medrano, A., Ortiz León, S., Náfate López, O., Gaspar Barba, C. E., Feria Aranda, M., de la Pena Olvera, F., & Palacios Cruz, L. (2009). ~ Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana [Validation of the construct of the self-report scale of attention deficit/hyperactivity disorder in adults of the World Health Organization in Mexican university population]. *Salud Mental*, 32(S1), 343–350.
- Rivera, F. G. (2013). Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (2), 1079- 1091. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322013000200003&script=sci_abstract

- Robbins, T., & Everitt, B. (1999). Interaction of the Dopaminergic System with Mechanisms of Associative Learning and Cognition: Implications for Drug Abuse. *Psychological Science*, 10(3), 199–202. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00134>
- Rodríguez-Jiménez, R., Ponce, G., Monasor, R., Jiménez-Giménez, M., Pérez-Rojo, J. A., Rubio, G., Jiménez-Arriero, M. A., & Palomo, T. (2001). Validación en población española adulta de la Wender Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia [Validation in the adult Spanish population of the Wender Utah Rating Scale for the retrospective evaluation in adults of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood]. *Revista de Neurología*, 33(2), 138–144. <https://doi.org/10.33588/m.3302.2001010>
- Rohde, L., Buitelaar, J., Gerlach, M., y Faraone, S. (2019). *Guía de la federación mundial de TDAH [Ebook]*. ARTMED. Recuperado de: <http://cpomedia.net/ADHD/2019/ebook%20spanish/HTML/files/assets/common/downloads/publication.pdf>
- Rostain, A. L., & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with ADHD-- results of an open study of 43 patients. *Journal of attention disorders*, 10(2), 150–159. <https://doi.org/10.1177/1087054706288110>
- Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2005). *Behavioral Rating Inventory of Executive Function—Adult version*. Psychological Assessment Resources.
- Rubia K. (2007). Neuro-anatomic evidence for the maturational delay hypothesis of ADHD. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(50), 19663–19664. <https://doi.org/10.1073/pnas.0710329105>

- Rubia K. (2011). "Cool" inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus "hot" ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder: a review. *Biological psychiatry*, 69(12), e69–e87. DOI: [10.1016/j.biopsych.2010.09.023](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.023)
- Rubia, K., Halari, R., Christakou, A. & Taylor, E. (2009). Impulsiveness as a timing disturbance: neurocognitive abnormalities in attention-deficit hyperactivity disorder during temporal processes and normalization with methylphenidate. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 364:1919-1931. DOI: [10.1098/rstb.2009.0014](https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0014)
- Rubia, K., Halari, R., Mohammad, A. M., Taylor, E., & Brammer, M. (2011). Methylphenidate normalizes frontocingulate underactivation during error processing in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 70(3), 255–262. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.04.018>
- Rufenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., Pham, E., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0108-1>
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005a). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 831-842. DOI: [10.1016/j.brat.2004.07.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.001)
- Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford University Press.

- Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S., & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 27(2), 349–360. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00089-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00089-3)
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA*, 304(8), 875–880. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1192>
- Sagvolden, T., & Sergeant, J. A. (1998). Attention deficit/hyperactivity disorder--from brain dysfunctions to behaviour. *Behavioural brain research*, 94(1), 1–10. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9708834/>
- Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H., & Russell, V. A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *The Behavioral and brain sciences*, 28(3), 397–468. <https://doi.org/10.1017/S0140525X05000075>
- Samaha, A.-N., & Potvin, S. (2014). Drugs of abuse and psychiatric disorders: Neurobiological and clinical aspects. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 52, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2014.03.012>
- Saxena, S., Orley, J., & WHOQOL Group (1997). Quality of life assessment: The world health organization perspective. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 12 Suppl 3, 263s–6s. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)89095-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)89095-5)
- Schatz, D. & Rostain, A. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 141-149. DOI: [10.1177/1087054706286698](https://doi.org/10.1177/1087054706286698)

- Scheres, A., Milham, M. P., Knutson, B., & Castellanos, F. X. (2007). Ventral striatal hypo-responsiveness during reward anticipation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 61(5), 720–724. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.04.042>
- Schoenfelder, E. N., Faraone, S. V., & Kollins, S. H. (2014). Stimulant treatment of ADHD and cigarette smoking: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133(6), 1070–1080. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0179>
- Schredl, M., Alm, B., & Sobanski, E. (2007). Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(3), 164–168. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0703-1>
- Sedó, M. (2007). *Test de los cinco dígitos*. TEA Ediciones.
- Seidman, L. J., Biederman, J., Liang, L., Valera, E. M., Monuteaux, M. C., Brown, A., Kaiser, J., Spencer, T., Faraone, S. V., & Makris, N. (2011). Gray matter alterations in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder identified by voxel based morphometry. *Biological psychiatry*, 69(9), 857–866. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.053>
- Seidman, L. J., Valera, E. M., & Makris, N. (2005). Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1263–1272. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.019>
- Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368 <https://doi.org/10.33588/rn.4006.2004364>
- Shallice, T., & Burgess, P. W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain: a journal of neurology*, 114, 727–741. <https://doi.org/10.1093/brain/114.2.727>

- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., & Rapoport, J. L. (2007a). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649–19654.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>
- Shaw, P., Gornick, M., Lerch, J., Addington, A., Seal, J., Greenstein, D., Sharp, W., Evans, A., Giedd, J. N., Castellanos, F. X., & Rapoport, J. L. (2007). Polymorphisms of the dopamine D4 receptor, clinical outcome, and cortical structure in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 64(8), 921–931.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.921>
- Shaw, P., Lerch, J., Greenstein, D., Sharp, W., et al. (2006). Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(5):540–54. DOI: [10.1001/archpsyc.63.5.540](https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.540)
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276–293.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Sibley, M. H., Rohde, L. A., Swanson, J. M., Hechtman, L. T., Molina, B., Mitchell, J. T., Arnold, L. E., Caye, A., Kennedy, T. M., Roy, A., Stehli, A., & Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) Cooperative Group (2018). Late-Onset ADHD Reconsidered with Comprehensive Repeated Assessments Between Ages 10 and 25. *The American journal of psychiatry*, 175(2), 140–149. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17030298>
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British journal of*

psychiatry: the journal of mental science, 194(3), 204–211.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>

Sivertsen, B., Pallesen, S., Glozier, N., Bjorvatn, B., Salo, P., Tell, G. S., Ursin, R., & Øverland, S. (2014). Midlife insomnia and subsequent mortality: the Hordaland health study. *BMC public health*, 14, 720. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-720>

Sjowall, D., Roth, L., Lindqvist, S., & Thorell, L. B. (2013). Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(6), 619–627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12006>

Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Philipsen, A., Schmalzried, H., Hesslinger, B., Waschkowski, H., & Rietschel, M. (2008). Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 23(2), 142–149. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.09.007>

Sobanski, E., Schredl, M., Kettler, N., & Alm, B. (2008a). Sleep in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) before and during treatment with methylphenidate: a controlled polysomnographic study. *Sleep*, 31(3), 375–381. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.3.375>

Sohlberg M, Mateer CA. (1989). *Introduction to Cognitive Rehabilitation*. Guilford Press

Solanto, M. V., Gilbert, S. N., Raj, A., Zhu, J., Pope-Boyd, S., Stepak, B., Vail, L., & Newcorn, J. H. (2007). Neurocognitive functioning in AD/HD, predominantly inattentive and combined subtypes. *Journal of abnormal child psychology*, 35(5), 729–744. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9123-6>

- Solanto, M. V., Marks, D. J., Mitchell, K. J., Wasserstein, J., & Kofman, M. D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of attention disorders*, 11(6), 728–736. <https://doi.org/10.1177/1087054707305100>
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *The American journal of psychiatry*, 167(8), 958–968. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081123>
- Somkuwar, S. S., Katak, K. M., & Dwoskin, L. P. (2015). Effect of methylphenidate treatment during adolescence on norepinephrine transporter function in orbitofrontal cortex in a rat model of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of neuroscience methods*, 252, 55–63. <https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2015.02.002>
- Sonuga-Barke, E. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27:593-604. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2003.08.005](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2003.08.005)
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Stevenson, J., Danckaerts, M., van der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R. W., Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M., Wong, I. C. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American journal of psychiatry*, 170(3), 275–289. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991>
- Sonuga-Barke, E. J., Dalen, L., & Remington, B. (2003). Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1335–1342. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000087564.34977.21>

- Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion-- I. The effect of delay on choice. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 33(2), 387–398. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00874.x>
- Spencer T, Biederman J. & Mick E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6):631-642. DOI: [10.1016/j.ambp.2006.07.006](https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.07.006)
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *The Psychiatric clinics of North America*, 10(4), 541–553. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30532-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30532-X)
- Stahl, S. M. (2014). *Psicofarmacología esencial de Stahl: bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. Aula Médica, Formación en Salud.
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610. DOI: [10.1046/j.1440-1614.2002.01052.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01052.x)
- Stoy, M., Schlagenhaut, F., Schlochtermeyer, L., Wrase, J., Knutson, B., Lehmkuhl, U., Huss, M., Heinz, A., & Ströhle, A. (2011). Reward processing in male adults with childhood ADHD--a comparison between drug-naïve and methylphenidate-treated subjects. *Psychopharmacology*, 215(3), 467–481. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2166-y>
- Ströhle, A., Stoy, M., Wrase, J., Schwarzer, S., Schlagenhaut, F., Huss, M., Hein, J., Nedderhut, A., Neumann, B., Gregor, A., Juckel, G., Knutson, B., Lehmkuhl, U., Bauer, M., & Heinz, A. (2008). Reward anticipation and outcomes in adult males with attention-deficit/hyperactivity disorder. *NeuroImage*, 39(3), 966–972. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.09.044>

