



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

**Título manuscrito.**

**Perfil Neuropsicológico de un Adulto Universitario con Fallas  
Atencionales, Comórbido con Problemas del Estado de Ánimo.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A:**

Hilda Rosa Ramírez Olivares

Director: Dra. Helena Romero Romero  
Dictaminadores:

Presidente: Dr. Miguel Ángel Hernández Balderas  
Secretario: Mtro. Ángel Fernando Villalva Sánchez  
Vocal: Dra. Helena Romero Romero



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, noviembre 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## Índice

Resumen .....	5
Abstract .....	5
Introducción .....	7
Marco teórico .....	9
Antecedentes .....	9
Diagnóstico .....	12
<i>Manifestaciones clínicas</i> .....	13
<i>Criterios de diagnóstico</i> .....	15
Etiología .....	17
<i>Factores genéticos</i> .....	17
<i>Factores neuroquímicos</i> .....	18
<i>Factores neuroanatómicos</i> .....	18
<i>Factores ambientales</i> .....	19
Prevalencia .....	20
Trastornos Comórbidos .....	21
<i>Trastorno depresivo</i> .....	21
<i>Trastorno de ansiedad</i> .....	21
<i>Trastorno bipolar</i> .....	22
<i>Trastorno por consumo de sustancias</i> .....	22

	3
<i>Labilidad emocional</i> .....	23
<i>Trastorno por atracón</i> .....	23
Funciones ejecutivas .....	24
Impacto psicosocial .....	25
Evaluación .....	26
<i>Entrevista</i> .....	27
<i>Escalas de evaluación</i> .....	27
<i>Evaluación de funciones ejecutivas</i> .....	29
Método .....	33
Participante .....	33
<i>Instrumentos</i> .....	34
Entrevista neuropsicológica .....	34
DIVA 5 .....	35
Wender-Utah Rating Scale .....	35
BANFE-2 (Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales) .....	35
WAIS-IV (Escala de inteligencia de Wechsler para adultos) .....	36
IDARE (Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado) .....	36
BDI-2 (Inventario de depresión Beck, segunda edición) .....	37
<i>Procedimiento</i> .....	37
Resultados .....	40

<i>Hallazgos neuropsicológicos</i> .....	47
Presentación y conducta .....	47
Orientación .....	48
Atención y concentración .....	48
Habilidades visoespaciales .....	49
Memoria .....	49
Funciones ejecutivas .....	49
Discusión y conclusiones .....	54
Referencias .....	60

## Resumen

La atención es un proceso cognitivo que implica el funcionamiento de otros procesos que permiten que las personas sean capaces de prestar atención a la información que se recibe del ambiente (Villarroy y Muiños, 2018). Cuando este proceso presenta un déficit, se habla de fallas atencionales, en adultos cuando se presenta una falla se suele pensar en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2017; Ortiz y Jaimes, 2016). En este trabajo se efectuó un proceso de evaluación dirigido al diagnóstico inicial de un estudiante del sistema SUAyED que reporta fallas atencionales. Se aplicó: una entrevista neuropsicológica, la entrevista DIVA-5, la escala Wender-Utah (WURS), la batería neuropsicológica BANFE-2, la escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV), el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) y el inventario de depresión de Beck 2 (BDI-2). Se encontró que cumple con los criterios diagnósticos para el TDAH predominantemente inatento. Sin embargo, no presenta una disfunción ejecutiva evidente. Adicionalmente, se determinó que presenta un nivel alto de ansiedad estado y ansiedad rasgo, lo que no permite ni aceptar ni rechazar el diagnóstico de TDAH, se requiere de ampliar la evaluación.

## Abstract

Attention is a cognitive process that involves the functioning of various procedures that help and allow people to be able to pay attention to the information received from the environment (Villarroy and Muiños, 2018). When we talk about attention failures in adults, we usually think of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). ADHD is a neurodevelopmental disorder, characterized by the presence of inattention, hyperactivity and

impulsivity (Working group of the Clinical Practice Guideline on Therapeutic Interventions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 2017; Ortiz y Jaimes, 2016). An evaluation process was carried out aimed at the initial diagnosis of a student of the SUAyED, who reports attention failures. Where it was applied: a neuropsychological interview, the DIVA-5 interview, the Wender-Utah Scale (WURS), the BANFE-2 neuropsychological battery, the Wechsler Intelligence Scale for Adults (WAIS-IV), the State-Trait Anxiety Inventory. (IDARE) and the Beck Depression Inventory 2 (BDI-2). The results found that he meets the diagnostic criteria for predominantly inattentive ADHD. However, he does not have obvious executive dysfunction. Additionally, it was determined that he presents a high level of state anxiety and trait anxiety, which does not allow me to accept or reject the diagnosis of ADHD, it is necessary to expand the evaluation.

## Introducción

La atención es un proceso cognitivo que implica el funcionamiento de otros procesos cognitivos que permiten que las personas sean capaces de prestar atención a la información que se recibe del ambiente. Los mecanismos que se ven implicados en el funcionamiento de dicho proceso ayudan a que sea posible procesar la información que se recibe y permiten que se emita una respuesta o se lleve a cabo tarea con la información recibida. Así, si existe una falla en la atención se verá afectada la conducta de la persona, lo que puede implicar errores o que se produzca una conducta inadecuada. Por ejemplo, la atención es fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo que tiene un impacto importante en el desarrollo académico. Si las fallas de atención afectan cómo responde la persona, es claro que este tipo de fallas puede tener un gran impacto en la vida del adulto (Villarroig y Muiños, 2018).

Cuando se habla de fallas atencionales en adultos, se suele pensar en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Por ejemplo, cuando una persona busca una evaluación psicológica donde su queja principal son fallas atencionales que causan problemas en los diferentes ámbitos donde se desarrolla, se vuelve necesario, en el proceso de evaluación, sospechar que el participante tiene TDAH. Sin embargo, se debe tener en cuenta que existen otros trastornos o condiciones que pueden afectar la atención, como un coeficiente intelectual más bajo del rango del promedio, la ansiedad y/o la depresión, por lo que es importante considerar dentro de la evaluación, dichas condiciones clínicas (Fernandez-Carrillo y Gutiérrez, 2009).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo, que puede persistir en la edad adulta, se caracteriza por la presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones

Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2017; Ortiz y Jaimes, 2016). Es frecuente que se presente con trastornos comórbidos, se estima que el 70% adultos con TDAH ha desarrollado algún trastorno comórbido, en los que se destacan la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno bipolar y el abuso de sustancias, además, se ha reportado la presencia de labilidad emocional y atracones (Ortiz y Jaimes, 2016).

En el adulto, el TDAH y los trastornos comórbidos tienen un impacto negativo en el nivel de funcionamiento y en la calidad de vida, por ejemplo, estas personas frecuentemente tienen dificultades para relacionarse con otros, lo que implica problemas familiares y de pareja (Ortiz y Jaimes, 2016). A nivel académico se presentan problemas de desempeño que suponen bajas calificaciones y rezago escolar, lo que puede desembocar en deserción (Quintero et al., 2011; Barkley, Murphy y Fischer, 2010, como se citó en Sepúlveda y Epina, 2021).

En este trabajo se efectuó un proceso de evaluación dirigido al diagnóstico inicial de un participante que es estudiante universitario en del sistema SUAyED, que reporta fallas atencionales, las cuales han afectado los diversos ambientes donde se desenvuelve y han estado presentes toda su vida. El proceso de evaluación se llevó a cabo en tres sesiones de dos horas, donde se aplicó, una entrevista neuropsicológica, la entrevista DIVA-5, la escala Wender-Utah (WURS), la batería neuropsicológica BANFE-2, la escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV), el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) y el inventario de depresión de Beck 2 (BDI-2).

## Marco teórico

### Antecedentes

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo generalmente diagnosticado en la infancia, aunque se sabe que puede persistir en la edad adulta, se caracteriza por la presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad, las cuales son excesivas con lo esperado para la etapa de desarrollo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2017; Ortiz y Jaimes, 2016)

Se considera un trastorno cuando los síntomas se observan con mayor frecuencia e intensidad si se comparan con sus coetáneos, y cuando estos interfieren con la vida cotidiana, en la escuela, en la casa y en cualquier entorno donde se desempeñe la persona, así mismo los síntomas deben persistir por más de seis meses (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2017; Ortiz y Jaimes, 2016).

La primera descripción que evoca al TDAH, aparece a finales del siglo XVIII, en 1798, de manos del Sir Alexander Crichton, quien hace la descripción de un caso de TDAH predominantemente inatento en su obra titulada: *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects* (una investigación sobre la naturaleza y origen de la enajenación mental) (López et al., 2016; Quintero y Castaño de la Mota, 2014). Dentro del capítulo dedicado a la Atención, Crichton caracterizó a un tipo de pacientes, el cual mostraba inquietud y agitación mental, y motora, relacionadas a una falta de atención severa que dificultaba la instrucción escolar (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

Sería hasta el año de 1845, cuando se vuelve a hacer mención del TDAH, de parte de Heinrich Hoffman, psiquiatra que escribió una obra ilustrada para niños titulada: *Der Struwwelpeter* (Pedro Melenas), donde en el capítulo titulado: Felipe el inquieto, refiere a un niño inquieto y travieso, con una conducta que probablemente cumpliría los actuales criterios de diagnóstico (López et al., 2016; Quintero y Castaño de la Mota, 2014)

Fue hasta inicios de siglo XX que se realizó la primera descripción que puede llamarse científica, de mano del pediatra George Still, el cual publicó un artículo titulado: *Some abnormal pschical conditions in children* (Algunos trastornos psíquicos anormales en niños, en la revista *The lancet*, donde realizó una descripción de un grupo de 43 niños, los cuales presentaban comportamiento agresivo, dificultad para mantener la atención, desinhibición y la tendencias a realizar conductas opuestas a las reglas. Refirió que estos síntomas se relacionaban con una falta de atención sostenida, a un defecto del control moral e inhibición, donde la atención se veía sujeta a la gratificación inmediata (López et al., 2016).

Aproximadamente una década después, en 1917, se observó un cuadro similar al descrito por Still, en niños que tenían una lesión cerebral o que habían sobrevivido a la encefalitis letárgica, por lo que Hoffman empezó a emplear el término *Daño Cerebral* para referirse al cuadro. Sin embargo, más adelante se determinó que no había daño cerebral aparente, debido a lo cual se pensó que podría ser muy leve y empezó a designarse como *Daño Cerebral Mínimo*, para después referirse a esta como *Disfunción Cerebral Mínima* (López et al., 2016).

A finales de la década de los 50s, la hiperactividad se estableció como el síntoma más relevante, debido a lo cual se empezaría a referir a este como *Síndrome Hiperkinético*. A principios de los 60, Stella Chess y otros investigadores, refieren la existencia del llamado

*Síndrome del Niño Hiperactivo*, como un trastorno de la conducta en niños, donde se observaba un movimiento constante o un alto nivel de actividad y de precipitación (López et al., 2016).

Fue hasta el año de 1968, que el TDAH se incluye en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM II), bajo la designación de *Reacción Hiperkinética de la Infancia*, este se caracterizaba por la presencia de un exceso de actividad e inquietud, donde había poca capacidad de para prestar atención, el cual se pensaba que tendía a disminuir en la adolescencia. En 1980, en la tercera edición del DSM, cambia de designación debido a que toma relevancia la falta de atención, siendo nombrado como Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (López et al., 2016).

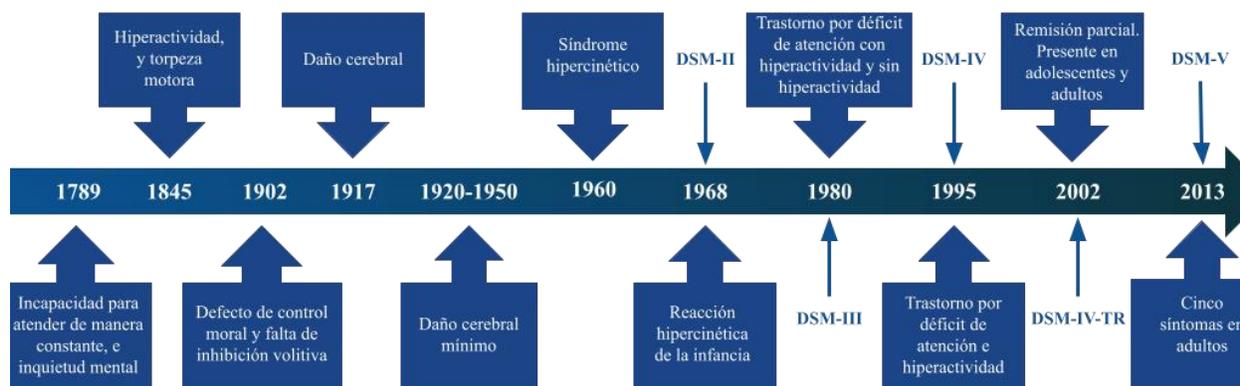
En 1992, fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones con inicio en la infancia y en la adolescencia, en el subgrupo de Trastornos Hiperkinéticos, trastornos caracterizados por comportamientos con poca modulación, falta de atención, donde existe una tendencia a cambiar de actividad de forma constante y desorganizada, así como la dificultad para llevar a término dichas actividades (López et al., 2016).

En la cuarta edición del DSM, se establece la denominación de TDAH con tres subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado, incluyendolo en los trastornos del inicio de la infancia, dentro del grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador (Ortíz y Jaimes, 2016; López et al., 2016). Asimismo, es importante comentar, que en la siguiente edición del DSM se realizan algunas modificaciones, la principal es que este trastorno pasa al grupo de trastornos del neurodesarrollo, donde deja de hablarse de subtipos para referirse a presentaciones, las cuales pueden cambiar a lo largo de la vida, así como se disminuyen los

síntomas para población adulta, sugiriendo la noción de que este trastorno puede continuar en el adulto o donde los síntomas se pueden presentar de forma tardía (Quintero y Castaño de la Mota, 2014; Ortiz y Jaimes, 2016).

