

# Vivencia de soledad, bienestar y malestar psicológico en adultos con TDAH: un estudio cualitativo desde el ciclo vital

Experience of Loneliness, Well-Being, and Psychological Distress in Adults with ADHD: A Qualitative Study from the Life Cycle

Vivência de solidão, bem-estar e sofrimento psicológico em adultos com TDAH: um estudo qualitativo a partir do ciclo vital

 Luis Mario Castellanos-Alvarenga<sup>1</sup>

 Felipe Johnson-Muñoz<sup>2</sup>

 Catalina Isabel Troncoso-Herrera<sup>2</sup>

 Paula Inostroza-Rosas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Santo Tomás, Chile; Instituto Especializado de Profesionales de la Salud, El Salvador

<sup>2</sup> Universidad Santo Tomás, Chile

Recibido: 12/08/2025

Aceptado: 06/02/2026

## Correspondencia

Luis Mario Castellanos-Alvarenga  
lcastellanos@santotomas.cl

**Cómo citar:** Castellanos-Alvarenga, L. M., Johnson-Muñoz, F., Troncoso-Herrera, C. I., & Inostroza-Rosas, P. (2026). Vivencia de soledad, bienestar y malestar psicológico en adultos con TDAH: un estudio cualitativo desde el ciclo vital. *Ciencias Psicológicas*, 20(1), e-4794. <https://doi.org/10.22235/cp.v20i1.4794>

**Disponibilidad de datos:** El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

**Financiamiento:** Esta investigación se financió con fondos propios.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.



**Resumen:** Estudios recientes indican que las personas adultas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) presentan mayor vulnerabilidad a dificultades interpersonales y a experiencias de aislamiento, con potencial impacto en su bienestar psicológico. Sin embargo, en Chile la evidencia que permita comprender en profundidad cómo se configura y se experimenta la soledad a lo largo del ciclo vital en esta población sigue siendo limitada. Este estudio tuvo como objetivo explorar la percepción de soledad y la vivencia del bienestar y malestar psicológico de adultos diagnosticados con TDAH en cada una de las etapas de su ciclo vital (infancia, adolescencia y adultez). La investigación fue cualitativa con diseño fenomenológico. Se realizaron entrevistas en profundidad, analizadas mediante codificación abierta, axial y selectiva. Los resultados muestran que estilos vinculares desadaptativos, descritos por el Modelo Dinámico-Maduracional (MDM), configuran trayectorias interpersonales deterioradas que dan lugar a una significativa vivencia de soledad que se traduce en cuadros de tristeza, ansiedad y percepción de frustración. Se concluye que la soledad es una dimensión central del malestar psicológico en este sector de la población, proyectando nuevas posibilidades de abordaje clínico.

**Palabras clave:** TDAH; soledad; malestar psicológico; relaciones vinculares; Modelo Dinámico Maduracional

**Abstract:** Current studies indicate that adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) are more vulnerable to interpersonal difficulties and experiences of loneliness, with a potential impact on their psychological well-being. However, in Chile, the evidence that allows for a deeper understanding of how loneliness is shaped and experienced throughout the life cycle in this population remains limited. This study aimed to explore the perception of loneliness and the lived experience of psychological well-being and distress among adults diagnosed with ADHD across different stages of their life cycle (childhood, adolescence, and adulthood). The research followed a qualitative approach with a phenomenological design. In-depth interviews were conducted and analyzed using open, axial, and selective coding. The findings reveal that maladaptive attachment styles, as described by the Dynamic-Maturational Model (DMM), configures impaired interpersonal trajectories that lead to a significant experience of loneliness, which manifests as sadness, anxiety, and feelings of frustration. It is concluded that loneliness constitutes a central dimension of psychological distress in this population group, opening new possibilities for clinical interventions.