- Surman, C. B. H., Adamson, J. J., Petty, C., Biederman, J., Kenealy, D. C., Levine, M., Mick, E., & Faraone, S. V. (2009). Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Sleep Impairment in Adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1523–1529. <https://doi.org/10.4088/jcp.08m04514>
- Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 5(3), 273–281. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0100-8A>
- Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C. A., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2011). Deficient Emotional Self-Regulation and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Family Risk Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 617–623. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10081172>
- Suskauer, S. J., Simmonds, D. J., Fotedar, S., Blankner, J. G., Pekar, J. J., Denckla, M. B., & Mostofsky, S. H. (2008). Functional magnetic resonance imaging evidence for abnormalities in response selection in attention deficit hyperactivity disorder: differences in activation associated with response inhibition but not habitual motor response. *Journal of cognitive neuroscience*, 20(3), 478–493. <https://doi.org/10.1162/jocn.2008.20032>
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(6), 1117–1128. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x>

- Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., Casas, M. (2013). Rethinking Dual Disorders/Pathology: Addictive Disorders & Their Treatment. *Psychiatry & Behavioral Sciences* 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a>
- Tsaousides, T., D'Antonio, E., Varbanova, V., & Spielman, L. (2014). Delivering group treatment via videoconference to individuals with traumatic brain injury: a feasibility study. *Neuropsychological rehabilitation*, 24(5), 784–803. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.907186>
- Tulving, E. & Craik, F. (2000). *Oxford Handbook of Memory*. Oxford University Press
- Vaidya C. J. (2012). Neurodevelopmental abnormalities in ADHD. *Current topics in behavioral neurosciences*, 9, 49–66. https://doi.org/10.1007/7854_2011_138
- Valera, E. M., Brown, A., Biederman, J., Faraone, S. V., Makris, N., Monuteaux, M. C., Whitfield-Gabrieli, S., Vitulano, M., Schiller, M., & Seidman, L. J. (2010). Sex differences in the functional neuroanatomy of working memory in adults with ADHD. *The American journal of psychiatry*, 167(1), 86–94. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020249>
- Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K. E., & Seidman, L. J. (2007). Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 61(12), 1361–1369. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.011>
- Valera, E. M., Spencer, R. M., Zeffiro, T. A., Makris, N., Spencer, T. J., Faraone, S. V., Biederman, J., & Seidman, L. J. (2010). Neural substrates of impaired sensorimotor timing in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 68(4), 359–367. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.05.012>
- Van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder

in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and alcohol dependence*, 122(1-2), 11–19.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007>

van Ewijk, H., Heslenfeld, D. J., Zwiers, M. P., Buitelaar, J. K., & Oosterlaan, J. (2012). Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 36(4), 1093–1106.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.01.003>

Virta, M., Salakari, A., Anttila, M., Chydenius, E., Partinen, M., Kaski, M., Vataja, R., Kalska, H., & Iivanainen, M. (2010). Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD - a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 6, 443–453. <https://doi.org/10.2147/ndt.s11743>

Virta, M., Vedenpää, A., Grönroos, N., Chydenius, E., Partinen, M., Vataja, R., Kaski, M., & Iivanainen, M. (2008). Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation: a study of 29 participants. *Journal of attention disorders*, 12(3), 218–226.

<https://doi.org/10.1177/1087054707311657>

Vloet, T. D., Marx, I., Kahraman-Lanzerath, B., Zepf, F. D., Herpertz-Dahlmann, B., & Konrad, K. (2010). Neurocognitive performance in children with ADHD and OCD. *Journal of abnormal child psychology*, 38(7), 961–969. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9422-1>

Voeller, K. K. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of child neurology*, 19(10), 798–814. <https://doi.org/10.1177/08830738040190100901>

Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G. J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *The Journal of clinical investigation*, 111(10), 1444–1451.

<https://doi.org/10.1172/JCI18533>

- Volkow, N. D., Wang, G. J., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Newcorn, J. H., Telang, F., Fowler, J. S., Zhu, W., Logan, J., Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C., & Swanson, J. M. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *JAMA*, *302*(10), 1084–1091. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1308>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Ma, Y., Fowler, J. S., Wong, C., Ding, Y. S., Hitzemann, R., Swanson, J. M., & Kalivas, P. (2005). Activation of orbital and medial prefrontal cortex by methylphenidate in cocaine-addicted subjects but not in controls: relevance to addiction. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, *25*(15), 3932–3939. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0433-05.2005>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Newcorn, J., Telang, F., Solanto, M. V., Fowler, J. S., Logan, J., Ma, Y., Schulz, K., Pradhan, K., Wong, C., & Swanson, J. M. (2007). Depressed dopamine activity in caudate and preliminary evidence of limbic involvement in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, *64*(8), 932–940. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.932>
- Walcott, C. M., & Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *53*, 33(4), 772–782. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_12
- Wang, C., Song, W., Hu, X., Yan, S., Zhang, X., Wang, X., & Chen, W. (2021). Depressive, anxiety, and insomnia symptoms between population in quarantine and general population during the COVID-19 pandemic: a case-controlled study. *BMC psychiatry*, *21*(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03108-2>

- Ward, M.F., Wender, P.H. y Reimherr, F.W. (1991). "The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention déficit hyperactivity disorder". *American Journal of Psychiatry*, 150, 885-890. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885>
- Wechsler, D. (2014). *Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-IV (WAIS-IV)*. Manual Moderno.
- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological assessment*, 21(4), 616–621. <https://doi.org/10.1037/a0016669>
- Weissman, D. H., Roberts, K. C., Visscher, K. M., & Woldorff, M. G. (2006). The neural bases of momentary lapses in attention. *Nature neuroscience*, 9(7), 971–978. <https://doi.org/10.1038/nn1727>
- Wender P. H. (1973). Minimal brain dysfunction in children. Diagnosis and management. *Pediatric clinics of North America*, 20(1), 187–202. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(16\)32819-x](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(16)32819-x)
- Wender, P. H., Reimherr, F. W., Wood, D., & Ward, M. (1985). A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 547-552. DOI: [10.1176/ajp.142.5.547](https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.547)
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 1-16. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11462736/>
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(11), 1557–1562. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04785pur>

- Wilens, T., Nierenberg, A. A., Rostain, A., & Spencer, T. J. (2008). Adult attention-deficit hyperactivity disorder and the role of depression. *CNS Spectrums*, 13(5), 2–17.
Recuperado de: <http://www.cnsspectrums.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=1575>.
- Williams, L. M., Hermens, D. F., Palmer, D., Kohn, M., Clarke, S., Keage, H., Clark, C. R., & Gordon, E. (2008). Misinterpreting emotional expressions in attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence for a neural marker and stimulant effects. *Biological psychiatry*, 63(10), 917–926. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.11.022>
- Wilson, B. A. (2011). “Cutting Edge” developments in neuropsychological rehabilitation and possible future directions. *Brain Impairment*, 12(1), 33-42. DOI: [10.1375/brim.12.1.33](https://doi.org/10.1375/brim.12.1.33)
- Wilson, B. A., Winegardner, J., & Heugten, C. V. M. (2019). *Rehabilitaci3n neuropsicol3gica*. Editorial El Manual Moderno.
- World Health Organization. (2020, Noviembre). WHOQOL: *Temas de Salud. Depresi3n*.
<https://www.who.int/toolkits/whoqol>
- World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- Y3ñez, M. G. (2016). *Neuropsicolog3a de los trastornos del neurodesarrollo: Diagn3stico, evaluaci3n e intervenci3n*. Editorial El Manual Moderno.
- Young, S. & Bramham, J. (2009). *TDAH en adultos: una gu3a psicol3gica para la pr3ctica*. Manual Moderno.
- Zitting, K. M., Lammers-van der Holst, H. M., Yuan, R. K., Wang, W., Quan, S. F., & Duffy, J. F. (2021). Google Trends reveals increases in internet searches for insomnia during the 2019 coronavirus disease (COVID-19) global pandemic. *Journal of clinical sleep medicine*:

JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 17(2), 177–184.

<https://doi.org/10.5664/jcsm.8810>

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado para participantes del grupo control

Fecha: _____ Nombre: _____

Voluntariamente acepto participar en la evaluación teleneuropsicológica realizada por el Psic. Alan Alberto Macías Flores, residente de cuarto semestre de la maestría en Neuropsicología Clínica de la FES Iztacala.

He recibido una explicación clara y completa sobre el propósito de la evaluación. También se me ha informado sobre los tipos de pruebas que se me aplicarán, así como la manera en que se utilizarán los resultados, sabiendo que los datos se usarán con fines de investigación y que sólo los investigadores accederán a ellos, sin conocer datos personales del evaluado.

Acepto que el examinador no pueda aclararme todos los aspectos de la evaluación mientras ésta no se haya concluido.

Entiendo que avisando con anticipación puedo poner fin a mi participación en cualquier momento y sin represalias.