En la Figura 1, se puede observar la evolución histórica de cómo se ha nombrado y referido este trastorno a lo largo del tiempo, hasta llegar a la concepción actual.

**Figura 1.**  
*Evolución del concepto de TDAH.*



*Nota.* Diagrama basado en la Figura 1, “Evolución histórica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad” que aparece en el recurso Ortiz y Jaimes (2016), Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios.

## Diagnóstico

El diagnóstico del TDAH se basa en los criterios de diagnóstico contenidos en el DSM-V y/o en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en la versión 11 (CIE-11), debido a que no hay hasta el momento biomarcadores específicos para el trastorno (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2017; Lemus, 2021).

El instrumento que se emplea principalmente para el diagnóstico es la entrevista clínica, así como otros instrumentos que permiten complementar el proceso de evaluación como las

escalas de evaluación (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, 2017; Lemus, 2021).

Dentro de la evaluación, es primordial elaborar una meticulosa historia clínica, donde en el caso de menores se recomienda contar con más de un informante y que los instrumentos que se usen deben de contemplar más de dos ámbitos (Lemus, 2021). Se debe de mencionar que los síntomas y signos en el adulto suelen ser sutiles y subjetivos, por lo que es importante que en el historial clínico se recuperen antecedentes de la infancia relacionados con el trastorno, así como de los síntomas presentes en la actualidad y sus repercusiones en la vida del consultante en la familia, en el trabajo y en las relaciones sociales (Valdizán e Izaguerri-Gracia, 2009).

Ramírez y Maldonado (2021), mencionan que en la evaluación del adulto se puede realizar una combinación de instrumentos, una entrevista de diagnóstico semiestructurada o estructurada con una escala dimensional que permita determinar la gravedad de la sintomatología, así como el deterioro en diversos ámbitos. En el diagnóstico es fundamental indagar sobre la persistencia de los síntomas y la intensidad de estos, de manera que se pueda determinar si estos interfieren en el funcionamiento de por lo menos dos ambientes diferentes (Lemus, 2021).

### ***Manifestaciones clínicas***

Los síntomas cardinales son la hiperactividad, la inatención y la impulsividad, los cuales varían dependiendo en la etapa evolutiva en la que se encuentra el individuo, y en el caso particular de los menores es importante distinguir lo que se espera para la edad y el nivel de desarrollo. Asimismo, se debe de tener en cuenta que los síntomas son contexto-dependientes, lo que implica que en ambientes organizados y estructurados o interesantes y novedosos la intensidad disminuye (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020).

En los adultos además de los tres síntomas cardinales, está presente la desregulación emocional, donde la inatención destaca dentro de estos síntomas. Es necesario comentar que diversos síntomas relacionados con la inatención son clasificados como un déficit en las funciones ejecutivas, las cuales son necesarias para ejecutar y mantener acciones. Las deficiencias en las funciones ejecutivas contribuyen en los problemas que más se presentan relacionados con la falta de atención, como organizar, priorizar, seguir y finalizar actividades, la gestión del tiempo y mantener la concentración en la tarea (Ramírez y Maldonado, 2021). En la Tabla 1, se resumen los síntomas presentes en el adulto con base a Ramírez y Maldonado (2021) y Valdizán e Izaguerri-Gracia (2009)

**Tabla 1.**  
*Síntomas presentes en el adulto con TDAH*

<b>Síntoma cardinal</b>	<b>Síntomas</b>
Inatención	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de concentración               <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Distracción con pensamientos irrelevantes (Barkley, 2008, como se citó en Ortiz y Jaimes, 2016)</li> <li>◆ Dificultad para mantenerse despierto o alerta cuando se está aburrido (Barkley, 2008, como se citó en Ortiz y Jaimes, 2016)</li> </ul> </li> <li>● Problemas de memoria (olvidos)</li> <li>● Dificultad para priorizar y organizar tareas</li> <li>● Problemas para dar seguimiento y terminar tareas</li> <li>● Dificultad para gestionar el tiempo.</li> <li>● Dificultad para seguir instrucciones (Barkley, 2008, como se citó en Ortiz y Jaimes, 2016).</li> </ul>
Impulsividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Decir lo que se piensa sin tomar en cuenta las consecuencias nocivas</li> <li>● Participación excesiva en actividades</li> <li>● Toma de decisiones de manera impulsiva (Barkley, 2008, como se citó en Ortiz y Jaimes, 2016)</li> <li>● Otros comportamientos impulsivos como peleas o discusiones</li> </ul>
Hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Parecen inquietos o refieren sentirse inquietos</li> <li>● Habla excesiva</li> <li>● Interrumpen a otros</li> </ul>

---

Desregulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cambios en el estado del ánimo</li> <li>● Baja tolerancia a frustración</li> <li>● Irritabilidad</li> <li>● Falta de motivación</li> </ul>
-------------------------	---

---

### ***Criterios de diagnóstico***

Generalmente el diagnóstico se basa en los criterios del DSM-V, no obstante se debe de tener en cuenta que el diagnóstico es clínico y que al ser un trastorno del neurodesarrollo, los síntomas evolucionaran a lo largo de la vida (Ramírez y Maldonado, 2021; Rusca-Jordan y Cortez-Vergara, 2020).

El TDAH está clasificado, dentro del DSM-V, en la sección correspondiente a los trastornos del neurodesarrollo, donde se requiere de al menos seis síntomas durante un periodo de 6 meses en niños y, en adolescentes de 17 años a adultos, se solicitan cinco síntomas (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014). En la Tabla 2, se recuperan los criterios de diagnóstico contenidos en el DSM-5

**Tabla 2**

*Criterios de diagnóstico contenidos en el DSM-V*

### **Criterios de diagnóstico**

---

**A.** Se presenta un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo”, y se caracteriza por síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014, p. 59).

---

#### 1. Inatención

A. Frecuentemente tiene fallas en prestar la atención necesaria a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo, tareas escolares o en otras actividades.

B. Frecuentemente presenta dificultades para sostener la atención en tareas o actividades recreativas.

#### 2. Hiperactividad e impulsividad

A. Frecuentemente golpea o juega con los pies o las manos o se retuerce en su lugar (asiento).

B. Frecuentemente se levanta en situaciones en las que se requiere que permanezca sentado.

C. Frecuentemente trepa o corretea en situaciones donde no es apropiado (en adultos puede limitarse a estar inquieto).

---

### Criterios de diagnóstico

- 
- |   |  |
|---|--|
| <p>C. Frecuentemente aparenta no escuchar cuando le hablar de manera directa</p> <p>D. Frecuentemente no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los deberes laborales o los quehaceres</p> <p>E. Frecuentemente tiene dificultad para organizar actividades y tareas</p> <p>F. Frecuentemente evita, se muestra poco entusiasta o le disgusta iniciar tareas que requieren mantener un esfuerzo mental sostenido.</p> <p>G. Frecuentemente pierde cosas que requiere para tareas o actividades</p> <p>H. Frecuentemente los estímulos externos le distraen con facilidad.</p> <p>I. Frecuentemente olvida realizar actividades cotidianas</p> | <p>D. Frecuentemente no es capaz de jugar o de efectuar tranquilamente sus actividades recreativas</p> <p>E. Frecuentemente se encuentra “ocupado”, actúa como si “lo impulsara un motor” (p. ej. se siente incómodo si tiene que estar quieto un tiempo prolongado; otras personas pueden pensar que está intranquilo)</p> <p>F. Frecuentemente habla de manera excesiva</p> <p>G. Frecuentemente responde antes de que hayan terminado de realizarle una pregunta</p> <p>H. Frecuentemente tiene dificultades para esperar su turno</p> <p>I. Frecuentemente interrumpe a los demás o se inmiscuye con otras personas.</p> |
|---|--|
- 

B. Algunos síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.

---

C. Diversos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos o ambientes

---

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento en los ámbitos: social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

---

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico, y que no se explique mejor por trastorno mental

---

*Nota.* Datos recuperados de Asociación Psiquiátrica Americana (2014, pp.59-61), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V).

Se debe de comentar que el TDAH, se clasifica en presentaciones, de tal forma que, si cumplen con los seis o cinco Criterios, según sea el caso (sea niño o adulto), correspondientes en

la sección de inatención pero no con los que corresponden a la sección de hiperactividad-impulsividad, la presentación es predominantemente inatenta. Mientras que si se cumplen los criterios de hiperactividad-impulsividad pero no los de inatención, la presentación es predominantemente hiperactividad-impulsiva. Asimismo, se debe de comentar que cuando se cumplen ambos grupos de criterios la presentación es combinada (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014; Ramírez y Maldonado, 2021).

También, es necesario especificar el nivel de gravedad cuando se efectúa el diagnóstico. En el nivel leve los síntomas son pocos o sólo están presentes aquellos necesarios para el diagnóstico, el nivel moderado supone un deterioro en funciones que se encuentra entre leve y grave, y por último, el nivel grave, existe la presencia de diversos síntomas, más de los que se requieren para el diagnóstico o en su defecto, la gravedad de los síntomas es alta, evidenciando un deterioro elevado de las funciones que impacta de manera negativa los ambientes donde se desenvuelven el consultante (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014).

### **Etiología**

Se considera que la etiología de este trastorno es multifactorial, donde no es posible explicar su presencia con base a una causa única, sino que se considera que existen una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan con factores de tipo ambiental (Quintero y Castaño, 2014).

### ***Factores genéticos***

En general, se considera que el TDAH tiene una importante carga genética (Borrego, 2010). Por ejemplo, se han identificado diversos grupos de genes involucrados, los genes DRD3, DRD4, DRD5, DAT que corresponden a las vías dopaminérgicas, los genes NET y SLC6A de las vías noradrenérgicas, de las vías serotoninérgicas los genes HTR1B, HTR2A, HTT y

SCLC6A4, y en la neurotrofinas el gen BDNF (Ortiz y Jaimes, 2016). Además, se ha señalado que la contribución genética de este trastorno es elevada, pues los padres con síntomas o antecedentes de TDAH tienen un riesgo mayor al 57% de que su descendencia tenga este trastorno (Barkley y Murphy, 2005, como se citó en Ortiz y Jaimes, 2016).

### ***Factores neuroquímicos***

En el TDAH existe una disregulación de noradrenalina y dopamina que suponen una deficiencia lo que explica la serie de síntomas asociados al trastorno, donde se considera que la dopamina es principalmente responsable de los síntomas asociados a la hiperactividad e impulsividad, mientras que a la noradrenalina se le ha relacionado con los síntomas atencionales y afectivos (Quintero y Castaño, 2014)

### ***Factores neuroanatómicos***

Diversos estudios han encontrado alteraciones anatómicas asociadas al TDAH, por ejemplo, se ha encontrado que diversas estructuras nerviosas tienen un tamaño menor en comparación con las personas sin esta condición. Entre las más afectadas se encuentran: el cerebelo, el núcleo caudado, el putamen, el globo pálido, el cuerpo calloso y regiones del córtex prefrontal dorsolateral (Thapar et al., 2015, como se citó en Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020). Así mismo, se debe de comentar que también se han observado alteraciones en la integridad de la materia blanca y se ha demostrado la hipoactivación de la corteza prefrontal y del cíngulo (Melo et al, 2018, como se citó en Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020). Por último, también se ha hecho mención de que los traumatismos craneo encefálicos tienen un impacto en la aparición del TDAH (Quintero y Castaño, 2014).

## ***Factores ambientales***

### **Factores prenatales, perinatales y postnatales**

Los factores ambientales también pueden tener un papel importante en la etiología del TDAH, pero específicamente en el período de la gestación, en el parto, y en los primeros meses de vida, donde diversas complicaciones contribuirían a su origen. Por ejemplo, el bajo peso al nacer, un nacimiento prematuro, una doble circular, o a la exposición a diversas sustancias como el alcohol o el tabaco (Ortiz y Jaimes, 2016; Quintero y Castaño, 2014; Borrego, 2010).

### **Factores relacionados con la crianza**

Es necesario mencionar que cuando se junta una predisposición con condiciones desfavorables, como, por ejemplo, la desintegración familiar, antecedentes de negligencia o maltrato, casas de acogida, familias homoparentales, o cuando alguno de los padres tiene TDAH debido a la falta de un modelo adecuado de autorregulación y de control-inhibición de la conducta, estas condiciones pueden suponer la expresión de la carga genética (Borrego, 2010; Ramos-Quiroga, 2009; Asociación Psiquiátrica Americana, 2014).

### **Factores nutricionales**

Asimismo, se ha considerado que la nutrición durante el desarrollo del sistema nervioso central puede tener un impacto en la etiopatogenia del TDAH, específicamente, se ha destacado que una dieta baja en proteínas y alto contenido de hidratos de carbono, déficits de aminoácidos, de complejo B y de omega-3. Por otro lado, también se ha considerado el impacto de alergias a aditivos alimentarios. Por último, se debe de mencionar que el origen del TDAH también se ha relacionado con un déficit de hierro que a su vez se relaciona con la disminución de receptores del sistema dopaminérgico (Quintero y Castaño, 2014).

## Prevalencia

El DSM-V refiere que la prevalencia del trastorno tiene un valor cercano al 5% en niños de la mayoría de las culturas (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014). Aguirre et al. (2022), mencionan que recientemente se ha detectado un aumento en la prevalencia en diversas partes del mundo, por ejemplo, Thomas, Sanders, Doust, Beller y Glasziou (2017) en su análisis metaanalítico reportan una prevalencia global del 7.2%.

Por otro lado, Eduardo Arrollo, director del Hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro, refiere que, en México hay dos millones de menores que viven con el trastorno en sus diferentes etapas evolutivas, a nivel escolar por ejemplo, se sugiere un 8%, donde se observa una mayor prevalencia en el sexo masculino (Secretaría de Salud, 2019).

Asimismo, se estima que existe mayor prevalencia en varones que en mujeres, donde se ha determinado que la relación es de 2:1. Es necesario comentar que se considera que las diferencias en las estimaciones de la prevalencia por género para este trastorno, se debe, en muchos casos a que los síntomas presentes en el sexo femenino refieren un perfil de inatención el cual pasa desapercibido (Quintero y Castaño, 2014).