**Keywords:** ADHD; loneliness; psychological distress; attachment relationships; Dynamic-Maturational Model

**Resumo:** Estudos recentes indicam que adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresentam maior vulnerabilidade a dificuldades interpessoais e a experiências de isolamento, com potencial impacto em seu bem-estar psicológico. No entanto, no Chile, as evidências que permitem uma compreensão mais aprofundada de como a solidão se configura e é vivenciada ao longo do ciclo vital nessa população ainda são limitadas. Este estudo teve como objetivo explorar a percepção de solidão e a vivência de bem-estar e sofrimento psicológico de adultos diagnosticados com TDAH em cada uma das etapas de seu ciclo vital (infância, adolescência e idade adulta). A pesquisa foi qualitativa, com delineamento fenomenológico. Foram realizadas entrevistas em profundidade, analisadas por meio de codificação aberta, axial e seletiva. Os resultados mostram que estilos de apego desadaptativos, descritos pelo Modelo Dinâmico-Maturacional (MDM), configuram trajetórias interpessoais deterioradas que dão lugar a uma vivência significativa de solidão, traduzida em quadros de tristeza, ansiedade e percepção de frustração. Conclui-se que a solidão é uma dimensão central do sofrimento psicológico nesse segmento da população, projetando novas possibilidades para abordagem clínica.

**Palavras-chave:** TDAH; solidão; sofrimento psicológico; relações de apego; Modelo Dinâmico-Maturacional

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos con mayor prevalencia a nivel mundial, se estima que afecta aproximadamente al 5 % de los niños en edad escolar (Fullen et al., 2020) y al 6.8 % de población adulta (Song et al., 2021). En Latinoamérica y África, se calcula que alrededor de 36 millones de personas padecen este trastorno, y menos de una cuarta parte recibe un tratamiento adecuado (Llanos et al., 2019). En Chile, la prevalencia promedio en la población infanto-juvenil alcanza el 10 % (Bello, 2022). El TDAH se caracteriza por tres dimensiones sintomáticas principales: inatención, hiperactividad e impulsividad (American Psychiatric Association, 2020). Estas alteraciones, tanto a nivel conductual como cognitivo, implican mecanismos de plasticidad neuronal y factores epigenéticos (Eiris-Puñal & Monteagudo-Saavedra, 2025), lo que repercute negativamente en el funcionamiento académico, ocupacional y social, lo que se traduce en un deterioro significativo de la vida cotidiana (Varma & Wiener, 2020). En relación con su continuidad en el ciclo vital, entre un 55 % y 66 % de los casos diagnosticados en la infancia mantienen los síntomas en la edad adulta (Yadav et al., 2021).

La evidencia científica en el TDAH se concentra en la etapa infanto-juvenil. En la infancia se han abordado principalmente las dificultades cognitivas y de funciones ejecutivas superiores, como regulación emocional y comportamental (Coello-Zambrano & Ramos-Galarza, 2022), indagando en su incidencia escolar (Aravena et al., 2025). En el ámbito social, este diagnóstico conlleva consecuencias negativas en la interacción con los pares, lo que conduce a que los escolares establezcan relaciones interpersonales inestables (Lee et al., 2021) y desarrollen una autoevaluación crítica, influida por las demandas sociales de compañeros y profesores (Labrador et al., 2019).

En la adolescencia, los estudios se han centrado en aspectos cognitivos y en el déficit de la cognición social (Ospina-Ospina et al., 2024), junto con alteraciones conductuales conducentes a consumo de sustancias, especialmente alcohol (Salazar et al., 2023). A su vez, existirían actitudes agresivas y transgresión de normas sociales como consecuencia de la desregulación emocional y el bajo control de impulsos (Soto & Solovieva, 2022). Sumado a ello, la evidencia científica indica que en la etapa infanto-juvenil existiría una propensión a desarrollar trastornos externalizantes como el trastorno oposicionista desafiante (Calderón et al., 2024) y el trastorno de la conducta (Smit et al., 2020), lo que incrementa el deterioro social (Fernández et al., 2020) y la frustración debido a las dificultades adaptativas (Grønneberg et al., 2023).