Estoy enterado de que se me informará sobre mis resultados por medio de un resumen de evaluación, y que éste no será entregado a nadie más sin mi autorización.

Nombre completo del participante

Anexo 2: Consentimiento informado para evaluación neuropsicológica

Los Reyes Iztacala, a 2 de febrero de 2020.

Yo, CAOA voluntariamente acepto participar en la evaluación neuropsicológica realizada por la/el Residente en Neuropsicología Clínica: Alan Alberto Macías Flores.

He recibido una explicación clara y completa sobre el propósito de la evaluación. También se me ha informado sobre los tipos de pruebas que se me aplicarán, así como la manera en que se usarán los resultados.

Acepto que el examinador no pueda aclararme todos los aspectos de la evaluación mientras ésta no se haya concluido. También entiendo que avisando con anticipación puedo poner fin a la participación de mi hijo en el examen en cualquier momento y sin represalias. Además, estoy de acuerdo que el evaluador a cargo me informará sobre los resultados y que éstos no serán entregados a nadie más sin mi autorización.



Firma del examinado

02 febrero 2020

Fecha

Alan Alberto Macías Flores

Firma del Residente en Neuropsicología

Anexo 3: Consentimiento informado para atención neuropsicológica (videollamada)

Fecha: 30 de noviembre del 2020

En este consentimiento informado el término “*teleneuropsicología*” hace referencia al medio por el cual se llevan a cabo actividades de evaluación o rehabilitación neuropsicológica a distancia a través del uso de medios electrónicos (celulares, computadoras, tabletas, entre otros). Este servicio se ofrece al paciente y/o familiar debido a la contingencia vivida por la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19. A continuación se describen los riesgos y beneficios potenciales, las condiciones del servicio y el uso de documentación a través de fotografías y videos:

Riesgos y beneficios potenciales

- La confidencialidad se mantiene en todo momento, ya que es un principio ético de la profesión. El riesgo es la limitación por el uso de plataformas de comunicación por videollamada, así que se deberán revisar las condiciones de seguridad y avisos de privacidad de cada una de las aplicaciones y convenir en la más útil tanto para el paciente como para el residente en neuropsicología clínica que lo atiende.
- Es importante que el paciente y el residente en neuropsicología clínica se conecten a su sesión de teleneuropsicología en un espacio silencioso, privado y libre de distracciones, con la finalidad de asegurar la privacidad de la información.
- Como en cualquier sesión de psicología o neuropsicología, existe el riesgo de que se presente una situación de crisis; por lo que es necesario contar con una persona (familiar o cuidador) en una habitación cercana.
- La teleneuropsicología ofrece el beneficio de dar continuidad a las evaluaciones o programas de rehabilitación neuropsicológicas durante la contingencia por la pandemia por COVID-19.
- Existe la posibilidad de que el supervisor junto con el residente en neuropsicología clínica determine que algunas sesiones o el resto del proceso de atención, deje de ser viable o adecuado de llevarse a cabo por teleneuropsicología. En esa situación podría cancelar esta forma de consulta, con la finalidad de asegurar la calidad en la atención. Si esto ocurre, la continuidad del servicio quedará pendiente para cuando termine la contingencia.

Condiciones del servicio

- Durante la evaluación estarán presentes el supervisor, el evaluador a cargo y un evaluador suplente además de observadores.

- Tanto el residente en neuropsicología clínica como el paciente o cuidador primario deberán acordar la aplicación y el horario en que se realizarán las sesiones por videollamada.
- El residente en neuropsicología clínica se compromete a explicar y capacitar al paciente y/o cuidador primario en el manejo de la aplicación a utilizar.
- Solo tendrán encendidas las cámaras y el audio el evaluador a cargo y el paciente.
- Nadie podrá grabar las sesiones sin el permiso de ambas partes (paciente/cuidador primario y supervisor/residente en neuropsicología clínica).
- El servicio de teleneuropsicología no tendrá costo.
- Se deberá respetar el horario establecido. En caso de que no sea posible se necesitará establecer una nueva fecha y horario de mutuo acuerdo.
- Durante el proceso de evaluación es posible que el residente en neuropsicología clínica no pueda aclarar todos los aspectos mientras ésta no se haya concluido.
- Al finalizar un proceso de evaluación, el residente en neuropsicología clínica informará vía electrónica y a través de videollamada al médico tratante y en su caso al paciente y/o cuidador primario sobre los resultados.
- Los resultados de evaluaciones o informes de avances sobre rehabilitación no serán entregados a nadie más sin autorización del paciente y/o cuidador primario.
- Si el paciente es menor de edad, se requiere autorización del padre o tutor, así como su información de contacto, para participar en las sesiones de teleneuropsicología.
- En caso de pacientes con trastornos del neurodesarrollo o alteraciones cognitivas significativas, debe estar presente durante las sesiones de teleneuropsicología un familiar o cuidador que haga de facilitador.
- El paciente deberá contar con acceso a las herramientas esenciales para recibir una adecuada atención por teleneuropsicología.

Declaración de acceso a las siguientes herramientas esenciales por parte del paciente:

a) Dispositivo electrónico con acceso a Wi-Fi y con cámara (la cual deberá estar encendida en todo momento).	SI	NO
b) Red de Wi-Fi eficiente (no redes públicas)	SI	NO
c) Impresora (para materiales impresos que se lleguen a requerir).	SI	NO
d) Hojas blancas y un lápiz para ejecución de algunas actividades.	SI	NO
e) Vía de comunicación alterna (ej. teléfono) en caso de cualquier falla técnica (desconexión por fallos de la red o del dispositivo).	SI	NO
f) Dispositivo electrónico para tomar fotografías.	SI	NO

Sobre el uso de la documentación a través de fotografías y videos

En el caso de que se autorice el uso de fotografías, videos o información escrita, estas mantendrán la privacidad del caso y solo podrán ver los materiales los profesionales de la salud mental, salvaguardando siempre y en todo momento el anonimato del paciente.

Autorización voluntaria del paciente para el uso de la documentación a través de fotografías y videos (grabación de sesiones o ejecución de actividades) de la atención teleneuropsicológica:

a) Por parte del residente en neuropsicología clínica.	SI	NO
b) Para investigaciones sobre salud mental, diagnóstico e intervención.	SI	NO
c) Para hacer uso de datos del caso con fines educativos y formativos, siempre y cuando se respete en todo momento y bajo cualquier circunstancia el anonimato.	SI	NO
d) En todos los puntos mencionados con anterioridad	SI	NO

Finalmente, se establece la libertad del paciente de suspender su participación en cualquier momento, lo que no afectará sus derechos individuales y como usuario del servicio de neuropsicología clínica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Yo CAOA voluntariamente acepto participar en la rehabilitación teleneuropsicológica realizada por el Residente en Neuropsicología Clínica Alan Alberto Macías Flores

He recibido una explicación clara y completa sobre el propósito de la rehabilitación. También se me ha informado sobre el tipo de trabajo que se realizara. Expreso mi autorización para que si es necesario se tomen fotografías como evidencia y/o se lleven a cabo grabaciones de video y/o audio durante la implementación del programa.

He sido informado(a) que los datos en el presente estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial y en ningún momento será revelado ningún dato personal, ni imágenes que puedan mostrar mi identidad.

Acepto que el examinador no pueda aclararme todos los aspectos de la rehabilitación mientras ésta no se haya concluido. También entiendo que avisando con anticipación puedo poner fin a la participación en cualquier momento y sin represalias.



Firma de conformidad y consentimiento

Siglas del examinado CAOA.

Fecha: 30 de noviembre de 2020.

Lic. Alan Alberto Macías Flores con cédula profesional 11611209 he explicado la naturaleza y propósito de la rehabilitación neuropsicológica a CAOA.

He preguntado si tiene dudas y en la medida de lo posible he respondido, conduciéndome con ética y responsabilidad en todo momento. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador Alan Alberto Macías Flores

Fecha 2 de noviembre de 2020.