Asimismo, se estima que a nivel internacional la prevalencia en adultos oscila entre 2.5 y el 4.4% (Ortiz y Jaimes, 2016). Es necesario comentar que la diferencias entre la prevalencia en niños y en adultos, se debe a un infra diagnóstico, pues hay un desconocimiento por parte de los médicos de atención primaria de cómo se presentan los síntomas en esta población, donde hay un predominio de los síntomas de inatención, así como de la manifestación de diversas comorbilidades que muchas veces ocultan la presencia del trastorno (Borrego, 2010).

## **Trastornos Comórbidos**

En el TDAH es frecuente que se presenten trastornos comórbidos, se estima que el 70% de adultos con TDAH ha desarrollado algún trastorno comórbido, entre los que se destacan la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno bipolar y el abuso de sustancias, así mismo se ha reportado labilidad emocional y atracones (Ortiz y Jaimes, 2016). Los trastornos comórbidos modifican la presentación clínica del TDAH, lo que implica implementar cambios en el tratamiento considerando la presencia de estos, ya que se deben de abordar de manera simultánea para mejorar el pronóstico (Holguín y Cornejo, 2008).

### ***Trastorno depresivo***

El trastorno depresivo mayor es un padecimiento común en los adultos que tienen TDAH (Ramírez y Maldonado, 2021). En niños con TDAH la incidencia de depresión es mayor que en la población infantil sin el trastorno, se ha reportado que es de 30% y que esta aumenta conforme pasa el tiempo, llegando a ser del 40% (Holguín y Cornejo, 2008).

Las personas con TDAH que tienen esta comorbilidad presentan, irritabilidad, aislamiento social, pobre desempeño escolar y/o laboral, síntomas somáticos y negativismo (Holguín y Cornejo, 2008).

### ***Trastorno de ansiedad***

En las personas con TDAH, la ansiedad se presenta a temprana edad, en el periodo escolar, debido a la demanda del entorno, de manera tal que disminuye cuando baja el estrés asociado a esta demanda. Se ha encontrado que el tratamiento del TDAH disminuye los síntomas de ansiedad, lo cual obedece a que la persona es capaz de asumir de mejor manera las exigencias del entorno y por tanto la ansiedad disminuye. Asimismo, es necesario comentar que se asocia la ansiedad a las fallas académicas y a las fallas crónicas en la interacción social (Holguín y

Cornejo, 2008). Se estima que la comorbilidad de los trastornos de ansiedad en adultos con TDAH oscila del 25% al 50% (Valdizán e Izaguerri-Gracia, 2009).

### ***Trastorno bipolar***

Arnold y Biederman refieren que 23% de las personas con TDAH presentan como comorbilidad el trastorno bipolar. Los niños que tienen trastorno bipolar y TDAH presentan cuadros de síntomas maníacos de menor duración, donde se observa: ira, irritabilidad, comportamientos agresivos y oposicionistas y euforia, asimismo se puede observar pensamiento acelerado y grandiosidad (Holguín y Cornejo, 2008).

### ***Trastorno por consumo de sustancias***

Diversos estudios han reportado que los adultos con TDAH tienden a consumir el doble que un adulto sin el trastorno, entre las sustancias que más se consumen están: el alcohol, la nicotina, la mariguana y la cocaína (Holguín y Cornejo, 2008). Se considera que existe un trastorno por consumo de sustancias cuando se presenta un deterioro clínicamente significativo dentro de un periodo de doce meses, donde se asocian síntomas cognitivos, fisiológicos y comportamentales que son indicativo de que la persona continúa consumiendo a pesar de los problemas y efectos nocivos de dichas sustancias, los cuales impactan negativamente en las diversas esferas donde se desenvuelve la persona (Ortiz et al., 2017; Asociación Psiquiátrica Americana, 2014)

Con base a la evidencia recuperada de diversos estudios, el TDAH está estrechamente relacionado con el inicio temprano y prolongado del consumo de sustancias, de manera tal que esta población tiene una probabilidad mayor de desarrollar el trastorno por consumo de sustancias, de 2 y 2.5 veces más que la población general (Ortiz et al., 2017).

Diversos estudios sugieren que el uso de estimulantes reduce el riesgo de la comorbilidad de un trastorno por consumo de sustancias en personas con TDAH. Asimismo, se debe considerar el uso de otras medidas, como el empleo de medicamentos no estimulantes y de terapia de la conducta cuando ya existe este trastorno o hay un riesgo elevado al desarrollo de este (Ortiz et al. 2017).

### ***Labilidad emocional***

En adultos con TDAH, además de los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, existe la presencia de diversos problemas afectivos: excesiva reactividad emocional y labilidad emocional, esta desregulación emocional está presente en ausencia de otros trastornos como la ansiedad o la depresión (Reimherr et al., 2005, como se cita en Graxiola, 2015). En diversos artículos científicos, se ha referido una prevalencia de esta desregulación emocional entre el 24% y el 50% en jóvenes (Shaw et al., 2014, como se citó en Alpizar-Velázquez, 2019).

Asimismo, se estima que existe una mayor susceptibilidad a presentar desregulación emocional cuando la presentación del TDAH es combinado y ha prevalecido a la edad adulta, donde se ha encontrado que algunos casos severos tiene buena respuesta al tratamiento con estimulantes, específicamente el metilfenidato (Raimherr et al., 2010, como se citó en Alpizar-Velázquez, 2019).

### ***Trastorno por atracón***

Se ha asociado a los trastornos alimenticios con el TDAH, en particular a los comportamientos tipo adictivos, como lo serían los atracones y el comer en exceso. Donde se considera que la razón de la conducta compulsiva se encuentra en la desregulación emocional y

los sentimientos negativos, aunque se desconocen los mecanismos que intervienen (El Archi et al, 2020).

Asimismo, se debe de mencionar que se estima que del 26% al 31% de las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno por atracón tienen TDAH (Svedlund et al., 2019). Por otro lado, existe evidencia que el tratamiento con estimulantes reduce los síntomas asociados a la alimentación compulsiva presente en el trastorno por atracón, en particular el fármaco lisdexanfetamina, conocido en México como vyvanse (Svedlund et al., 2019).

### **Funciones ejecutivas**

Recientemente, el constructo Funciones Ejecutivas (FE) ha tomado relevancia en relación al TDAH, debido a que contempla una serie de procesos cognitivos necesarios para enfrentar situaciones nuevas y problemas, de manera que sea posible desarrollar estrategias que permitan solventarlos, proceso que está afectado en este trastorno (Strauss et al., 2006, como se citó en Amador y Krieger, 2013; Salazar et al., 2021).

Las FE son un constructo multidimensional que contempla diversos procesos que son fundamentales para dirigir la conducta, los cuales son: planificación, memoria de trabajo, atención, inhibición, razonamiento, flexibilidad cognitiva, solución de problemas, inicio, dirección y término de tareas, etc. (Amador y Krieger, 2013). Las cuales se encuentran ubicadas en la corteza prefrontal y son producto de un proceso evolutivo, proceso que inicia en el periodo perinatal, desarrollándose de manera progresiva y gradual a lo largo de los primeros veinte años de vida (Salazar et al., 2021).

Las alteraciones en el desarrollo y maduración de las FE limitan la capacidad de la persona para enfrentarse a los problemas que se pueden presentar en la vida y dificultan el adaptarse al medio, lo que ocasiona una serie de consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

Se ha hipotetizado que los síntomas presentes en el TDAH son déficit de estas funciones, la hipótesis se sustenta en observaciones de lesiones en el área prefrontal que tienen como consecuencia déficits en estas funciones y donde se ha observado conductas de hiperactividad, impulsividad e inatención. Se debe de mencionar que los déficits en las FE constituyen una parte importante del cuadro clínico presente en las personas con TDAH (Amador y Krieger, 2013).

Amador y Krieger (2013) citan a Anderson (2008), mencionando que los componentes destacados de estas funciones son: anticipación y gestión de la atención, memoria de trabajo, control de impulsos y autorregulación, iniciación de la acción o de la tarea, planificación y organización, flexibilidad cognitiva, selección de estrategias de solución de problemas y monitorización de la ejecución. Asimismo, Fernández-Belinchón et al. (2017) mencionan que no en todas las funciones se presentan déficits en el TDAH, sino que predominan algunos de estos componentes, como, por ejemplo, la memoria de trabajo y el control de impulsos y la autorregulación. En adultos, las disfunciones más frecuentes se encuentran en el control de impulsos y la autorregulación (o respuesta inhibitoria), la capacidad de planificación, en la flexibilidad cognitiva, la fluidez verbal y en la memoria de trabajo (Rodríguez-Jiménez et al. 2006).

### **Impacto psicosocial**

En el adulto, el TDAH y los trastornos comórbidos presentes tienen un impacto negativo en su nivel de funcionamiento y en su calidad de vida, donde es frecuente que tengan problemas para relacionarse con otros, lo que implica problemas familiares y de pareja. Asimismo, se presenta un aumento de accidentes tanto vehiculares como de trabajo, y un incremento de diversas conductas delictivas, así como el uso y abuso de sustancias (Ortiz y Jaimes, 2016).

Por otro lado, a nivel académico el adulto con TDAH tiene problemas de desempeño que suele implicar bajas calificaciones y rezago escolar, que pueden desembocar en deserción. En general, los adultos con TDAH tienen un número menor de logros académicos que los adultos que no lo padecen, aunque tengan el mismo nivel de inteligencia, no es un problema relacionado a la falta de conocimiento, se trata más de desempeño, de qué tan funcionales son y de su capacidad de gestión (Quintero et al., 2011; Barkley, Murphy y Fischer, 2010, como se citó en Sepúlveda y Epina, 2021).

Las dificultades a nivel académico, así como los problemas conductuales que padecían en ámbito escolar en la infancia, como adultos impactará en cómo se adaptan a los contextos laborales, de tal manera, que presentan problemas de adaptación, lo cuales dificultan que establezcan relaciones de trabajo y afecta su desempeño laboral, esto supone un aumento en el riesgo de desempleo (Birchwood y Daley, 2012, como se citó en Álvarez y Ferreira, 2022: Ortiz y Jaimes, 2016; Quintero et al., 2011, como se citó en Sepúlveda y Espina, 2021)).

Las problemáticas antes mencionadas hacen que frecuentemente tengan bajo autoconcepto y baja autoestima, lo que puede favorecer el desarrollo de otras comorbilidades no presentes inicialmente, es debido a esto que es importante un diagnóstico oportuno, ya que este permitirá que se provea el tratamiento adecuado (Álvarez y Ferreira, 2022).

## **Evaluación**

Ramírez y Maldonado (2021) refieren que la mejor estrategia de evaluación sería, aplicar una entrevista estructurada o semiestructurada basada en los criterios de DSM-V y después emplear escalas que permita cuantificar la gravedad de los síntomas y el deterioro en los diversos ambientes donde se desenvuelve el consultante.

## ***Entrevista***

### **DIVA-5**

La entrevista DIVA-5, es una entrevista basada en los criterios diagnósticos del DSM-V, la cual ha demostrado poseer buena sensibilidad (90%) y especificidad (79%), por lo que tiene una buena capacidad discriminativa (Ramírez y Maldonado, 2021).

La entrevista DIVA se encuentra dividida en tres secciones, todas aplicables tanto a la infancia como a la etapa adulta. La primera sección refiere a los criterios de déficit de atención (A1), la segunda a los criterios de hiperactividad-impulsividad (A2) y la tercera indaga sobre el inicio de los síntomas y la disfunción presente. Contiene diversas preguntas relacionadas con los criterios y/o síntomas, donde se provee ejemplos que son de ayuda para determinar si los criterios están presentes o no (DIVA Foundation, 2019).

## ***Escalas de evaluación***

Existen diversas escalas de evaluación para el TDAH en adultos, algunas de estas son: *Wender Utah Rating Scale*, *Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS)* y *Brown Attention Deficit Disorder Scale*.

### ***Wender Utah Rating Scale (WURS)***

La escala se conforma de 61 *ítems*, donde cada síntoma se puntúa de 0 a 4, que van de nada a mucho. En esta se requiere recordar síntomas presentes en la infancia, con frases como, de pequeño yo era, donde 42 de los primeros ítems recuperan información sobre estados de ánimo, conductas, problemas en relación a interacción y relaciones con otros (con la familia, con figuras de autoridad y con compañeros de trabajo), los siguientes siete ítems indagan sobre diversos problemas médicos, y los últimos doce sobre los problemas a nivel

académico. Asimismo, es importante mencionar que existe una versión abreviada de 25 *ítems* (Rodríguez-Jiménez et al., 2001).

Asimismo, se debe de comentar que si se emplea un punto de corte de 36 en la escala de 25 *ítems* es posible alcanzar una sensibilidad del 96% y una especificidad del 96% y con un punto de corte de 32 se logra una sensibilidad del 91.5% y una especificidad del 90.8% (Rodríguez-Jiménez et al., 2001). Por otro lado, en la escala de 61 *ítems* con un punto de corte de 67.5 es posible obtener una especificidad del 95% (Acosta et al., 2013)

### ***Conners'Adult ADHD Rating Scale (CAARS)***

La CAARS es una escala tipo *Likert*, con opciones de respuesta que van desde no hasta mucha frecuencia, que evalúa la gravedad y frecuencia de los síntomas del TDAH. Es importante mencionar que existe una versión conformada de 18 *ítems*, la cual se divide en dos partes, la primera dirigida a los síntomas de inatención y la segunda que refiere los síntomas de hiperactividad e impulsividad.

Asimismo se debe de mencionar que existe una versión extendida con una versión de autoinforme (CAARS-S:L) y una para observadores (CAARS-O:L), la cual se conforma de 66 *ítems*, que puede evaluar diferentes síntomas asociados al TDAH, como lo son, la falta de atención y los problemas de memoria, la impulsividad y la labilidad emocional, la hiperactividad e inquietud y la problema de autoconcepto (Pearson, s.f.).