Anexo 4. Respuestas obtenidas a través de la Escala Wender Utah (WURS)

De niño, yo era (o tenía):	No, o muy poco	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Activo, me movía mucho			X		
2. Miedoso	X				
3. Problemas para concentrarme, me distraía fácilmente				X	
4. Ansioso, preocupado			X		

5. Nervioso, inquieto			X
6. No prestaba atención, soñaba despierto			X
7. De los que se enfadaba con facilidad	X		
8. Tímido, susceptible			X
9. Explosivo, berrinchudo	X		
10. De los que dejaban las cosas inconclusas		X	
11. Terco			x
12. Desanimado, triste, deprimido			X
13. Arriesgado, temerario, hacía travesuras			X
14. Insatisfecho con la vida			X
15. Desobediente con mis padres, descarado, rebelde	X		
16. Baja autoestima			x
17. Irritable		X	
18. Extrovertido, amigable, disfrutaba de la compañía de la gente		X	
19. Descuidado, desorganizado		X	
20. Con altibajos en mi ánimo	x	X	
21. Con mal carácter	X		
22. Popular, con muchos amigos			x
23. Bien organizado, hacendoso			X
24. Impulsivo, hacía las cosas sin pensar		X	
25. Tendencia a ser inmaduro		X	
26. Con sentimientos de culpa, remordimientos		X	
27. De los que perdían el control con facilidad	X		
28. Tendencia a actuar de forma irracional		X	
29. "Impopular", perdía fácilmente a los amigos		X	
30. Torpe, no participaba en actividades deportivas			X
31. Temeroso de perder el control de mí mismo	X		

32. Bien coordinado, bueno en deportes				X	
33. Actitud o conductas de rudeza	X				
34. Con ganas de estar fuera de casa	X				
35. Metido en peleas	X				
36. Molestando a otros niños	X				
37. Un líder, el que mandaba				X	
38. Dificultad para levantarme por la mañana		X			
39. Los niños me seguían en lo que hacía				x	
40. De los que tenía dificultad para ver los puntos de vista de otros	X				
41. Problemas con la autoridad, problemas en la escuela y visitas constantes a la oficina del director	X				
42. Problemas con la policía	X				
De niño tuve problemas médicos:	No, o muy poco	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza				x	
2. Dolor de estómago			x		
3. Estreñimiento		X			
4. Diarrea		x			
5. Alergias a alimentos	X				
6. Otras alergias					x
7. Mojar la cama (enuresis)	X				
De niño en la escuela, yo era (o tenía)	No, o muy poco	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. En general un buen estudiante					X
2. En general un mal estudiante	X				
3. Lento para leer	X				
4. Lento aprendizaje de la lectura	X				
5. Dificultad para escribir, invertía las letras	X				
6. Dificultad con la ortografía			X		

7. Dificultad con las matemáticas o con los números	X	
8. Escribía con mala letra		X
9. Capaz de leer bien pero sin disfrutar la lectura	X	
10. Mi desempeño escolar era menor a mi capacidad	X	
11. Repetidor de años escolares (¿Cuáles?)	X	
12. Suspendido o expulsado (¿Cuáles grados?)	X	

Nota. Cada ítem puntúa de la siguiente forma: 0 (nada en absoluto o casi nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (bastante) o 4 (mucho). Los ítems sombreados en azul permiten discriminar a pacientes adultos con antecedentes de TDAH en la infancia.

Anexo 5: Respuestas obtenidas a través de la Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS)

Reactivo	N	R	A	F	MF
1. ¿Con qué frecuencia tienes dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?					X
2. ¿Con qué frecuencia tienes dificultad para ordenar las cosas cuando estás realizando una tarea que requiere organización?					X
3. ¿Con qué frecuencia tienes dificultad para recordar tus citas u obligaciones? I					X
4. Cuando tienes una actividad que requiere que pienses mucho ¿con qué frecuencia la evitas o la dejas para después?				X	
5. ¿Con qué frecuencia mueves o agitas tus manos o pies cuando tienes que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?			X		
6. ¿Con qué frecuencia te sientes demasiado activo(a) y como que tienes que hacer cosas, como si tuvieras un motor?				X	
7. ¿Con qué frecuencia cometer errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?				X	
8. ¿Con qué frecuencia tienes dificultad para mantener la atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					X
9. ¿Con qué frecuencia tienes dificultades para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?					X
10. ¿Con qué frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o trabajo?		X			
11. ¿Con qué frecuencia te distraes por ruidos o actividades que suceden alrededor de ti?					X
12. ¿Con qué frecuencia te levantas de tu asiento en situaciones en las que se supone que debes permanecer sentado?			X		
13. ¿Con qué frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					X
14. ¿Con qué frecuencia tienes dificultad para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					X

15. ¿Con qué frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estas en reuniones sociales?	X
16. Cuando estas en una conversación ¿Con qué frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	X
17. ¿Con qué frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes hacerlo?	X
18. ¿Con qué frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?	X

Nota. Cada ítem puntúa de la siguiente forma: 0 (nada en absoluto o casi nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (bastante) o 4 (mucho). N: Nunca, R: raras veces, A: a veces, F: frecuentemente y MF: muy frecuentemente. Los ítems sombreados en azul conforman la versión breve de la escala.



Anexo 6: Resúmenes visuales de cada módulo entregados al paciente

INHIBICIÓN VERBAL	
1.- ASUMIR UN ROL CONDUCTUAL (HIJO, ALUMNO, ETC.)	
2.- STOP EN NUESTRA BOCA, CERRAR CANDADO, AUTOINSTRUCCIONES.	
3.- EMPATÍA/VER EL PUNTO DE VISTA DEL OTRO	

INHIBICIÓN CONDUCTUAL

<p>1.- GESTIÓN DE PROBLEMAS (VER POSIBLES SOLUCIONES ANALIZANDO VENTAJAS/DESVENTAJAS).</p>	
<p>2.- DETENTE! PIENSA, OBSERVA, PLANEA. (STOP)</p>	
<p>3.- FILTROS PARA VER SI LO COMPRAS A) ¿REALMENTE? B) ¿JUSTO AHORA? C) ALMOHADA D) PREMIO</p>	
<p>4.- DOBLE VERIFICACIÓN ¿QUE PASA SI HAGO ESTO?, ¿QUE PASA SI NO LO HAGO? CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO.</p>	
<p>5.- ACTIVIDADES DE DISTRACCIÓN (POR EJEMPLO: NOMBRES DE ANIMALES, HOMBRES/MUJERES A-Z, QUE HARÍA SI TUVIERA UN MILLÓN \$\$\$).</p>	

<p>6.- BLOQUEAR RUIDO (TAPONES) O USAR CIERTA MÚSICA SIN LETRA Y RITMO CONSTANTE.</p>	
<p>7.- AISLAR DISTRACTORES (APPS DE SMARTPHONE, PÁGINAS WEB).</p>	

CONTROL ATENCIONAL	
<p>1.- ¡RECOMPÉNDATE! (ALIMENTO, DESCANSO, ETC.) UNA VEZ QUE CUMPLISTE CON ALGO (POR EJEMPLO: ATENDISTE UNA TAREA POR UN TIEMPO ESTABLECIDO, MEMORIZASTE UN CONCEPTO NUEVO, ETC.).</p>	
<p>2.- VER EL ATENDER COMO UN RETO (“VEAMOS SI PUEDO ATENDER POR 15 MINUTOS A ESTE APUNTE QUE PRETENDO MEMORIZAR, SIN DISTRAERME”, “SI PUEDO CON ESTO!”, “VENGA QUE YA HE PODIDO CON ESTE TIPO DE RETOS ANTES”).</p>	

3.- USO DE UNA LIGA EN LA MUÑECA, ¡PEQUEÑO GOLPE! (REENFOCAR LA ATENCIÓN).



4.- ALTERNAR ENTRE ACTIVIDADES (1 PRODUCTIVA Y 1 ACTIVIDAD DE OCIO); CAMBIAR ESPACIO DE TRABAJO).



MEMORIA

1.- CREACIÓN DE UN DIBUJO SIMPLE, IDEA CLAVE DEL CONTENIDO DE INFORMACIÓN A MEMORIZAR (“TODOS CIRCULAMOS POR LA CALLE DE LA AMARGURA Y LA FELICIDAD”).



<p>2.- REPASAR LA INFORMACIÓN CAMBIANDO LA SINTAXIS.</p>	
<p>3.- MNEMOTECNIAS</p>	
<p>4.- SI NO ESTÁ ESCRITO, NO EXISTE.</p>	
<p>5.- RECAPITULA Y RESUME LO ESCUCHADO.</p>	
<p>6.- UNA HOJA BLANCA SIEMPRE A TU LADO, ALIADA VS OLVIDOS.</p>	

PLANIFICACIÓN

1.- USO DE UNA AGENDA CON ESTRUCTURA QUE JERARQUICE ACTIVIDADES IMPORTANTES O URGENTES.



2.- DEDICAR 10 MINUTOS DIARIOS PARA PLANIFICAR EL DÍA SIGUIENTE.



3.- FRAGMENTAR UNA TAREA GRANDE EN PEQUEÑAS TAREAS SI TE ES MUY ABRUMADORA.








4.- USO DE RELOJ ANALÓGICO (CON MANECILLAS) EN LUGAR DE UNO DIGITAL O DEL CELULAR.