### ***Brown Attention Deficit Disorder Scale***

El instrumento es una escala de frecuencia que evalúa síntomas del TDAH y la afectación en las funciones ejecutivas y en el funcionamiento cognitivo, la cual presenta un formato de autoreporte y un formato para ser respondido por una persona significativa (Reyes-Zamorano et al., 2013; Valdizán e Izaguerri-Gracia, 2009).

### ***Evaluación de funciones ejecutivas***

Existen diversas pruebas que permiten evaluar funciones ejecutivas en adultos, las cuales son de ayuda en la evaluación de adultos con TDAH, algunas de estas pruebas son; Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, Torre de Londres, *Stroop* y BANFE (Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales).

#### **Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST)**

El Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin de Schretlen se desarrolló con el objeto de evaluar la capacidad que tiene una persona para resolver problemas y para cambiar sus estrategias cognitivas como respuesta a cambios ambientales. El test es capaz de evaluar las funciones ejecutivas debido a que se necesitan de estas para resolver problemas (memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, planificación e inhibición) (Ojeda et al., 2019).

El test original está conformado por cuatro tarjetas estímulo y 128 tarjetas de respuesta, las tarjetas contienen diversas figuras (cruz, círculo, triángulo, o estrella), colores (rojo, azul, amarillo o verde) y números (uno, dos, tres o cuatro), cual contempla seis bloques con tres probables categorías de emparejamiento (Ojeda et al., 2019).

Para la aplicación de la prueba, el psicólogo debe colocar en fila las cuatro tarjetas estímulo delante de la persona que está siendo evaluada. Después se le entregan las tarjetas de respuesta y se provee las instrucciones necesarias para que las empareje las tarjetas con las tarjetas estímulo. Conforme avanza la prueba se le informa a la persona si es correcta o no la manera en que lo está emparejado pero no se dé explicaciones de la categoría que se está empleando, y cuando ya lleve cierto número de emparejamiento correcto se debe de cambiar la categoría sin dar aviso alguno (Ojeda et al., 2019).

La versión modificada de Ojeda et al, (2019) se conforma de las cuatro tarjetas estímulo ya descritas, pero reduce el número de tarjetas de respuesta a 48, y es apto para adultos en un rango de edad que comprende de 18 a 90 años.

### **La Torre de Londres-Drexler (TOLDX, Culbertson&Zilmer, 1998)**

El instrumento fue diseñado para evaluar resolución de problemas, particularmente lo que llaman planeación ejecutiva. La planeación ejecutiva implica ciertas habilidades como la habilidad de anticipar el cambio, de responder a este de manera objetiva, producir y elegir alternativa, y mantener la atención (Lezark, 1995, como se citó en Culbertson y Zilmer, 1999).

La prueba se conforma de diez problemas, donde cada uno va aumentando la dificultad de manera progresiva. La persona evaluada debe mover las cuentas en los tres pivotes de manera que se replique la configuración que ha presentado el evaluador siguiendo las reglas (Culbertson y Zilmer, 1999).

### ***STROOP*, Test de Colores y Palabras**

El test se basa en un fenómeno que fue observado la primera vez por Cattell en 1886, quien determinó que era posible leer palabras en un cuarto de segundo pero la identificación y acción de nombrar el tono del color de la letra requeriría el doble. Stroop (1935), mencionó que la diferencia entre ambas acciones estaba en que los colores tenían diversas respuestas asociadas y las palabras solo tienen asociada la lectura como respuesta, con base a esto, Stroop diseñó el test de colores y palabras (Golden, 2020).

El test evalúa diferentes aspectos atencionales que se relacionan con la memoria de trabajo, principalmente la resistencia a la interferencia debida a estímulos externos y la flexibilidad cognitiva, y se mencionan otras como creatividad y complejidad cognitiva (Ruiz-Fernández et al., 2020). En general se considera que provee información sobre la habilidad de

para manejar interferencias e inhibir respuestas relacionadas a estímulos, así como de la habilidad para procesar información compleja y de afrontar estrés cognitivo (Homack y Riccio, 20004, como se citó en Elorriaga-Santiago et al., s.f.; Golden, 2020).

El *STROOP* se conforma de tres subtareas: la tarea 1, también llamada condición P, en esta se presentan los nombres de tres colores, rojo, verde y azul, impresos en tinta negra y ordenados al azar, estas palabras no se repiten por columna, la tarea implica leer en voz alta las palabras; la tarea 2, conocida como condición C (color), en la cual se presenta al evaluado una lámina con una serie grupos de cuatro X, las cuales están impresas en alguno de estos colores, azul, verde o roja, donde la tarea es que la persona nombre el color de la tinta; y la tarea 3, conocida como PC (palabra-color), en estas la lámina aparece como en la tarea 1 pero con tinta de color, donde este que no corresponde a la palabra, por lo que, existe una incongruencia entre lo que dice la palabra y el color de la tinta, en esta tarea la persona evaluada debe decir el color de la palabra (Golden, 2020).

Es importante mencionar que la persona tiene solo 45 segundos para efectuar cada una de las tareas, por lo que el tiempo total de aplicación de esta prueba es de 5 min (Golden, 2020).

### **BANFE (Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales)**

La batería agrupa varias pruebas neuropsicológicas dirigidas a la evaluación de las funciones ejecutivas, las cuales presentan un alto nivel de confiabilidad y validez. Las pruebas están agrupadas tomando en cuenta el criterio anátomo-funcional, por lo que están divididas de la siguiente manera: pruebas que evalúan funciones que dependen de la corteza orbitofrontal (COF), pruebas para evaluar funciones que dependen de la corteza prefrontal medial (CPFM), pruebas para evaluar funciones de la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL) y pruebas que evalúan funciones que dependen de la corteza prefrontal anterior (CPFA) (Flores et al., 2014).

En la Tabla 3, se recuperan las pruebas que contempla el BANFE, donde se indica cómo se encuentra dividida con base en Flores et al. (2014).

**Tabla 3.**  
*Pruebas que contempla la BANFE*

	Funciones	Pruebas
Corteza orbitofrontal (COF) y corteza prefrontal medial (CPFM)	Funciones básicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Control inhibitorio</li> <li>● Seguimiento de reglas</li> <li>● Procesamiento riesgo-beneficio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>STROOP</i>. Evalúa el control inhibitorio</li> <li>● Juego de cartas. Permite evaluar la capacidad para identificar y evitar selecciones que implique un riesgo, así como para identificar y elegir-mantener selecciones que suponga un beneficio.</li> <li>● Laberintos. Evalúa la capacidad para seguir reglas y respetar límites.</li> </ul>
Corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL)	Memoria de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Memoria de trabajo visual autodirigida</li> <li>● Memoria de trabajo verbal-ordenamiento</li> <li>● Memoria de trabajo visoespacial-secuencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Señalamiento autodirigido. Evalúa la memoria de trabajo visoespacial autodirigida, donde se deben señalar figuras sin repetir, ni omitir ninguna.</li> <li>● Memoria de trabajo visoespacial. Permite evaluar la capacidad que tiene una persona para retener y duplicar una secuencia visoespacial de una serie determinada de figuras.</li> <li>● Ordenamiento alfabético de palabras. Estima la capacidad para ordenar y manipular información que está retenida en la memoria de trabajo.</li> <li>● Clasificación de cartas. Permite evaluar la habilidad de elaborar una hipótesis de clasificación y para modificar de manera flexible el criterio empleado.</li> <li>● Laberintos. Además de evaluar lo ya mencionado, permite determinar la capacidad de planear una acción para lograr un objetivo o meta.</li> <li>● Torre de Hanoi. Evalúa la capacidad para anticipar y planear una serie de acciones que como conjunto y en secuencia permite lograr un objetivo.</li> <li>● Suma y resta consecutiva. Permite evaluar la capacidad para efectuar operaciones de cálculo en secuencia inversa.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluidez verbal. Evalúa la capacidad para seleccionar y emitir eficientemente la mayor cantidad de verbos en un tiempo determinado (límite).</li> </ul>
Corteza prefrontal anterior (CPFA).	Metafunciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metamemoria</li> <li>• Comprensión del sentido figurado</li> <li>• Actitud abstracta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificaciones semánticas. Determina la capacidad para analizar y ordenar en grupos o categorías semánticas, así como la capacidad de actitud abstracta necesarias para crear las categorías.</li> <li>• Selección de refranes. Evalúa la capacidad para comprender e interpretar el sentido figurado.</li> <li>• Metamemoria. Evalúa la capacidad de elaborar una estrategia de memoria, así como para elaborar juicios que permitan predecir el desempeño y ajustar estos juicios considerando el desempeño real.</li> </ul>

Adicionalmente del uso de estas pruebas de evaluación, se aplica el cuestionario neuropsicológico de daño frontal, el cual es una escala tipo *Likert*, que debe de llenar tanto la persona evaluada como un informante para después comparar las respuestas y analizar las discrepancias.

## Método

### Participante

Se trata de un hombre de 45 años de edad, es el tercero de seis hermanos, está casado y tiene dos hijas. Al momento del proceso de evaluación se encontraba cursando sexto semestre de la carrera de psicología en el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED). El motivo de consulta es la presencia de síntomas relacionados a una falta de atención; problemas con la memoria, dificultad para mantener la atención, constantes olvidos, problemas para recordar números y códigos grandes. Adicionalmente refiere la presencia de lo que él llama pensamientos intrusivos, pensamientos indeseables que surgen de repente, aunque él no quiera pensar eso, pensamientos que no tienen nada que ver con lo que está haciendo en el

momento en el que surgen. Asimismo, es importante mencionar que el participante refiere ansiedad e hipertensión arterial, donde ha notado que en situaciones de estrés presenta elevaciones de la presión arterial.

Refiere que a lo largo de su vida ha tenido problemas académicos, distracciones y pensamientos intrusivos, donde es relevante mencionar que reprobó dos grados en primaria, segundo y cuarto, así como se debe mencionar que refiere dificultades para aprender a leer.

Adicionalmente, menciona que en la actualidad cuando se equivoca se desamina, lo cual le ha generado inseguridades tanto para toma de decisiones como para afrontar situaciones en las cuales la falta de atención favorece la gesta de errores. Por otro lado, comenta que el puesto que ocupa actualmente es inferior a sus cualificaciones, aunque él no se lo puede atribuir a las fallas o errores, pero esta situación causa un desbalance en la relación con su esposa, favoreciendo que ella se muestre dominante.

Es relevante mencionar que sus padres no asistieron a la escuela y que los hermanos apoyaron a la familia realizando pequeños trabajos cuando aún eran niños. Por otro lado, menciona que nota algunos síntomas en uno de sus hermanos, considera que son principalmente problemas atencionales y de control de impulsos. Asimismo, menciona que su hermano es alcohólico y que ha tenido problemas por su alcoholismo y por su falta de control de impulsos en diferentes áreas.

### ***Instrumentos***

#### **Entrevista neuropsicológica**

La entrevista que se empleó para recuperar información inicial fue la entrevista neuropsicológica de la residencia de neuropsicología clínica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la cual indaga sobre: los motivos de consulta, los antecedentes no

patológicos, la alimentación y los hábitos de higiene, los antecedentes personales patológicos y el padecimiento actual, y adicionalmente incluye algunos lineamientos de observación sobre el aspecto general y la conducta del consultante.

### **DIVA 5**

La entrevista diagnóstica DIVA 5, es un instrumento dirigido al diagnóstico de TDAH en adultos, el cual se basa en los criterios de diagnósticos del DSM-V. Se divide en tres secciones: la primera sección contempla los criterios de déficit de atención (A1), la segunda los criterios de hiperactividad-impulsividad (A2) y la última sección indaga sobre la disfunción y sobre el inicio de los síntomas (DIVA Foundation, 2019).

### ***Wender-Utah Rating Scale***

La escala es un instrumento autoaplicado dirigido al diagnóstico de TDAH, se conforma por 61 *ítems*, donde las opciones de respuesta que van de 0 (nada) a 4 (mucho). Existe una versión que contempla 25 *ítems* de los 61 *ítems* de la escala original que pueden evaluar el TDAH en adultos, la cual muestra adecuados valores de sensibilidad y especificidad, tanto en la versión extendida como en la versión conformada por 25 *ítems* (Rodríguez-Jiménez et al., 2001).

### **BANFE-2 (Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales)**

La batería busca proveer una serie de pruebas que permitan explorar diversos procesos cognitivos que se efectúan o dependen de la corteza prefrontal. Se integra por una serie de pruebas, las cuales se encuentran organizadas y divididas en base a un criterio anatómico funcional: pruebas que evalúan funciones que se relacionan a la corteza orbitofrontal, pruebas dirigidas a evaluar las funciones que dependen de la corteza prefrontal-medial, pruebas buscan evaluar las funciones efectuadas en la corteza prefrontal dorsolateral, y por último, pruebas que

evalúan funciones relacionadas a la corteza prefrontal anterior (Flores, Ostrosky y Lozano, 2014). En la Tabla 3, se desglosan las pruebas comprendidas en esta batería.

#### **WAIS-IV (Escala de inteligencia de Wechsler para adultos)**

La WAIS-IV es la escala dirigida a la evaluación de la aptitud intelectual en población adulta, fue desarrollada por David Wechsler, esta permite conocer el funcionamiento intelectual en diversos dominios cognitivos, los cuales posibilitan obtener un puntaje es reflejo de la aptitud intelectual del consultante, en otras palabras, el coeficiente intelectual total. La escala contempla 15 pruebas: cubos, semejanzas, dígitos, matrices, vocabulario, aritmética, búsqueda de símbolos, información, clave de números, letras y números, comprensión y figuras incompletas, puzzles visuales, balanzas y cancelación, las cuales están agrupadas en cuatro escalas: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento (Wechsler, 2014).

#### **IDARE (Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado)**

El instrumento se compone de dos escalas de autoevaluación, las cuales miden dos dimensiones, la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado, cada una de estas escalas se conforman de veinte afirmaciones. La escala ansiedad de rasgo indaga sobre cómo se sienten generalmente los individuos y la escala de ansiedad estado pregunta cómo se sienten en un momento determinado (Spielberger y Díaz-Guerrero, 2002).

La ansiedad-estado es conceptualizada como un estado emocional presente en determinado momento, por lo que varía a través del tiempo, donde hay sentimientos de aprensión y tensión subjetivos percibidos y un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad-rasgo refiere la tendencia de una persona a responder a situaciones que percibe

como una amenaza con un aumento de intensidad en la ansiedad de estado (Spielberger y Díaz-Guerrero, 2002).

### **BDI-2 (Inventario de depresión Beck, segunda edición)**

El inventario de depresión de Beck es un instrumento de autoinforme diseñado para medir la gravedad de depresión en adultos, este se conforma de veintiún ítems. La segunda edición fue desarrollada para la evaluación de síntomas comprendidos los criterios de diagnóstico de DSM-IV para los trastornos depresivos (Beck et al., 2009).

#### ***Procedimiento***

Se llevó a cabo una evaluación inicial, la cual tiene el objetivo de establecer un diagnóstico. El proceso de evaluación para el diagnóstico se llevó a cabo en tres sesiones, con una duración aproximada de dos horas cada diez días. La primera sesión se obtuvo información sobre el motivo de consulta, factores del consultante, como, los antecedentes no patológicos y patológicos, sus hábitos, etc., con el objeto de elaborar la historia clínica, adicionalmente se aplicó la entrevista DIVA y la *Wender-Utah Rating Scale*.

En la segunda sesión se aplicó la BANFE-2 con el objeto explorar los procesos cognitivos que se llevan a cabo en la corteza como las funciones ejecutivas, de tal manera que fuera posible recuperar información relevante sobre la posible disfunción presente en las funciones ejecutivas del consultante.

En la tercera sesión se aplicó la escala WAIS IV, esta se conforma de diversas pruebas dirigidas a evaluar la aptitud intelectual en adultos, se estructura en cuatro escalas que buscan evaluar: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, con base a estas se obtuvo el Coeficiente Intelectual (CI) e información relevante sobre los procesos cognitivos del consultante (Wechsler, 2014). Adicionalmente se aplicaron dos

instrumentos más, el instrumento IDARE y la BDI-2, con el objeto de complementar la evaluación y determinar el nivel de ansiedad y depresión.

Todo aquello con la finalidad de identificar si el consultante cumple con los criterios de diagnóstico para el TDAH, trastorno que se relaciona con la queja o malestar que principalmente refiere el consultante.

En la tabla 4, se recupera la información relevante sobre la organización de las tres sesiones que contempla el proceso de evaluación aquí descrito.

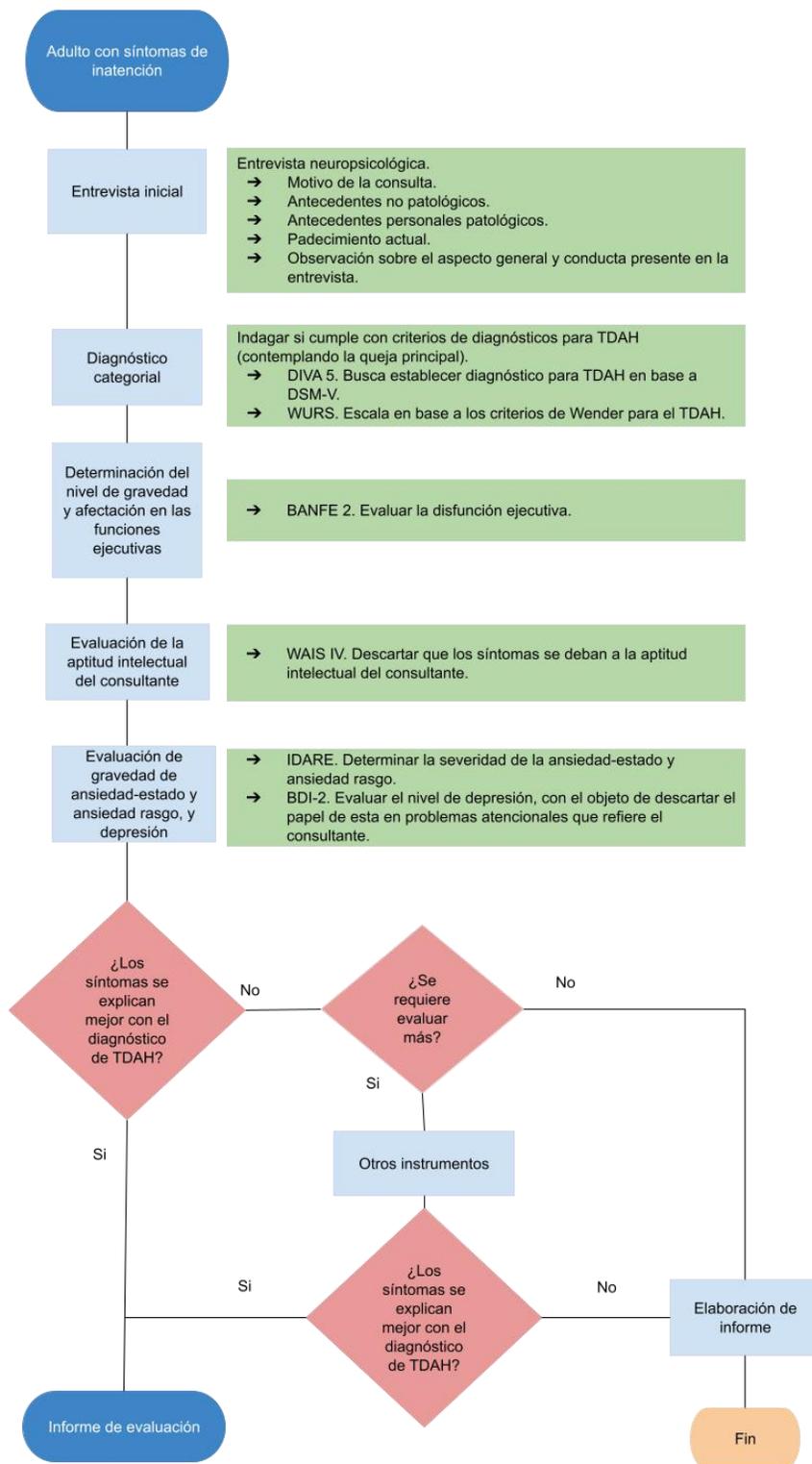
**Tabla 4.**  
*Sesiones de evaluación*

Sesión	Instrumento
Primera sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista neuropsicológica: motivo de consulta, antecedentes, información relevante sobre la queja.</li> <li>• Indagar sobre si el consultante cumple con los criterios de diagnóstico para el TDAH.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIVA 5</li> <li>• WURS</li> </ul> </li> </ul>
Segunda sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BANFE-2: evaluar las funciones ejecutivas del consultante.</li> </ul>
Tercera sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WAIS-IV: evaluar la aptitud intelectual del consultante.</li> <li>• IDARE: evaluar ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.</li> <li>• BDI-2: evaluar nivel de depresión.</li> </ul>

*Nota:* DIVA-5 Entrevista diagnóstica dirigida a la evaluación de TDAH en adultos, WURS escala de Wender Utah, empleada en el diagnóstico de TDAH. BANFE-2 es la Bateria Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales. WAIS-IV instrumento dirigido a la evaluación de la aptitud intelectual en adultos. IDARE instrumento que evalúa ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. BDI-2 inventario que evalúa el nivel de depresión.

Por último, se emitió el informe de evaluación, con el diagnóstico y algunas recomendaciones a tomar en cuenta para una futura intervención. En la Figura 2, se puede observar el proceso de evaluación seguido en este caso.

**Figura 2**  
*Proceso de evaluación*



## Resultados

En la Tabla 5 se recuperan los resultados obtenidos a través del instrumento de diagnóstico DIVA, donde se puede observar que el participante presenta síntomas de déficit de atención, los cuales han estado presentes en sus diversas etapas de desarrollo y que existen evidencias de que estos han tenido impacto en los contextos donde se desenvuelve.

Adicionalmente se puede comentar que al terminar la aplicación de este instrumento no se pueden explicar los síntomas con otro trastorno.

**Tabla 5.**  
*Resultados de la aplicación del instrumento DIVA-5*

Criterio	Resultado	Valor referencia
Criterio A	Síntomas de déficit de atención 9/9  Síntomas de hiperactividad-impulsividad 1/9	Síntomas de $A \geq 5$  Síntomas de $H/I \geq 5$
Criterio B	Sí	Síntomas de presentes a lo largo de la vida
Criterio C	Sí	Al menos a dos (laboral, académico o/y social)
Criterio D	Sí	Si, existen pruebas de que los síntomas interfieren con el funcionamiento en estos campos.
Criterio E	No (por el momento)	No

*Nota:* Diva 5, es un instrumento de diagnóstico diseñado para la evaluación del TDAH en población adulta, el cual se basa en los criterios del DSM-5

Por otro lado, en la Tabla 6, se recuperan los resultados de la Wender-Utah Rating Scale (WURS), la versión de 25 ítems. Se observa que si se considera 36 como punto de corte el participante no presenta los síntomas de TDAH.

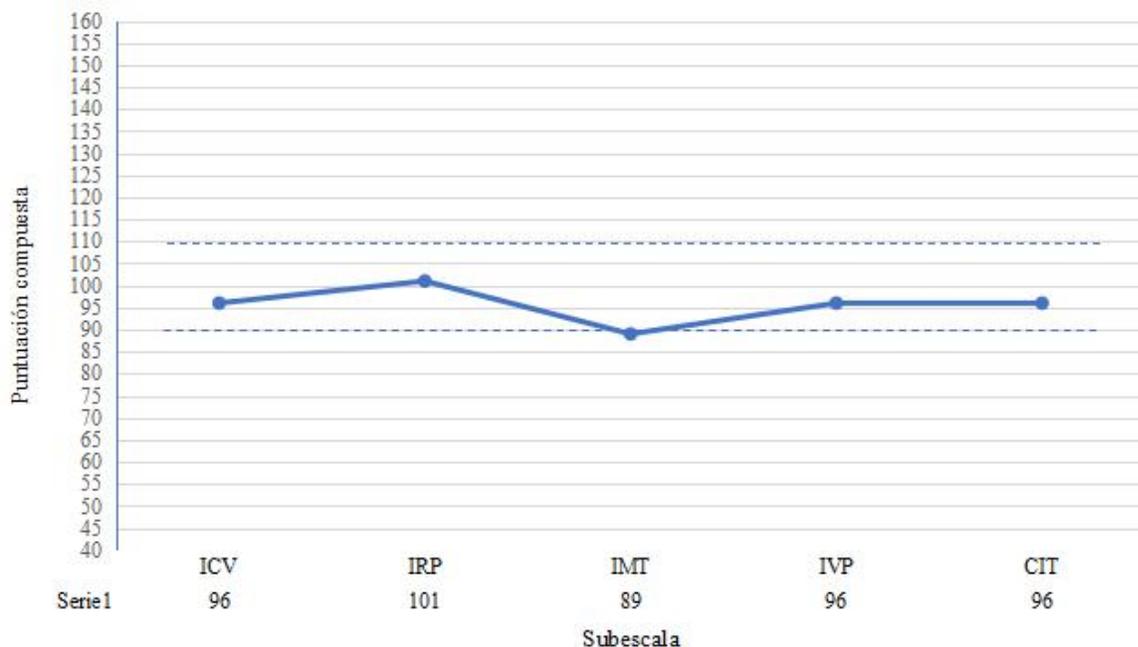
**Tabla 6.**  
*Resultados del instrumento WURS*

Versión	Puntaje Total	Punto de corte
WURS 25	33	>36

Nota: El punto de corte de 36 presenta 96% de especificidad y 95% de sensibilidad (Rodríguez-Jiménez et al., 2001).

Por otro lado, en la Figura 3 es posible ver el perfil de puntuaciones compuestas del participante de las subpruebas que contempla la prueba WAIS-IV. Se puede observar que el participante presenta valores que caen en los rangos normales, pero el puntaje se encuentra en un promedio bajo en la subprueba memoria de trabajo.

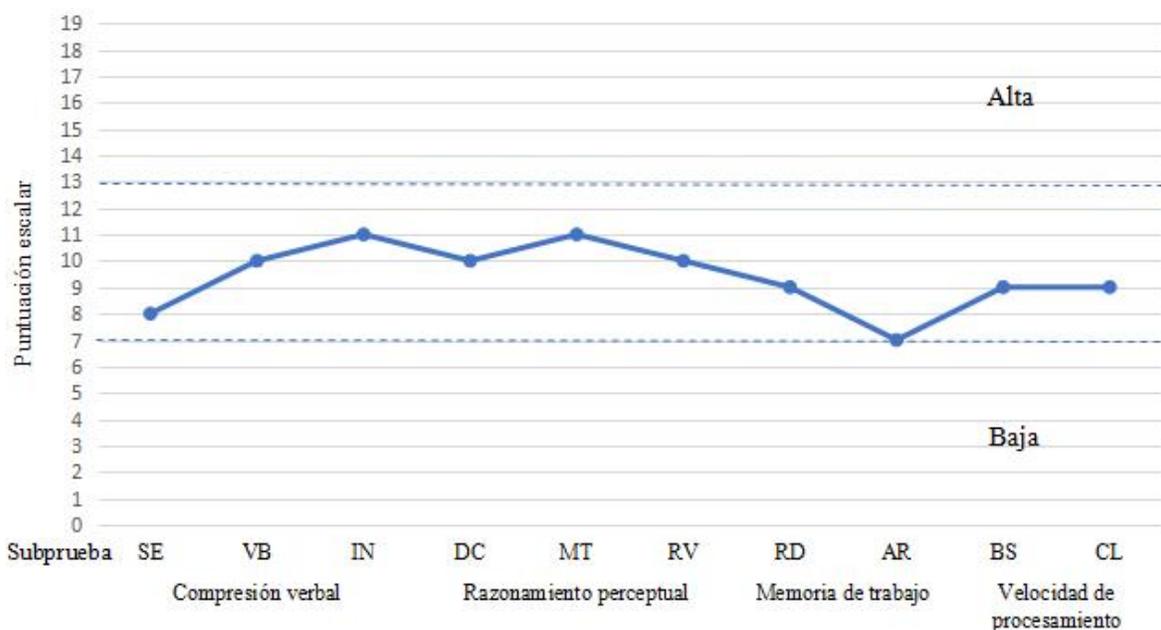
**Figura 3.**  
*Perfil de puntuaciones compuestas*



Nota: Las iniciales ICV corresponden a la puntuación compuesta de la subescala comprensión verbal, IRP refiere a la puntuación compuesta de la subescala de razonamiento perceptual, IMT corresponde a la puntuación compuesta de la subescala memoria de trabajo, IVP es la puntuación compuesta de la subescala velocidad de procesamiento y por último el CIT corresponde a la puntuación compuesta del coeficiente intelectual total del participante.