ORGANIZACIÓN

<p>1.- MANTENER ORGANIZADO EL ESPACIO DE TRABAJO (MOVER OBJETOS NO PROPIOS DEL LUGAR).</p>	
<p>2.- OBJETOS O LUGARES ESTRATÉGICOS DONDE GUARDAR PERTENENCIAS.</p>	

SUEÑO	
<p>1.- NO USO DE DISPOSITIVOS 30-60 MINUTOS ANTES DE DORMIR.</p>	
<p>2.- COMPRESIÓN DEL SUEÑO</p>	


<p>3.- ACTIVIDAD RELAJANTE QUE PROMUEVA EL DORMIR.</p>	
<p>4.- ¿DESPERTARES? CAMINAR O ALGUNA OTRA ACTIVIDAD RELAJANTE POR UNOS MINS.</p>	
<p>5.- EJERCICIO, GRAN AMIGO DEL SUEÑO</p>	
<p>6.- RUTINA PRE-DESCANSO (ALISTAR COSAS DÍA SIGUIENTE, POR EJEMPLO).</p>	
<p>7.- NO COMIDAS PESADAS</p>	

<p>8.- RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA</p>	
<p>9.- RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA</p>	
<p>10.- NO USAR LA CAMA MAS QUE PARA DORMIR O TENER INTIMIDAD</p>	
<p>11.- NO SIESTAS (DE HABERLAS, LIMITADAS A 20 MIN).</p>	

MOTIVACIÓN

<p>1.- PARA INICIAR TAREA NO MOTIVANTE, DARSE AUTOINSTRUCCIONES.</p>	
<p>2.- PARA REANUDAR TAREA NO MOTIVANTE, DARSE AUTOINSTRUCCIONES.</p>	
<p>3.- MAXIMIZAR LAS COSAS POSITIVAS DE HACER LOS PENDIENTES.</p>	
<p>4.- REGISTRO POR ESCRITO DE LOS AVANCES REALIZADOS.</p>	

<p>5.- HABRÁ RECAÍDAS Y SON PARTE DEL PROCESO DE CAMBIO, LA CLAVE ES RETOMAR EL CAMINO.</p>	
<p>6.- CONCEPTO DIFERENTE DEL TIEMPO (“HE VISTO 10 MINUTOS DE COMERCIALES, PUEDO DEDICAR 10 MINUTOS A ESTA TAREA”).</p>	
<p>7.- TIEMPO DE INICIO Y FINAL PARA UNA TAREA NO AGRADABLE (“ÚNICAMENTE DEDICARE 30 MINUTOS POR HOY AL ENSAYO”).</p>	
<p>8.- COMPROMISO VERBAL SOBRE ALGÚN PENDIENTE FRENTE A ALGUNA PERSONA SIGNIFICATIVA.</p>	

<p>9.- LOS 10 MINUTOS INICIALES, MANTENERSE EN LA TAREA, SIN IMPORTAR LA DISPOSICIÓN SE TENGA O EL ESTADO DE ÁNIMO.</p>	
---	--

Anexo 7: Materiales del programa

FORMATO “CARACTERÍSTICAS POSITIVAS Y NEGATIVAS DE MI TDAH (MÓDULO DE PSICOEDUCACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA).		
ASPECTO	CARACTERÍSTICAS POSITIVAS	CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS
ASPECTO FÍSICO	VITALIDAD, ENERGÍA...	DIFICULTADES PARA CONTROLAR LA ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA, LOS HORARIOS DE COMIDAS Y SUEÑO...
PERSONALIDAD	BROMISTA, INGENIOSO, RÁPIDO MENTALMENTE, PERSISTENTE...	IMPULSIVO
FAMILIA		
AMIGOS		
ÁMBITO LABORAL		
OCIO Y TIEMPO LIBRE		
OTROS ASPECTOS		

FORMATO “GESTIÓN DE PROBLEMAS/TOMA DE DECISIONES” (MÓDULO DE INHIBICIÓN)

¿CUÁL ES LA PREOCUPACIÓN O EL ASUNTO A TRATAR?:

LLUVIA DE IDEAS POSIBLES SOLUCIONES	VENTAJAS DE ESTA SOLUCIÓN	DESVENTAJAS DE ESTA SOLUCIÓN	¿QUÉ PASOS NECESITAS IMPLEMENTAR PARA PONER EN ACCIÓN DICHA SOLUCIÓN?

FORMATO “ALTERNAR ENTRE DOS ACTIVIDADES” (MÓDULO DE CONTROL ATENCIONAL)	
TAREA:	
ACTIVIDAD DE OCIO:	
TAREA:	
ACTIVIDAD DE OCIO:	
TAREA:	
ACTIVIDAD DE OCIO:	
TAREA:	
ACTIVIDAD DE OCIO:	
TAREA:	

EJEMPLO: 10 MINUTOS EN TAREA, 7 MINUTOS EN ACTIVIDAD DE OCIO, Y ASÍ SUCESIVAMENTE

HORA EN QUE EMPIEZA EL REGISTRO:

HORA EN QUE ACABA:

FORMATO “PLANIFICACIÓN DEL DÍA SIGUIENTE” (MÓDULO DE PLANIFICACIÓN)			
CATEGORÍA	ACTIVIDAD	ESTABLECER EL TIEMPO QUE ME VA A TOMAR HACER DICHA TAREA (POR EJEMPLO: 45 MIN.)	TIEMPO QUE EN REALIDAD ME TARDE
HACER YA (URGENTE E IMPORTANTE)			

HACER PRÓXIMAMENTE (ES URGENTE Y/O IMPORTANTE EN CIERTO GRADO)			
ESTARÍA BIEN QUE HICIERA (ES IMPORTANTE PERO NO URGENTE)			

FORMATO “NO USO DE DISPOSITIVOS MINUTOS ANTES DE IR A LA CAMA” (MÓDULO DE SUEÑO)	
FECHA	MINUTOS APROXIMADOS QUE PASARON ENTRE QUE DEJÉ DE HACER USO DE MI CELULAR Y ME FUI A LA CAMA

FORMATO “APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DEL SUEÑO” (MÓDULO DE SUEÑO)							
ESTRATEGIA A APLICAR:	L	M	MI	J	V	S	D
EVITAR CONDUCTAS EN CAMA (TEXTEAR, TAREA, ETC)							
NO SIESTAS (O BIEN, LIMITADAS EN TIEMPO)							
NO ESTAR EN CAMA MUCHO TIEMPO DESPIERTO (MÁS DE 15-20 MINUTOS)							
COMPRESIÓN DEL SUEÑO							
NO LUZ AZUL 20-30 MINUTOS							
RUTINA PRE-DESCANSO							
RESPIRACIÓN DIAFRAGMATICA POR 5 MINUTOS							

12										
13										
14										
15										
16										
17										

FORMATO “MAXIMIZANDO LOS BENEFICIOS DE HACER MIS PENDIENTES” (MÓDULO DE MOTIVACIÓN)	
¿CUÁLES SERÁN ALGUNOS DE LOS RESULTADOS POSITIVOS QUE LOGRARÉ AL DEDICARLE MI TIEMPO A ESTA TAREA?	MENCIONA MÍNIMO 3 1. 2. 3.
¿CUÁLES SERÁN ALGUNAS DE LAS EXPERIENCIAS POSITIVAS QUE TENDRÉ MIENTRAS ESTÉ REALIZANDO LA TAREA?	MENCIONA MÍNIMO 3 1. 2. 3.
EVITAR LA PROCRASTINACIÓN PODRÍA SER UN RETO PERSONAL (POR EJEMPLO, “PUEDO EMPEZAR A HACER ESTA TAREA ÚNICAMENTE PARA PROBARMEN A MÍ MISMO QUE LO PUEDO LOGRAR)	
¿QUÉ SE SENTIRÁ CUANDO TERMINE ESTO? HAZ UN ESFUERZO CONSCIENTE PARA SENTIR REALMENTE LO QUE SE SENTIRÁ CUANDO TERMINES LA TAREA; Y LUEGO CONCÉNTRATE EN ESA SENSACIÓN EMOCIONAL. • ¿QUÉ SE PODRÍA SENTIR? ¿ORGULLO? ¿AUTOSUFICIENCIA? ¿LA FELICIDAD QUE ANTICIPAS AL COMPLETAR ESE PROYECTO? ¿LA	MENCIONA MÍNIMO 3 EMOCIONES 1. 2.

<p>SENSACIÓN DE LOGRO QUE PUEDES EXPERIMENTAR?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SEA CUAL SEA ESA EMOCIÓN, TRABAJA DURO PARA SENTIRLA, JUSTO EN ESE MOMENTO, JUSTO AHÍ, MIENTRAS CONTEMPLAS EL CUMPLIMIENTO DE TUS OBJETIVOS. 	3.
---	----

FORMATO “APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS/RECONOCIENDO LAS CONSECUENCIAS POSITIVAS” (MÓDULO DE MOTIVACIÓN)			
NOMBRE DE LA ESTRATEGIA	NÚMERO DE OCASIONES EN LA QUE HE APLICADO LA ESTRATEGIA (SÓLO PONER UN PALITO EN SEÑAL DE EL NÚMERO DE VECES)	MEJORÍAS QUE HE PERCIBIDO CON SU PUESTA EN PRÁCTICA	REFORZADOR QUE ME PROPORCIONE
EJEMPLO: AUTOINSTRUCCIONES PARA INICIAR UNA TAREA	IIII (EN ESTE CASO SON CUATRO VECES HASTA EL MOMENTO)	“HE LOGRADO COMPLETAR 2 PROYECTOS ESCOLARES QUE TENÍA EN PAUSA, ME SIENTO BIEN CONMIGO MISMO”.	UN PEQUEÑO CHOCOLATE

FORMATO “AUTOINSTRUCCIONES PARA INICIAR O REANUDAR LA TAREA” (MÓDULO DE MOTIVACIÓN)	
SECUENCIA DE AUTOINSTRUCCIONES POR ESCRITO (PARA DESPUÉS EJECUTARLAS)	
PASO POR PASO	AUTOINSTRUCCIÓN QUE ME DARE
PASO #1	
PASO #2	
PASO #3	
PASO #4	
PASO #5	

PASO #6	
PASO #7	

FORMATO “IDEAS PARA TENER UN CONCEPTO DIFERENTE DEL TIEMPO” (MÓDULO DE MOTIVACIÓN).