Adicionalmente, en la Figura 4 se muestra el perfil de puntuaciones escalares de las subpruebas, resultado de la aplicación de las diez pruebas básicas que contempla el instrumento WAIS IV al participante. Como se observa los valores entran en los rangos normales.

**Figura 4**  
*Perfil de puntuaciones escalares*



*Nota:* La subescala comprensión verbal está compuesta por las subpruebas: semejanzas (SE), vocabulario (VB) e información (IN). La subescala razonamiento perceptual se compone de las subpruebas: diseño con cubos (DC), matrices (MT) y rompecabezas visuales (RV). Asimismo, la subescala memoria de trabajo se conforma de las subpruebas retención de dígitos (RD) y aritmética (AR). Por último, velocidad de procesamiento se compone de las subpruebas búsqueda de símbolos (BS) y claves (CL).

En la Tabla 7 se recuperan los resultados de las subpruebas que conforman la BANFE-2 por área, es importante mencionar que no aparecen los resultados de la prueba torre de Hanoi debido a que el participante no la concluyó.

**Tabla 7**  
*Puntuaciones por subprueba*

Área	Subprueba	Puntuación	
		Natural	Codificada

Orbitomedial	Laberintos. Atravesar (codificado)	2	1
	Juego de cartas. Porcentaje de cartas de riesgo (codificado)	25	5
	Juego de cartas. Puntuación total (codificado)	28	3
	Stroop forma "A". Errores tipo stroop (codificado)	1	4
	Stroop forma "A". Tiempo (codificado)	92	4
	Stroop forma "A". Aciertos	83	
	Stroop forma "B". Errores tipo stroop (codificado)	1	4
	Stroop forma "B". Tiempo (codificado)	101	3
	Stroop forma "B". Aciertos	83	
	Clasificación de pruebas. Errores de mantenimiento (codificado)	1	4
	Subtotal		194
Prefrontal anterior	Clasificación semántica. Número de categorías abstractas codificado	6	5
	Selección de refranes. Tiempo (codificado)	43	5
	Selección de refranes. Aciertos	2.5	
	Metamemoria. Errores negativos (codificado)	1	5
	Metamemoria. Errores positivos (codificado)	0	5
	Subtotal		22.5
Dorsolateral. Memoria de trabajo	Señalamiento autodirigido. Perseveraciones (codificado)	1	5

	Señalamiento autodirigido. Tiempo (codificado)	85	5
	Señalamiento autodirigido. Aciertos	23	
	Resta consecutiva "A". 40-3. Tiempo (codificado)	99	2
	Resta consecutiva "A". 40-3. Aciertos	12	
	Resta consecutiva "B". 100-7. Tiempo (codificado)	126	3
	Resta consecutiva "B". 100-7. Acierto	11	
	Suma consecutiva. Tiempo (codificado)	42	5
	Suma consecutiva. Aciertos	20	
	Ordenamiento alfabético. Ensayo #1 (codificado)	1	1
	Ordenamiento alfabético. Ensayo #2 (codificado)	4	3
	Ordenamiento alfabético. Ensayo #3 (codificado)	5	3
	Memoria de trabajo visoespacial. Secuencia máxima	2	
	Memoria de trabajo visoespacial. Perseveraciones (codificado)	0	4
	Memoria de trabajo visoespacial. Errores de orden (codificado)	3	3
	Subtotal		100
Dorsolateral. Funciones ejecutivas	Laberintos. Planeación (sin salida) (codificación)	0	5

Laberintos. Tiempo (codificación)	85	1
Clasificación de cartas. Aciertos	55	
Clasificación de cartas. Perseveraciones (codificado)	4	5
Clasificación de cartas. Perseveraciones diferidas (codificado)	1	5
Clasificación de cartas. Tiempo (codificado)	528	2
Clasificación semántica. Total de categorías (codificado)	7	3
Clasificación semántica. Promedio total de animales (codificado)	6.7	4
Clasificación semántica. Puntaje total (codificado)	19	2
Fluidez verbal. Aciertos (codificado)	22	4
Fluidez verbal. Perseveraciones (codificado)	0	4
Torre de Hanoi 3 discos. Movimientos (codificado)	x	x
Torre de Hanoi 3 discos. Tiempo (codificado)	x	x
Torre de Hanoi 4 discos. Movimientos (codificado)	x	x
Torre de Hanoi 3 discos. Tiempo (codificado)	x	x
<b>Subtotal</b>		<b>90</b>

*Nota:* Para obtener los subtotales por área se suma la puntuación codificada a excepción de donde aparece una celda sombreada, lo que indica que se considera la puntuación natural para la suma de subtotal.

En la Tabla 8, se recuperan las puntuaciones naturales de los subtotales por área y las puntuaciones normalizadas, así como el diagnóstico que corresponde a esta puntuación.

**Tabla 8**

*Resumen de Puntuaciones naturales y normalizadas por área de la BANFE-2*

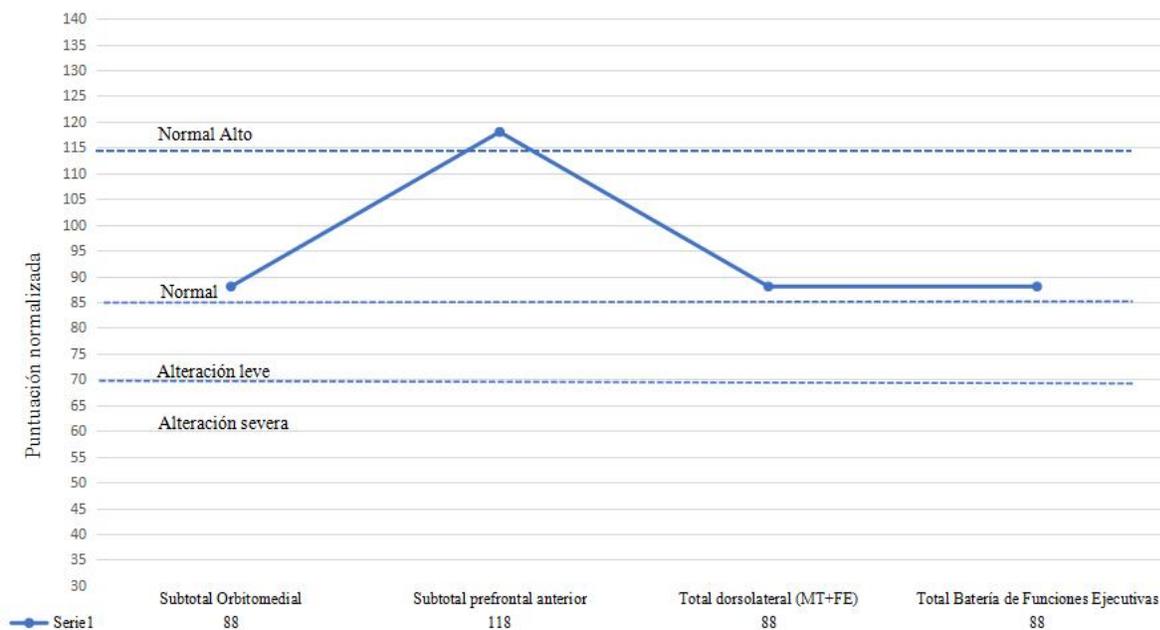
Puntuaciones totales	Puntuaciones natural	Puntuación normalizada	Diagnóstico
Subtotal Orbitomedial	194	88	Normal
Subtotal prefrontal anterior	22.5	118	Normal alto
Total dorsolateral (MT+FE)	190	88	Normal
Total Batería de Funciones Ejecutivas	406.5	88	Normal

*Nota:* Cuando una puntuación normalizada se ubica entre 85 y 115 se considera como rango y normal alto si se ubica arriba de 116.

De acuerdo a los resultados los puntajes obtenidos por cada área evaluada, se observa que solo tres de las áreas se ubican en los rangos normales a excepción del subtotal prefrontal anterior que se ubica en normal alto (Figura 5).

**Figura 5**

*Puntuación normalizada por área*



Por último, en la Tabla 9 se recuperan los resultados de la aplicación de la prueba IDARE y de BDI-2, donde se observa que el participante presenta un alto nivel de ansiedad estado y de ansiedad rasgo, mientras que presenta un bajo nivel de depresión.

**Tabla 9.**

*Puntajes obtenidos de los instrumentos, IDARE y BDI-2*

Prueba	Puntaje	Valor de referencia
BDI-2	Puntaje total 12 (mínima)	Mínima 0-13
		Leve 14-19
		Moderada 20-28
		Grave 29-63
IDARE	Ansiedad-estado Puntuación T= 54 ALTO	Alto $\geq 45$
	Ansiedad-rasgo Puntuación T=57 ALTO	Medio 30-44
		Bajo $< 30$

*Nota:* Las siglas IDARE se refieren al Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Por otro lado, las siglas BDI-2 corresponden a Inventario de Depresión de Beck, segunda edición.

***Hallazgos neuropsicológicos***

**Presentación y conducta**

Las sesiones se llevaron a cabo en la tarde, entre semana, por lo que el participante venía del trabajo, debido a esto se presenta con ropa cómoda, sin manchas, con adecuada higiene considerando que viene del trabajo. El participante se observa cansado en la mayoría de las ocasiones y en al menos en dos de las tres sesiones de evaluación se observa preocupado por el tiempo que toma la sesión, aunque de antemano se le había informado de la duración aproximada de la misma, es importante mencionar que a pesar de esto cooperó plenamente durante la ejecución de las pruebas e instrumentos. Adicionalmente, se debe mencionar que en ocasiones se

observa triste cuando habla de fallos o algo que tuvo que dejar por el momento, particularmente sus estudios en la carrera de psicología el SUAyED.

### **Orientación**

El participante se encuentra adecuadamente orientado en lo referente a tiempo (día, mes y año), espacio (lugar) y persona (nombre y edad).

### **Atención y concentración**

Se muestra alerta, presta atención a las tareas que se requiere ejecute. Se debe mencionar que en las pruebas donde manipula material tangible, como en diseño de cubos, clasificación de cartas, o juego de cartas, se aprecia estimulado, como si disfrutara mucho de las tareas o las encontrara placenteras.

En general se puede observar que su atención sostenida es adecuada, es capaz de llevar a término las tareas, aunque a veces se puede llegar a distraer, estos momentos no duran más que unos segundos, por ejemplo, cuando estaba resolviendo la prueba vocabulario y cambie la página, de repente comentó, preguntando si íbamos a llevar a cabo todo eso, veía muchas láminas de estímulos en el engargolado, lo que supuso que tomará unos segundos para volver a la prueba, aunque no afectó realmente su desempeño.

El número de dígitos que recuerda en su último ensayo en retención de dígitos es de 5, lo que supone que su volumen de atención verbal es normal, aproximado a la media en puntuación escalar (10) como se observa en la Figura 4. En lo referente a su atención selectiva, en las pruebas claves y búsqueda de símbolos su desempeño es adecuado, se ubica cerca de la media ya que obtiene nueve de puntuación escalar como se observa en la Figura 4 de los resultados.

### **Habilidades visoespaciales**

Las habilidades visoespaciales, se evaluaron considerando la prueba diseño de cubos perteneciente al instrumento WAIS-IV, donde el participante obtuvo una puntuación escalar de 10, lo cual indica un funcionamiento normal, evidencia de que es capaz de reproducir modelos geométricos, indicando que posee una adecuada capacidad de análisis de este tipo de modelos en tres dimensiones. Por otro lado, es importante recordar que en las pruebas donde el participante manipuló material concreto se observó una mejor ejecución, lo que podría haber influido en los resultados.

### **Memoria**

#### ***Memoria a largo plazo.***

La memoria a largo plazo fue evaluada principalmente con las pruebas vocabulario e información de la prueba WAIS-IV, En las pruebas vocabulario e información se observó un desempeño adecuado, 10 como puntaje escalar para la prueba vocabulario y 11 para información, lo que es considera como normal.

#### ***Memoria a corto plazo***

Para evaluar memoria a corto plazo se emplea la prueba retención de dígitos. En esta prueba, el participante obtuvo un desempeño adecuado, logrando recordar hasta 5 dígitos en orden directo y secuencia, lo que supone que es capaz de mantener y manejar información de manera normal en un periodo de tiempo corto.

### **Funciones ejecutivas**

#### ***Memoria de trabajo***

La memoria de trabajo se evaluó de dos maneras, por un lado, mediante el instrumento WAIS-IV con las pruebas retención de dígitos y aritmética, y con el instrumento BANFE-2 con las pruebas: resta consecutiva “A”, resta consecutiva “B”, suma consecutiva, señalamiento

autodirigido (memoria de trabajo visual autodirigida), memoria de trabajo visoespacial (memoria de trabajo visoespacial-secuencial) y ordenamiento alfabético de palabras (memoria de trabajo verbal-ordenamiento).

Con base en los resultados obtenidos en el instrumento WAIS-IV, el participante obtuvo 9 de puntuación escalar en retención de dígitos y 7 en aritmética, con un puntaje compuesto de 89 para la subescala, si bien el puntaje se considera normal puede considerarse ligeramente bajo en comparación a los resultados de las otras subescalas que componen el instrumento. De las dos subpruebas que componen esta subescala, es necesario mencionar que el desempeño del participante en retención de dígitos es bajo ya que lo esperado para un adulto de su edad es de  $7 \pm 2$ , ubicándose en un span de 5. Asimismo, se observa algo similar en la subprueba aritmética, que evalúa la capacidad para efectuar cálculos aritméticos de manera mental, si bien la puntuación obtenida es lo normal, se encuentra en el límite bajo del rango normal, lo que puede ser señal de que se le dificulta manipular cifras retenidas en su memoria para realizar operaciones.

Por otro lado, en las pruebas: resta consecutiva "A", resta consecutiva "B" y suma consecutiva, se observa un desempeño adecuado ya que el participante obtuvo un número de aciertos elevado, 12/13, 11/14, y 20/20, respectivamente, lo que indica que manipular cifras sencillas en operaciones simple que no requieren habilidad aritmética. Lo observado en estas pruebas implica que el desempeño observado en la subprueba aritmética puede estar más relacionado con una falta de habilidad, pero no se puede descartar que exista un problema en la memoria de trabajo.

### Memoria de trabajo visual autodirigida

La prueba señalamiento autodirigido evalúa la memoria de trabajo visual autodirigida, en la prueba se le pide al participante señale de manera autodirigida una serie de figuras, pero requiere recordar cuales ya señaló mientras sigue una serie de reglas (Flores et al., 2014). En esta prueba, el participante obtuvo 23 aciertos de 25, lo que indica que es capaz de mantener y recordar imágenes visuales mientras efectúa una tarea.

### Memoria de trabajo visoespacial-secuencial

En la prueba memoria de trabajo visoespacial, se solicita al participante que observe al evaluador señalar una secuencia de imágenes y después reproduzca esta secuencia en orden de manera precisa (Flores et al., 2014). En esta prueba, el participante fue capaz de reproducir la mitad de las secuencias (2/4), donde cometió tres errores en orden y cero perseveraciones, lo que puede ser indicio de que presenta algo de dificultad para recordar el orden preciso, pero no tiene realmente un desempeño deficiente.

### Memoria de trabajo verbal-ordenamiento

La prueba ordenamiento alfabético de palabras evalúa la capacidad que tiene el participante para mantener y manipular información en la memoria de trabajo, donde después de esa manipulación debe de emitir la información de manera verbal (Flores et al., 2014). En esta prueba el participante obtuvo un desempeño adecuado, logrando el ordenamiento exitoso de dos de las tres listas, en la última lista cometió cinco errores de orden y una intrusión. Se debe de mencionar que el número de palabras aumenta conforme pasas de una lista a otra, lo que implica mayor dificultad al llegar a la última lista, que fue la que no logró completar con éxito el participante, lo que evidencia que conforme la tarea se vuelve más compleja se le va dificultando mantener un buen desempeño.

### ***Fluidez verbal***

La prueba fluidez verbal evalúa directamente la capacidad que posee el participante, en esta se solicita que emita todos los verbos en infinitivo que pueda en un periodo determinado tiempo (Flores et al., 2014). En base al número de aciertos obtenido (22), el participante tiene una adecuada capacidad de fluidez verbal, lo que evidencia una buena planeación, organización y producción de la respuesta.

### ***Control inhibitorio***

El control inhibitorio fue evaluado mediante las pruebas *stroop* “A” y *stroop* “B”, en las que obtuvo 83 de 84 aciertos en 92 segundos para la prueba A y para B 83 de 84 en 101 segundos, lo que indica que posee un adecuado control inhibitorio.

### ***Seguimiento de reglas, planeación y control de impulsividad***

La prueba que evalúa la capacidad de seguir las reglas y controlar la impulsividad es la prueba laberintos, donde se debe mencionar que esta prueba también evalúa planeación. En relación con la capacidad para seguir las reglas y controlar la impulsividad, el participante muestra un desempeño moderado ya que solo atraviesa dos veces el laberinto (dos de los tres laberintos que conforman la prueba). En lo referente a la habilidad para planear la ejecución de la prueba sin quedarse sin salida, el participante obtuvo un adecuado desempeño debido a que no se quedó sin salida ni una sola vez.

### ***Planificación secuencial***

La prueba que se empleó para evaluar la planeación secuencial es la torre de Hanoi. En esta prueba, el participante debe de planear la secuencia que le permita llevar los aros de la torre A a la C, siguiendo una serie de reglas. En la cual, el participante obtuvo un mal desempeño, empezó a manipular los aros, pero después de algunos movimientos determinó que no era

posible la tarea por las reglas y se rindió, no quiso continuar con esta, lo cual puso en evidencia que tiene baja tolerancia a la frustración principalmente cuando las tareas se vuelven complejas.

### ***Flexibilidad mental***

La flexibilidad mental fue evaluada con la prueba clasificación de cartas, esta permite conocer la habilidad del participante de elaborar una hipótesis que permite realizar la tarea de clasificar y de cambiar esta en base a las circunstancias estipuladas en las instrucciones (Flores et al., 2014). De acuerdo con el número de aciertos (55 de 64), el participante tuvo un buen desempeño en la ejecución de la prueba, lo que habla de la capacidad que posee de elaborar hipótesis que le permitan desempeñarse adecuadamente y adecuarse a las circunstancias cambiantes, lo que supone una adecuada flexibilidad mental.

### ***Procesamiento riesgo-beneficio***

La capacidad para procesar y evaluar el riesgo-beneficio fue evaluada con la prueba juego de cartas, en esta se debe de evaluar el riesgo que se presenta en la elección de una carta de cierto puntaje, considerando el objetivo de la tarea es obtener el mayor puntaje pero que existen castigos asignados a las cartas y por tanto cierto riesgo (Flores et al., 2014). En la prueba se observó un buen desempeño, de manera que se obtuvo un 25% en porcentaje de riesgo y una puntuación total de 28, donde considero que las cartas que más puntajes daban era las de puntaje uno y que las que más quitaban eran las de puntaje cinco, siendo las cartas de puntajes 4 y 5 las que más frecuentemente tienen castigos asignados.

### ***Metafunciones***

Capacidad de actitud abstracta.

La prueba de clasificaciones semánticas evalúa la capacidad de abstracción y la capacidad de llevar a cabo una tarea (de productividad), en esta se requiere que el participante

elabora clasificaciones semánticas para agrupar las figuras que aparecen en la lámina estímulo (Flores et al., 2014). El participante mostró un desempeño adecuado, logrando un puntaje de 19, elaborando un total de 7 categorías con un promedio de animales de 6.7.

#### Comprensión del sentido figurado

La prueba selección de refranes evalúa la capacidad de comprender el sentido figurado, lo que supone el analizar palabras que componen estas frases, lo que requiere comprensión lingüística y semántica ya que implica analizar y comparar de manera abstracta un problema “lingüístico” (Flores et al., 2014). El desempeño del participante puede considerarse dentro de lo normal, ya que obtuvo 2.5 aciertos de 5 con un tiempo de ejecución codificado de 5 (42 segundos). Es importante, mencionar que la prueba no solo considera los aciertos sino también el tiempo de ejecución lo cual mejora la evaluación, debido a esto, aunque el puntaje es de 2.5 se obtiene una mejor valoración.

#### Metamemoria

Evaluar la metamemoria supone valorar la capacidad para elaborar una estrategia de memoria y de efectuar un juicio sobre lo que será capaz de recordar el participante en la prueba. El desempeño del participante fue adecuado, ya que cometió un error negativo y ninguno positivo, lo que suponen que elaboró un buen juicio sobre la cantidad de palabras que sería capaz de recordar.

### **Discusión y conclusiones**

Con base a los resultados, en particular de la entrevista DIVA 5, instrumento basado en los criterios de diagnóstico del DSM-V, el participante cumple con los síntomas de inatención descritos para el TDA. Es importante mencionar que basándose en la información recuperada por la entrevista neuropsicológica y la entrevista DIVA, el participante a lo largo de su vida ha

presentado principalmente síntomas de inatención, refiere que no tenía síntomas de hiperactividad-impulsividad, solo acepta que puede precipitar la respuesta antes que la pregunta sea totalmente emitida, esto se refiere a que, supone lo que le van a preguntar sin terminar de escuchar y contesta en base a esta suposición.

En niños generalmente se observa hiperactividad, impulsividad, inatención y problemas externalizantes, por lo que, se suele asociar el TDAH predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado a los varones, mientras que, el TDAH inatento se suele relacionar a las niñas (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020, Quintero y Castaño, 2014). Sin embargo, este caso se caracterizó por presentar principalmente síntomas de inatención, los cuales se han presentado a lo largo de su vida.

Por otro lado, en la prueba WAIS-IV, se encontró que el participante tiene un Coeficiente intelectual total (CIT) que se encuentra en el rango normal. Sin embargo, se encontró un puntaje ligeramente bajo en el índice de memoria de trabajo en comparación con los otros índices, una característica que ya se ha observado en casos con TDAH (Serrano y Villavicencio-Aguilar, 2020).

Asimismo, en la batería neuropsicológica BANFE-2, se observa que los puntajes de las áreas evaluadas se ubican en el rango normal, no obstante se debe de mencionar que el participante no terminó la prueba que evalúa planeación secuencial, la torre de Hanói, lo que puede ser indicio de baja tolerancia a la frustración, la cual afecta su desempeño. Adicionalmente se observó que hay tareas donde la motivación favorece la realización de una tarea como en el caso de diseño de cubos, lo que indica que la motivación tiene un impacto importante en como lleva a cabo una tarea y en la propia atención.

Se debe de mencionar que cuando se evalúa personas con TDAH se espera observar alguna disfunción en las áreas evaluadas. En los resultados obtenidos con la BANFE-2 no se observa un claro patrón de disfunción, lo que genera la duda de si los síntomas atencionales observados no se relacionarán con otros trastornos, como, los trastornos de aprendizaje, la depresión o la ansiedad (Amador y Krieger, 2013).

La aplicación de la prueba BDI-2 permitió considerar que es poco probable, para este caso, que la depresión tenga un papel importante en el problema atencional que refiere el participante, ya que obtuvo un puntaje bajo.

Por otro lado, con el objeto de indagar el nivel de severidad de la ansiedad, se aplicó el instrumento IDARE, donde se encontraron niveles elevados de ansiedad-estado y de ansiedad-rasgo, lo que implica que, en este momento está presente y es elevada, y que además tiende a presentar ansiedad. Se debe mencionar que, se ha reportado que existe una relación entre la ansiedad y el desempeño de la memoria de trabajo, de tal forma que a mayor ansiedad peor desempeño de la memoria de trabajo (Zapata, 2018; Chadia et al., 2018). Por lo que, podría ser el motivo de los síntomas atencionales observados, así como de las puntuaciones en el promedio bajo en la memoria de trabajo.

Sin embargo, es importante mencionar que si bien los puntajes por área obtenidos de la batería neuropsicológica BANFE-2 son normales, los puntajes de subtotal orbitomedial (88), total dorsolateral (88) y el total de la batería de funciones ejecutivas (88), se aproximan al rango inferior del nivel normal. Asimismo, se debe de tener en cuenta que no llevó a cabo con éxito la prueba que evalúa planeación secuencial, donde se debe considerar que, se ha reportado que la disfunción en la planeación se vuelve evidente en tareas como la torre de Hanoi, sobre todo en casos de niños con TDAH, pero también se han observado diferencias de ejecución en casos de

adultos con TDAH que se ha relacionado con una disfunción en la capacidad de planificación (Willcut et al., 2005, como se citó en Amador y Krieger, 2013; Díaz et al., 2012; Rodríguez-Jiménez et al., 2006).

Adicionalmente, se debe de considerar el puntaje más bajo en la subescala memoria de trabajo en el WAIS-IV (con respecto a las otras subescalas), característica que se ha observado en personas con TDAH, así también debe tenerse en cuenta que tiene un historial de toda la vida de fallas atencionales. Considerando lo antes mencionado, es evidente que se requiere evaluar con mayor detalle las funciones ejecutivas, debido que hasta el momento no se puede descartar ni aceptar que el problema atencional se explique con el diagnóstico de TDA, ya que solo se pudo observar de forma subjetiva con lo reportado por el paciente y hay que considerar el efecto comórbido que tiene la ansiedad sobre su desempeño tanto en las pruebas como en su vida cotidiana.

En resumen, el participante reporta una disfunción atencional, que ha estado presente a lo largo de su vida, los cuales le han causado problemas en todos los ambientes en donde se ha desempeñado. Por otro lado, se debe considerar que aparentemente las funciones ejecutivas del participante no se encuentran afectadas, pero el puntaje total de la batería de funciones ejecutivas se encuentra cerca de rango inferior del nivel normal lo cual puede ser evidencia de leves fallas en estas funciones las cuales le han entorpecido a lo largo de su historia. Asimismo, es importante tener en cuenta que presenta un puntaje escalar menor en la subescala memoria de trabajo. No obstante, parece ser que la ansiedad puede contribuir a este bajo desempeño

Con base en esto, se concluye que se requiere evaluar con mayor detalle las funciones ejecutivas, una vez que esté en tratamiento para la ansiedad y se reduzcan sus niveles de esta,

con el objeto de descartar que la ansiedad no sea la principal causa sus síntomas y quejas durante la evaluación y a lo largo de su historia de vida.

La evaluación de casos con fallas atencionales se vuelve compleja, debido a que existen diversos trastornos que pueden afectar la atención. En el caso descrito, existen diversas dificultades para la evaluación, principalmente la presencia de ansiedad, asimismo, también se complica debido a que no tiene antecedentes de hiperactividad-impulsividad en la niñez, que es el patrón típico que se observa con la población masculina con TDAH.

En mi experiencia personal, la evaluación de un paciente como este supone un reto, en parte porque se tuvo que utilizar una batería de pruebas, con varias subescalas, lo que implica un conjunto de instrucciones, reglas y condiciones que se deben de seguir para obtener una adecuada valoración.