- EN LUGAR DE MINUTOS, PUEDES CALCULAR EL NÚMERO DE SEGUNDOS QUE IMPLICARÁ LA TAREA, O BIEN CON LAS SIGUIENTES FORMAS DE PENSAMIENTO.
- PUEDO RECORDARME A MÍ MISMO QUE SI VIERA UNA PELÍCULA QUE DURA 90 MINUTOS, NO PENSARÍA QUE ME LLEVO “TODO EL DÍA”.
- “HE PERDIDO MÁS TIEMPO PARADO EN EL TRÁFICO O CON OTROS DISTRACTORES EN CASA DEL QUE NECESITO DEDICAR A ESTA TAREA QUE ES IMPORTANTE PARA MÍ”.
- “HE VISTO PROGRAMAS DE TELEVISIÓN ABURRIDOS DURANTE 30 MINUTOS, PUEDO PASAR 30 MINUTOS EN ESTA TAREA”.
- “HE VISTO 10 MINUTOS DE COMERCIALES, PUEDO DEDICAR 10 MINUTOS A ESTA TAREA”.
- “SI PASO UNA HORA ESTUDIANDO, SERÁN LAS 2 PM, Y TODAVÍA TENDRÉ EL RESTO DE LA TARDE Y LA NOCHE. ADEMÁS, PROBABLEMENTE ME SENTIRÉ MEJOR SABRIENDO QUE ACABE DE ESTUDIAR.
- “UNA VEZ QUE EMPIEZO, USUALMENTE ME OLVIDO DEL TIEMPO”.
- “VOY A TENER QUE DEDICAR UNA HORA A ESTO TARDE O TEMPRANO; PREFERIRÍA HACERLO AHORA QUE DURANTE EL FIN DE SEMANA O CUANDO HAYA ALGO DIVERTIDO QUE QUIERA HACER”.

FORMATO “LAS RECAÍDAS SON ESPERABLES” (MODULO DE MOTIVACIÓN).

LAS RECAÍDAS SON ESPERABLES, SE VAN A PRESENTAR

HAY QUE TENER EN CUENTA QUE ESTE PROCESO IMPLICA “DAR 3 PASOS HACIA ADELANTE Y DAR UNO HACIA ATRÁS”.

SI, CAMBIAR ES DIFÍCIL, Y **NO RECAER ES IMPOSIBLE.**

SE BUENO CONTIGO MISMO, Y BRÍNDATE PACIENCIA Y TIEMPO.

LA TASA DE RECAÍDA PARA REINCIDIR EN TUS ANTIGUOS HÁBITOS ES 100%, INVARIABLEMENTE ALGUNAS VECES CAERÁS.

LO IMPORTANTE ES QUE “**SIGAS PEDALEANDO**” ¡AUN CUANDO TE HAYAS DESVIADO O CAÍDO EN EL CAMINO!

FORMATO “TIEMPO DE INICIO Y FINAL PARA UNA TAREA” (MODULO DE MOTIVACIÓN).

TAREA ESPECÍFICA:

--

POR EJEMPLO: HACER UNA BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS PARA DESCARGAR ALGUNOS ARTÍCULOS
TIEMPO TOTAL QUE LE VOY A DEDICAR:
POR EJEMPLO: 30 MINUTOS
HORA EN QUE VOY A INICIAR:
POR EJEMPLO: 11:00
HORA EN QUE VOY A DEJAR DE HACER LA TAREA:
POR EJEMPLO: 11:30

FORMATO “INCIAR LA TAREA POR SOLO 10 MINUTOS” (MÓDULO DE MOTIVACIÓN).

INICIA LA TAREA POR SOLO 10 MINUTOS.

NO MÁS, NO MENOS, 10 MINUTOS HONESTOS

SIN IMPORTAR LA DISPOSICIÓN QUE SE TENGA.

SIN IMPORTAR SI TE SIENTES MUY MOTIVADO PARA HACERLO.

SIN IMPORTAR SI NO ESTAS “COMPLETAMENTE LISTO”.

SIN IMPORTAR SI NO SE HACEN GRANDES AVANCES

¿DESPUÉS DE ESOS 10 MINUTOS?

SI LA TAREA ES ABRUMADORA, ES ACEPTABLE DETENERSE Y NO SENTIRSE CULPABLE.

DE HECHO, ¡ES NORMAL QUE TE SIENTAS BIEN!, NO CAÍSTE EN LA PROCRASTINACIÓN.

FORMATO “REGISTRO DE MINUTOS ATENDIENDO UN TEXTO Y UN VIDEO” (MÓDULO DE ATENCIÓN SOSTENIDA).

TEXTO

FECHA	META: 5 MINUTOS “CONSEGUÍ ATENDER LOS 5 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 7 MINUTOS “CONSEGUÍ ATENDER LOS 7 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 10 MINUTOS	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

	“CONSEGUÍ ATENDER LOS 10 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	

FECHA	META: 12 MINUTOS “CONSEGUÍ ATENDER LOS 12 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 15 MINUTOS “CONSEGUÍ ATENDER LOS 15 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 17 MINUTOS “CONSEGUÍ ATENDER LOS 17 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 20 MINUTOS “CONSEGUÍ ATENDER LOS 20 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

VIDEO

FECHA	META: 7 MINUTOS “CONSEGUÍ ATENDER LOS 7 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 10 MINUTOS “CONSEGUÍ ATENDER LOS 10 MIN” (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 12 MINUTOS "CONSEGUÍ ATENDER LOS 12 MIN" (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 15 MINUTOS "CONSEGUÍ ATENDER LOS 15 MIN" (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 17 MINUTOS "CONSEGUÍ ATENDER LOS 17 MIN" (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FECHA	META: 20 MINUTOS "CONSEGUÍ ATENDER LOS 20 MIN" (PALOMEAR SI FUE EL CASO, SINO, REGISTRAR EN LA SIGUIENTE COLUMNA)	MINUTO EN EL QUE TUVE LA DESATENCIÓN

FORMATO "TED TALKS: TÍTULO Y TIEMPO DE DURACIÓN" (MÓDULO DE ATENCIÓN SOSTENIDA).

	NOMBRE DEL VIDEO	ENLACE	DURACIÓN
1	COMO VENCER TUS MIEDOS ROMMEL PACHECO	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=DZ1BI6DRHD4	12.13
2	LA SUERTE NO ES SUFICIENTE JORGE LOZANO	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=VMW5JYWSTBK	16.03
3	HAZ LO QUE PUEDAS CON LO QUE TENGAS	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=EIPX0ZYXVXI	17.09

	JESSICA FERNÁNDEZ		
4	5 PASOS PARA CUMPLIR TUS SUEÑOS NACHO LLANTADA	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=AYKT2BEEEXDG	17.32
5	MINDFULNESS. THE ART OF LIVING CONSCIOUSLY ANDRÉS MARTÍN	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=G6OY_JTSQXG	17.45
6	HAZTE CARGO DE TI RICARDO MORÁN	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=OKUMZDHTID0	18.28
7	LA BENDICIÓN DE TOCAR FONDO: GABRIELA MACHUCA	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=MCSOQN3FTNI	18.37
8	HISTORIA DE UN EMPRENDEDOR CARLOS BREMER	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=TGIP0JEHZXE	19.22
9	HAY QUE TOMARSE EN SERIO LA FELICIDAD FREDDY GINEBRA GIUDICELLI	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=OKUMZDHTID0	19.36
10	LOGRA LO IMPOSIBLE: VENGE TUS MIEDOS Y CREE EN TI CAROLINA ÁGUILA	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=PLK8NDJJWQU	20.24
11	CAMBIA TU MENTE, CAMBIA TU VIDA MARGARITA PASOS	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=UHZZB5HID6M	20.43
12	DESENCAJAR EL PENSAMIENTO MARIO GUERRA	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=X3_CL-LPYWK	21.21
13	POR LOS SUEÑOS SE SUSPIRA, POR LOS SUEÑOS SE TRABAJA HUMBERTO RAMOS	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=6NTM8GVAUY0	22.41
14	LA VIDA ESTÁ AL OTRO LADO DEL MIEDO MIGUEL ÁNGEL TOBÍAS Y GENNET CORCUERA	HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=NMRRJAMMHQS	29.24

FORMATO “REGISTRO DE NÚMERO DE ENSAYOS/ERRORES POR NIVEL EN EJERCICIOS DE NEURONUP” (MÓDULO DE ATENCIÓN SOSTENIDA Y MEMORIA DE TRABAJO).

EJERCICIOS DE MEMORIA DE TRABAJO

NIVEL	ACTOS SEGÚN NÚMEROS TOTAL DE ENSAYOS	NIVEL	ACERTAR EN LA DIANA TOTAL DE ENSAYOS	NIVEL	RECONOCIMIENTO SECUENCIA IMÁGENES TOTAL DE ENSAYOS

NIVEL	ACTOS SEGÚN NÚMEROS TOTAL DE ERRORES	NIVEL	ACERTAR EN LA DIANA. TOTAL DE ERRORES	NIVEL	RECONOCIMIENTO SECUENCIA IMÁGENES TOTAL DE ERRORES

EJERCICIOS DE ATENCIÓN SOSTENIDA

NIVEL	EL GLOTÓN DE LETRAS. TOTAL DE ENSAYOS	NIVEL	CUENTA SONIDOS. TOTAL DE ENSAYOS	NIVEL	DEJA VU TOTAL DE ENSAYOS

NIVEL	EL GLOTÓN DE LETRAS. TOTAL DE ERRORES	NIVEL	CUENTA SONIDOS TOTAL DE ERRORES	NIVEL	DEJA VU TOTAL DE ERRORES

FORMATO “SERIE DE ACTIVIDADES VERBALES Y CONDUCTUALES” (MÓDULO DE MEMORIA DE TRABAJO).

- 1.- BUSCA QUE ES LA MEMORIA DE TRABAJO Y SINTETIZA EN QUE CONSISTE.
- 2.- HAZ UN BREVE RESUMEN DE ALGÚN EVENTO HISTÓRICO (INDEPENDENCIA DE MÉXICO, 1ERA Y 2DA GUERRA MUNDIAL, DESCUBRIMIENTO DE AMÉRICA, ETC.)
- 3.- BUSCA QUE SON LAS FUNCIONES EJECUTIVAS Y SINTETIZA EN QUÉ CONSISTEN.
- 4.- ¿QUÉ ES EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO?
- 5.- BUSCA QUE REGÍMENES EXISTEN EN EL SAT Y EXPLÍCALOS BREVEMENTE.
- 6.- ¿QUIÉN ES TU PSICÓLOGO FAVORITO? DESARROLLA UN CONCEPTO DE ÉL O ELLA.
- 7.- BUSCA EL MODELO DE MEMORIA DE TRABAJO DE BADDELEY Y HITCH, SINTETIZA EN QUE CONSISTE.

8.- MENCIONA LOS INGREDIENTES Y PASOS QUE SE NECESITAN PARA HACER UN PLATILLO O UNA BEBIDA.

9.- ESCRIBE PARA TU MAMÁ UNAS PALABRAS PARA EL 10 DE MAYO.

10.- ¿QUÉ SIGNIFICA EL DICHO “AL QUE MADRUGA DIOS LO AYUDA”?

11.- MENCIONA UN TRASTORNO MENTAL Y LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM 5.

12.- ¿QUÉ ES EL CONDICIONAMIENTO OPERANTE?

13.- ¿QUÉ SIGNIFICA EL DICHO “CAMARÓN QUE SE DUERME SE LO LLEVA LA CORRIENTE”?

14.- ¿QUÉ ES EL CONDUCTISMO? ¿EN QUÉ CONSISTE?

15.- MENCIONA UN EXPERIMENTO REALIZADO DENTRO DE LA PSICOLOGÍA Y EXPLICA LO QUE SUCEDE (EJEMPLO: PEQUEÑO DE ALBERT WATSON, CÁRCEL DE STANFORD DE ZIMBARDO, PERROS DE PAVLOV, ETC.).

16.- ¿QUÉ SIGNIFICA EL DICHO “MAS VALE PÁJARO EN MANO QUE MIL VOLANDO”?

FORMATO “DEBATE DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS” (MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN NEGATIVA). RECURSO DE GÓMEZ ET AL. (2003).

PENSAMIENTO:	
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ?	
¿QUÉ SIGNIFICA PARA MÍ?	
GRADO DE CREENCIA:	
GRADO DE CREENCIA (0-100) ANTES DEL DEBATE:	%
GRADO DE CREENCIA (0-100) DESPUÉS DEL DEBATE:	%
PROCESO DE DEBATE	
DISTORSIONES COGNITIVAS:	
IDEAS IRRACIONALES:	
VALIDEZ DE ESTE PENSAMIENTO	

HECHOS A FAVOR DE ESTE PENSAMIENTO
HECHOS EN CONTRA DE ESTE PENSAMIENTO
UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE MANTENER UN PENSAMIENTO
VENTAJAS DE PENSAR ASÍ
INCONVENIENTES DE PENSAR ASÍ
UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE CAMBIAR ESTE PENSAMIENTO
VENTAJAS
INCONVENIENTES
PENSAMIENTO ALTERNATIVO Y GRADO DE CREENCIA (0-100)
ESTE PENSAMIENTO ME LO CREO EN UN %
¿CÓMO ME SIENTO AHORA?
¿QUÉ PUEDO HACER ENTONCES?

FORMATO “BÚSQUEDA DE IDEAS CENTRALES/INTERMEDIAS CON LA TÉCNICA DE LA FLECHA DESCENDENTE” (MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA)

<p>PENSAMIENTO NEGATIVO:</p> <hr/>
<p>GRADO DE CREENCIA (0-100): EMOCIÓN SECUNDARIA E INTENSIDAD (0-100):</p>
<p>¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA MÍ? ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ?</p>
<p>¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA MÍ? ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ?</p> <p>—</p>
<p>¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA MÍ? ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ?</p>
<p>¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA MÍ? ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ?</p>
<p>¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA MÍ? ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ?</p>
<p>¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA MÍ? ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ?</p>
<p>IDEA CENTRAL:</p>

FORMATO “FRASES CON DISTORSIONES COGNITIVAS” (MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA).

Un amigo no llama desde hace tiempo:

- 1) Debe de estar enfadado conmigo
- 2) Seguro que le ha molestado algo y no me lo quiere decir
- 3) Antes solía llamarme muy a menudo
- 4) Me siento decepcionado
- 5) Me siento hundido, la amistad es un asco
- 6) El debería ser más atento y preocuparse más por los demás

D1. Pensamiento todo o nada	D6. Magnificación
D2. Generalización	D7. Razonamiento emocional
D3. Filtro mental	D8. Deberías
D4. Descalificación de lo positivo	D9. Etiquetación
D5a. Lectura del pensamiento	D10. Personalización
D5b. Anticipación negativa	

d) Tu hija deja la habitación desordenada:

- 1) ¡Está la habitación desordenada!
- 2) Todos los días es igual
- 3) Lo haces para fastidiarme
- 4) Vamos a establecer unas normas de funcionamiento en esta casa
- 5) o las cumples o te vas de aquí

D1. Pensamiento todo o nada	D6. Magnificación
D2. Generalización	D7. Razonamiento emocional
D3. Filtro mental	D8. Deberías
D4. Descalificación de lo positivo	D9. Etiquetación
D5a. Lectura del pensamiento	D10. Personalización
D5b. Anticipación negativa	

f) Estando en el trabajo llaman por teléfono para decirme que mi hijo se ha roto una pierna:

- 1) ¡Sabía que esto iba a pasar!
- 2) O trabajo o estoy en casa, no se pueden atender bien las dos cosas a la vez
- 3) En cuanto termine esto voy a ver qué ha pasado
- 4) ¡Esto es terrible!
- 5) Con los hijos todo son disgusto

D1. Pensamiento todo o nada	D6. Magnificación
D2. Generalización	D7. Razonamiento emocional
D3. Filtro mental	D8. Deberías
D4. Descalificación de lo positivo	D9. Etiquetación
D5a. Lectura del pensamiento	D10. Personalización
D5b. Anticipación negativa	

g) Al levantarme por la mañana descubro la almohada llena de pelos:

- 1) Estoy perdiendo mucho pelo
- 2) ¡Todo el mundo verá lo calvo que estoy!
- 3) Pensarán que soy horroroso
- 4) ¡Qué mal me siento, es terrible ser calvo!

D1. Pensamiento todo o nada	D6. Magnificación
D2. Generalización	D7. Razonamiento emocional
D3. Filtro mental	D8. Deberías
D4. Descalificación de lo positivo	D9. Etiquetación
D5a. Lectura del pensamiento	D10. Personalización
D5b. Anticipación negativa	

FORMATO “AUTOINSTRUCCIONES PARA AFRONTAR SITUACIONES NEGATIVAS” (MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA).

SITUACIÓN DESENCADENANTE DE EMOCIONES NEGATIVAS:

AUTOINSTRUCCIONES

ANTES:

EJEMPLOS:

-NO HAY MOTIVO PARA PREOCUPARSE. -PUEDO RELAJARME. -YA LO RESOLVÍ CON ÉXITO EN OTRA OCASIÓN. -LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS NO ME AYUDAN NADA.

DURANTE:

EJEMPLOS:

-VOY A MANTENER EL CONTROL. -PUEDO HACERLO, DE HECHO, LO ESTOY HACIENDO. -SI ESTOY TENSO/A, RESPIRARÉ PROFUNDAMENTE Y ME RELAJARÉ. -SI COMETO ERRORES ES NORMAL,

PUEDO CORREGIRLOS. -ME CONCENTRARÉ EN LA TAREA. -PUEDO MANTENER LA TENSIÓN DENTRO DE LOS LÍMITES MANEJABLES. -HE SOBREVIVIDO A ESTO Y A OTRAS COSAS PEORES ANTERIORMENTE.

DESPUES:

EJEMPLOS:

-LO CONSEGUÍ O POR LO MENOS LO HE INTENTADO. -LA PRÓXIMA VEZ NO TENDRÉ QUE PREOCUPARME TANTO. -PUEDO DISMINUIR LA ANSIEDAD RELAJÁNDOME. -ME HE DADO LA OPORTUNIDAD DE APRENDER, ME HAYA SALIDO COMO ME HAYA SALIDO Y ESO ES LO IMPORTANTE.

FORMATO “DEBATE COGNITIVO CON 3 COLUMNAS” (MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA).