Asimismo, también surge la dificultad de que el consultante abandone un proceso de evaluación que suponga la aplicación de varios instrumentos, en este caso, se requirieron varias sesiones y pese a que él conocía de antemano el número de sesiones temí el abandono, debido a que, tenía una jornada laboral extensa y disponía de poco tiempo, en la medida posible se ajustaron los días en que se llevaron a cabo las sesiones a los horarios del consultante, por lo que es importante tomar en cuenta que un proceso evaluación que requiere de diversas sesiones puede verse interrumpido por la circunstancias personales del consultante, por lo que se debe tener en cuenta cuando se planea la duración de proceso y los instrumentos que se emplearan. Es necesario comentar que la principal motivación del consultante para iniciar el proceso fue conocer el diagnostico, debido a que ha buscado tratamiento y el psiquiatra desestimo su queja principal, las fallas atencionales centrándose en la ansiedad.

Por último, debo mencionar que fue una experiencia enriquecedora, que me permitió conocer y aplicar diversos instrumentos de evaluación, algunos relativamente complejos, donde fueron de ayuda los conocimientos adquiridos en el módulo de metodología III, la evaluación conductual en diferentes ámbitos, ya que se vieron las pautas generales para el proceso de evaluación. Por otro lado, la elaboración del manuscrito permitió poner en práctica conocimientos adquiridos en toda la carrera, como, por ejemplo, la habilidad necesaria para elaborar el manuscrito se desarrolló en los diversos módulos de seminario investigación, en los cuales se obtuvieron los conocimientos necesarios para llevar a cabo una investigación.

## Referencias

- Acosta López, J., Cervantes Henríquez, M. L., Jimenez Figueroa, G., Nuñez Barragan, M., Sanchez Rojas, M., & Puentes Roza, P. (2013). Uso de una escala comportamental Wender Utah para evaluar en retrospectiva trastorno de atención-hiperactividad en adultos de la ciudad de Barranquilla. *Universidad y Salud*, 15(1), 45-61. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v15n1/v15n1a05.pdf>
- Aguirre Sánchez, M., Sidera Caballero, F., Rostán Sánchez, C., & Onandia Hinchado, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2022, vol. 9, núm. 1, p. 9-19. <https://dugi-doc.udg.edu/handle/10256/21741>
- Alpízar-Velázquez, A. (2019). Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 17-36. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v38n1/1659-2913-rcp-38-01-17.pdf>
- Álvarez, M., & Ferreira, C. (2022). El impacto socioeducativo y socioemocional del TDAH: historias de vida de estudiantes universitarios. *Siglo Cero*, 53(1), 137–157. <https://doi.org/10.14201/scero2022531137157>
- Amador, J. A., & Krieger, V. E. (2013). *TDAH, funciones ejecutivas y la atención*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/47886/1/TDAH%20y%20FE-%202013-JAAmador-VKrieger.pdf>

- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2009). *Inventario de Depresión de Beck* (2a ed.). Ediciones Paidós Iberica.
- Borrego Hernando, O. (2010). Actualización terapéutica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 34(4), 107-116.  
[https://www.sanidad.gob.es/eu/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol34n4\\_TDAH.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eu/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n4_TDAH.pdf)
- Carrillo-Mora, P. (2010). Sistemas de memoria: reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Primera parte: Historia, taxonomía de la memoria, sistemas de memoria de largo plazo: la memoria semántica. *Salud mental*, 33(1), 85-93.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000100010](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100010)
- Chadia, A., Báez, L., & Carolina, S. (2018). *El papel de la ansiedad en la capacidad de memoria de trabajo* [Trabajo de Fin de Grado de Psicología]. Universidad de La Laguna.  
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9947/EI%20papel%20de%20la%20ansiedad%20en%20la%20capacidad%20de%20memoria%20de%20trabajo.pdf>
- Culbertson, W. C., & Zilmer, E. A. (1999). *Torre de Londres-Drexler. Manual del examinador*. (A. Toledo y M. A. Villa, Trans.). MHS. <https://pdfcoffee.com/manual-torre-de-londres-5-pdf-free.html>
- Díaz, A., Martín, R., Jiménez, J. E., García, E., Hernández, S., & Rodríguez, C. (2012). Torre de Hanoi: datos normativos y desarrollo evolutivo de la planificación. *European Journal of*

- Education and Psychology, 5(1), 79-91.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1293/129324775007.pdf>
- El Archi, S., Cortese, S., Ballon, N., Réveillère, C., De Luca, A., Barrault, S., & Brunault, P. (2020). Negative affectivity and emotion dysregulation as mediators between ADHD and disordered eating: A systematic review. *Nutrients*, 12(11), 3292.  
<https://www.mdpi.com/2072-6643/12/11/3292>
- Elorriaga-Santiago, S., Montes-Rojas, J., & Medina-Gutiérrez, M. *Estandarización Mexicana del Test Stroop: Datos Normativos*.  
[https://miportal.ula.edu.mx/vle/storage/repo/documentos/SITIO\\_INVESTIGACION/divulgacion/Articulo\\_Estandarizacion\\_Mexicana\\_del\\_Test\\_Stroop.pdf](https://miportal.ula.edu.mx/vle/storage/repo/documentos/SITIO_INVESTIGACION/divulgacion/Articulo_Estandarizacion_Mexicana_del_Test_Stroop.pdf)
- Fernández-Belinchón, C., Rodríguez-Moya, L. y Peláez-Álvarez, J. (2017). Funciones ejecutivas en el TDAH: una mirada a través del test de Rorschach. *ReiDoCrea*, 6(2), 1-8.  
<https://www.ugr.es/~reidocrea/6-2-1.pdf>
- Fernández-Castillo, A., & Gutiérrez, M. E. (2009). Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic journal of research in educational psychology*, 7(1), 49-76.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2931/293121936004.pdf>
- Flores, J. C., Ostrosky, F., & Lozano, A. (2014). *Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales-2*. El Manual Moderno.  
[https://www.academia.edu/32096732/Bater%C3%ADa\\_Neuropsicol%C3%B3gica\\_de\\_Funciones\\_Ejecutivas\\_y\\_L%C3%B3bulos\\_Frontales\\_2\\_B\\_N\\_A\\_F\\_E\\_Editorial\\_El\\_Manual\\_Moderno](https://www.academia.edu/32096732/Bater%C3%ADa_Neuropsicol%C3%B3gica_de_Funciones_Ejecutivas_y_L%C3%B3bulos_Frontales_2_B_N_A_F_E_Editorial_El_Manual_Moderno)

- Gaxiola, K. K. G. (2015). Alteración de la emoción y motivación en el tdah: una disfunción dopaminérgica. *Revista Grafías*, 39-50. <https://doi.org/10.31908/grafias.v0i28.1309>
- Gift, T. E., Reimherr, M. L., Marchant, B. K., Steans, T. A., & Reimherr, F. W. (2021). Wender Utah Rating Scale: Psychometrics, clinical utility and implications regarding the elements of ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 181-188. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395621000145?via%3Dihub>
- Golden, C. J. (2020). *STROOP. Test de Colores y Palabras. Adaptación española. Manual* (B. Ruiz-Fernández, T. Luque, & F. Sánchez-Sánchez, Adaptadores; 6a ed.). TEA ediciones. <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/STROOP-extracto-Web.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_574\\_TDAH\\_IACS\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf)
- Holguín, J., y Cornejo, W. (2008). Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TDAH: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Acta neurol. colomb*, s51-s57. [https://www.acnweb.org/acta/2008\\_24\\_1s\\_51.pdf](https://www.acnweb.org/acta/2008_24_1s_51.pdf)
- Lemus, A. (2021). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población infantil. *SALME15. Revista Del Instituto Jalisciense de Salud Mental*, 11-24. [https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme\\_15-alta.pdf](https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme_15-alta.pdf)

- López, M. (2011). Memoria de trabajo y aprendizaje: Aportes de la Neuropsicología. *Cuadernos de neuropsicología*, 5(1), 25-47. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232011000100003#:~:text=Existe%20consenso%20cient%C3%ADfico%20de%20que,o%20integraci%C3%B3n%20de%20la%20informaci%C3%B3n](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232011000100003#:~:text=Existe%20consenso%20cient%C3%ADfico%20de%20que,o%20integraci%C3%B3n%20de%20la%20informaci%C3%B3n).
- López, D., Martín, C., Hernández, J. P., y Rodríguez, P. J. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, 40(1), 40-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5435117>
- Mejía, V. (2020). *Neurodesarrollo, atención, hiperactividad e impulsividad en la infancia y su correlato en funciones ejecutivas en adultos mayores, residentes en la ciudad de Bogotá: Un estudio comparativo*. [Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de Magister en Neurociencias]. Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/81464/1015451199.2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ojeda, N., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., & del Pino, R. (2019). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. Manual*. TEA ediciones. <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/M-WCST-Extracto-web.pdf>
- Ortiz, B., Díaz, R., Cornejo, J. W., y Sierra, G. A. (2017). Trastorno por uso de sustancias en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que reciben estimulantes. *Acta Neurológica Colombiana*, 33(4), 307-311. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v33n4/0120-8748-anco-33-04-00307.pdf>

- Ortíz, S. O., y Jaimes, A. L. J. (2016). Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 59(5), 6-14. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n5/2448-4865-facmed-59-05-6.pdf>
- Pearson. (s.f.). *Conners Adult ADHD Rating Scales*. Pearson Clinical. <https://www.pearsonclinical.com.au/store/auassessments/en/Store/Professional-Assessments/Behaviour/Conners-Adult-ADHD-Rating-Scales/p/P100010148.html?tab=product-details>
- Quintero, J., y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría integral*, 18(9), 600-608. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/02/n9-600-608\\_Javier%20Quintero.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/02/n9-600-608_Javier%20Quintero.pdf)
- Ramírez, L., y Maldonado, I. D. (2021). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. *SALME15. Revista Del Instituto Jalisciense de Salud Mental*, 35-43. [https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme\\_15-alta.pdf](https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/salme_15-alta.pdf)
- Ramos-Quiroga, J. A. (2009). *TDAH en adultos: Factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico* [Tesis Doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5585/jarq1de1.pdf>
- Ramos-Quiroga, J. A., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M., Sáez-Francàsa, N., Corominas, M., Reala, A., Vidala, R., Chalita, P. J., & Casas, M. (2012). Validez de criterio y concurrente de la versión española de la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 229-235. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista->

[psiquiatria-salud-mental-286-articulo-validez-criterio-concurrente-version-espanola-S1888989112001024](https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.05.004)

- Reyes-Zamorano, E., García-Vargas, K. L., & Palacios-Cruz, L. (2013). Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de investigación clínica*, 65(1), 30-38. [https://www.researchgate.net/publication/237083050\\_Concurrent\\_validity\\_in\\_Mexican\\_college\\_population\\_of\\_the\\_adult\\_ADHD\\_self\\_report\\_scale/link/02e7e51d332c7f0fac000000/download](https://www.researchgate.net/publication/237083050_Concurrent_validity_in_Mexican_college_population_of_the_adult_ADHD_self_report_scale/link/02e7e51d332c7f0fac000000/download)
- Rodríguez-Jiménez, R., Cubillo, A. I., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Aragüés-Figuero, M., & Palomo, T. (2006). Disfunciones ejecutivas en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de neurología*, 43(11), 678-684. [http://nueva.cemic.edu.ar/descargas/addh\\_func\\_ejecutivas.pdf](http://nueva.cemic.edu.ar/descargas/addh_func_ejecutivas.pdf)
- 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. *Rev. neurol.(Ed. impr.)*, 138-144. [https://biadmin.cibersam.es/intranet/ficheros/getfichero.aspx?filename=wurs\\_artxculo.pdf](https://biadmin.cibersam.es/intranet/ficheros/getfichero.aspx?filename=wurs_artxculo.pdf)
- Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n3/0034-8597-rnp-83-03-148.pdf>

- Salazar, H., Araya, A., Salas, S., y González, M. (2021). Funciones ejecutivas en escolares con y sin TDAH según padres y profesores. *Logos (La Serena)*, 31(1), 138-155. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-32622021000100138&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-32622021000100138&script=sci_arttext)
- Secretaria de Salud. (2019, September 27). *Diagnóstico oportuno del TDAH disminuye riesgo de desarrollar adicciones y depresión*. gov.mx. Recuperado el 11 de abril de 2023, de <https://www.gob.mx/salud/prensa/278-diagnostico-oportuno-del-tdah-disminuye-riesgo-de-desarrollar-adicciones-y-depresion>
- Serrano, O., & Villavicencio-Aguilar, C. (2023). Valores de la Memoria de Trabajo desde el WISC-V en relación con el TDAH. *Academo (Asunción)*, 10(1), 13-23. <http://scielo.iics.una.py/pdf/academo/v10n1/2414-8938-academo-10-01-13.pdf>
- Spielberger, C. D., & Díaz-Guerrero, R.. (2002). *IDARE Inventario de ansiedad*. El Manual Moderno.
- Svedlund, N. E., Norring, C., Ginsberg, Y., & von Hausswolff Juhlin, Y. (2019). Síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en pacientes adultos con trastornos alimentarios. *RET: revista de toxicomanías*, (82), 19-28. [https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/03\\_ret\\_82\\_sintomas\\_tdah\\_y\\_trastornos\\_alimentarios.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/03_ret_82_sintomas_tdah_y_trastornos_alimentarios.pdf)
- Valdizán, J. R., e Izaguerri-Gracia, A. C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*, 48(Supl 2), S95-9. [https://www.cemic.edu.ar/descargas/addh\\_adultos.pdf](https://www.cemic.edu.ar/descargas/addh_adultos.pdf)
- Villarroig, L., & Muiños, M. (2018). *La atención: principales rasgos, tipos y estudio* [Trabajo final de grado maestro/a de educación infantil/primaria]. Universitat Jaume. [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177765/TFG\\_2018\\_VillarroigClara\\_monte\\_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177765/TFG_2018_VillarroigClara_monte_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Wechsler, D. (2014). *WAIS-IV: escala Wechsler de inteligencia para adultos-IV. Manual de aplicación y Corrección*. Pearson.

Zapata, K. M. (2018). *Relación entre la memoria de trabajo, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes de un ISTP en el distrito de San Martín de Porres* [Tesis para optar por el grado de maestro en psicología clínica con mención en neuropsicología]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3892/Relacion\\_ZapataPina\\_Karina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3892/Relacion_ZapataPina_Karina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)