EJEMPLO DE DEBATE COGNITIVO		
PENSAMIENTO NEGATIVO	DISTORSIÓN O IDEA IRRACIONAL	PENSAMIENTO ALTERNATIVO
“TENDRÍA QUE HABERSE DADO CUENTA”	DEBERÍA	SI NO LE HE DICHO NADA NO TIENE POR QUÉ SABERLO
“NO SE VA A SOLUCIONAR EL PROBLEMA”	ANTICIPACIÓN NEGATIVA	NO PUEDO SABER LO QUE TODAVÍA NO HA OCURRIDO
“ES UN DESASTRE”	ETIQUETACIÓN	LO QUE REALMENTE NO ME GUSTA DE ÉL O ELLA, ES QUE CUANDO QUEDAMOS A VECES LLEGA MUY TARDE.
“LLEVO TODA LA TARDE Y NO HE HECHO NADA”	TODO O NADA	LA VERDAD ES QUE HE ESTUDIADO BIEN LAS DOS PRIMERAS HORAS Y LUEGO ME HE ENTRETENIDO HACIENDO OTRAS COSAS

--	--	--

FORMATO “REVISIÓN DE LAS ESTRATEGIAS TRABAJADAS EN EL PROGRAMA” (MÓDULO CIERRE DEL PROGRAMA).

ESTRATEGIAS	UTILIDAD. VALORAR DEL 1-10	APLICACIÓN REAL. VALORAR DEL 1-10	OBJETIVOS FUTUROS, DIFICULTADES, EJEMPLOS DE ÉXITO.
INHIBICIÓN VERBAL			
-ASUMIR UN ROL CONDUCTUAL EN INTERACCIONES SOCIALES			
-USO DE STOP, CANDADO Y AUTOINSTRUCCIONES			
-EMPATÍA, VER EL PUNTO DE VISTA DEL OTRO			
INHIBICIÓN CONDUCTUAL			
-LLUVIA DE IDEAS, VER DESVENTAJAS Y VENTAJAS DE LAS OPCIONES			
-STOP (STOP, THINK, OBSERVE, PLAN)			
-PREGUNTAS PARA VER SI REALMENTE CONVIENE COMPRAR ALGO			
-DOBLE VERIFICACIÓN ¿QUÉ PASA SI LO HAGO? ¿QUÉ PASA SI NO LO HAGO?			
-DISTRACCIÓN AL TENER QUE ESPERAR (EJ. PENSAR EN TODOS LOS NOMBRES DE MUJER CON “M”)			
-RECURSOS EXTERNOS (USO DE TAPONES, ESCUCHAR MÚSICA SIN LETRA Y RITMO AGRADABLE)			
CONTROL ATENCIONAL			
-RECOMPENSARSE POR CUMPLIR UNA TAREA O ATENDER UN TIEMPO DETERMINADO			
-PRESTAR ATENCIÓN “COMO UN RETO A CUMPLIR”			

-ALTERNAR ENTRE 2 ACTIVIDADES CON TIEMPO DELIMITADO. CAMBIAR DE LUGAR DE TRABAJO.			
MEMORIA			
-USO DE IMÁGENES HECHAS POR UNO MISMO, REPRESENTACIÓN VISUAL DE UNA IDEA ESCRITA			
-REPASAR LA INFORMACIÓN CAMBIANDO LA SINTAXIS			
-CREACIÓN DE MNEMOTECNIAS			
-SI NO ESTÁ ESCRITO, NO EXISTE CARGAR CON HOJA (POST ITS) Y PLUMA			
-REPETIR Y RECAPITULAR LA INFORMACIÓN DE TU INTERLOCUTOR			
PLANIFICACIÓN			
-USO DE UNA AGENDA (3 NIVELES DEPENDIENDO URGENCIA, ESTIMACIÓN DE CUANTO SE DEMORARÁ)			
-TIEMPO LIMITADO PARA LA PLANIFICACIÓN (DIARIO 10 MINUTOS)			
-DIVIDIR TAREA MAYOR Y ABRUMADORA EN MINI TAREAS			
-USO DE RELOJ ANALÓGICO			
ORGANIZACIÓN			
-ORGANIZAR ESPACIO DE TRABAJO (CADA TIEMPO MOVER O TIRAR COSAS QUE YA NO SON ÚTILES).			
-LUGARES ESPECÍFICOS PARA OBJETOS (TENER EN LA PUERTA DE SALIDA LISTA U OBJETOS INDISPENSABLES; ZONA ESPECÍFICA PARA TAREAS U OBJETOS ESCOLARES)			
-RECURSOS EXTERNOS (FOLDERS, BOTES, BOWLS)			
SUEÑO			
-EVITAR ESTAR EN CAMA SALVO PARA DORMIR O TENER INTIMIDAD			
-EVITAR SIESTAS (LIMITADAS EN TIEMPO CON ALARMA)			
-NO ESTAR EN CAMA MUCHO TIEMPO DESPIERTO (15-20 MIN. MÁXIMO)			
-NO USAR CELULAR O LUZ AZUL 30 MINS ANTES DE IR A LA CAM			
-COMPRESIÓN DEL SUEÑO (DIARIO DEL SUEÑO)			

-TENER RUTINA PRE-DESCANSO			
-RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA POR 5 MINUTOS			
-RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA			
-ACTIVIDAD TRANQUILA ANTES DE IR A CAMA (LEER LIBRO TEDIOSO O QUE YA SE HA LEÍDO)			
-15 O 20 MINUTOS DE EJERCICIO AL DÍA			
-EVITAR COMIDAS PESADAS 3 HORAS ANTES DE IR A CAMA			
MOTIVACIÓN			
-DARSE AUTOINSTRUCCIONES BREVES PARA INICIAR UNA TAREA			
-DARSE AUTOINSTRUCCIONES BREVES PARA REANUDAR UNA TAREA			
-MAXIMIZAR BENEFICIOS DE HACER LA TAREA, EXALTÁNDOLOS.			
-REGISTRO POR ESCRITO DE LAS OCASIONES SE APLICÓ LA ESTRATEGIA, BENEFICIOS Y REFORZADOR AUTOADMINISTRADO			
-SABER QUE LAS RECAÍDAS SUCEDERÁN, SOLO "SEGUIR PEDALEANDO" AUN CUANDO SE HAYA CAÍDO			
-DEFINIR UN TIEMPO DE INICIO Y FINAL ESPECÍFICO PARA UNA TAREA (30 MINUTOS, DE 6-6:30, NO MÁS)			
-TENER UN CONCEPTO DIFERENTE DEL TIEMPO ("HE VISTO 10 MINS DE COMERCIALES EN LA TV, ESTARÉ 10 MINS EN ESTA TAREA")			
-COMPROMISO VERBAL CON ALGUIEN A "QUIEN RENDIRLE CUENTAS" SOBRE UNA TAREA			
-10 MINUTOS, ÚNICAMENTE ESTAR 10 MINS EN LA TAREA. FORMA DE "METERTE AL LADO POCO PROFUNDO DE LA ALBERCA"			
ATENCIÓN SOSTENIDA			
-VER VIDEOS DE CORTA Y LARGA DURACIÓN, AUMENTANDO MINUTOS SE SOSTIENE LA ATENCIÓN			
-LEER TEXTOS DURANTE TIEMPOS GRADUALES			

AUMENTANDO MINUTOS SE SOSTIENE LA ATENCIÓN			
-EJERCICIOS DE ATENCIÓN SOSTENIDA EN NEURON UP			
MEMORIA DE TRABAJO (MT)			
-REALIZAR SERIE DE TAREAS CON INTERRUPCIÓN PARA TENER MEJORÍA EN MT			
-EJERCICIOS DE MEMORIA DE TRABAJO EN NEURON UP			
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA			
-CONOCER LAS BASES DE LA TCC. MODELO ABC ALBERT ELLIS. 3 NIVELES DE PENSAMIENTO (AUTOMÁTICOS, INTERMEDIOS, CENTRALES)			
-10 DISTORSIONES MÁS COMUNES EN TCC. EXPLICACIÓN Y EJERCICIOS DE IDENTIFICACIÓN			
-CREENCIAS IRRACIONALES PROPUESTAS POR ALBERT ELLIS. EXPLICACIÓN Y EJERCICIOS DE IDENTIFICACIÓN			
-CREENCIAS CENTRALES PROPUESTAS POR AARON BECK. EXPLICACIÓN Y EJERCICIOS DE IDENTIFICACIÓN			
-TÉCNICA DE LA FLECHA DESCENDENTE			
-SUGERENCIAS RACIONALES PARA DEBATIR IDEAS IRRACIONALES PROPUESTAS POR A. ELLIS			
-SUGERENCIAS RACIONALES PARA DEBATIR 10 CREENCIAS MÁS COMUNES DE LA TCC			
-DEBATE COGNITIVO (IDENTIFICACIÓN IDEAS IRRACIONALES, CONTRASTE EMPÍRICO, Y ADAPTATIVO, PENSAMIENTO ALTERNATIVO, ETC.)			
-AUTOINSTRUCCIONES (¿QUÉ DECIRSE EN CASO DE QUE SURJA UNA EMOCIÓN NO ADAPTATIVA?)			
-PARADA/DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO			
-TIEMPO ESPECÍFICO PARA PREOCUPACIONES, NO "OCUPARSE ANTES"			

-TÉCNICA DE LAS TRES COLUMNAS (DEBATE COGNITIVO BREVE)			
--	--	--	--