En adultos, las investigaciones han abordado la inestabilidad laboral, abuso de sustancias, problemas interpersonales, que deterioran la calidad de vida y son conducentes a cuadros ansiosos y depresivos (Mazurkiewicz & Marcano, 2021). Asimismo, se ha identificado la exposición a la discriminación social (Ginapp et al., 2023), por lo que se plantea la necesidad de impulsar estrategias que fortalezcan la autoestima y reduzcan el estigma social (Nordby et al., 2023). Por su parte, Varma y Wiener (2020) plantean que adultos con TDAH perciben sus propias conductas como molestas para otras personas, esto los lleva al retraimiento y aislamiento social. En este sentido, Wiener (2023) indica que el deterioro de la vida interpersonal en la adultez se relaciona con una disminución significativa de las habilidades sociales. Así, Björk et al. (2023) señalan que el sufrimiento principal de adultos con TDAH “es la experiencia de soledad. Se sienten solos en relaciones privadas y en relaciones de apoyo con cuidadores” (p. 172).

En dicho contexto, el TDAH implica un importante deterioro social en las distintas etapas del ciclo vital, con implicancias psicológicas relativas a la experiencia de soledad (Jong et al., 2024), que no significa necesariamente estar físicamente solo, sino sentirse solo. Esta sensación se experimenta como algo negativo y debe diferenciarse de la “soledad elegida”, un estado voluntario y tranquilo de estar solo, y del “aislamiento social”, que se refiere a una condición objetiva caracterizada por la ausencia o escasez de vínculos significativos (Barjaková et al., 2023). En este sentido, la soledad implica la insatisfacción de necesidades sociales, como la indisponibilidad de redes de apoyo y ayuda, así como la carencia de un espacio solidario en el cual la persona pueda percibirse como sostenida y respaldada (Sánchez & Fouce, 2024). En la medida en que las personas experimentan soledad, perciben su entorno como riesgoso, lo que las lleva a anticiparse negativamente en el ámbito interpersonal, lo que las predispone al retraimiento y aislamiento (Rodríguez et al., 2020). Del mismo modo, Smit et al. (2020) destacan que cuando las personas se sienten solas pueden presentar alteraciones en lo afectivo, como cuadros depresivos, ansiosos, entre otros.

Los estudios sugieren que adultos con TDAH podrían experimentar una percepción de soledad que incrementa el riesgo de malestar psicológico y afecte su salud mental (Quenneville et al., 2022). Sin embargo, existen escasos estudios que aborden la etapa adulta, lo que lleva a plantear la necesidad de ampliar la investigación del TDAH en esta etapa del ciclo vital (Amaral et al., 2021; Lopes & Baião, 2022; Torres, 2022). En particular, Dobrosavljevic et al. (2023) subrayan la ausencia de criterios específicos en los manuales diagnósticos actuales que permitan abordar la presentación del TDAH en la adultez, esto priva a una parte importante de esta población de un diagnóstico adecuado.

Teniendo en cuenta que la soledad refiere a un aspecto vincular de los seres humanos, el Modelo Dinámico-Maduracional (MDM; Crittenden & Ainsworth, 1989) permite comprenderla como un deterioro de las relaciones interpersonales debido a estilos vinculares desadaptativos. El MDM describe tres tipos de relaciones de apego: el estilo de apego evitativo (Tipo A), el estilo de apego seguro (Tipo B) y el estilo de apego coercitivo (Tipo C; Zagnutt, 2014). Cada uno de estos son vínculos afectivos que la persona establece con sus primeros cuidadores y que darán paso a estilos interpersonales que se extenderán, durante el desarrollo evolutivo, hacia esferas sociales más amplias (escuela, amistades, trabajo, parejas o familia; Lecannelier, 2020).

Crittenden et al. (2014) exponen que el estilo de apego coercitivo daría explicación a las tres dimensiones sintomáticas del TDAH e incluso a los trastornos comórbidos, de carácter externalizante, que conllevan consecuencias sociales negativas (Milozzi, 2022). La inatención es descrita por el MDM como una estrategia adaptativa según la cual el individuo, sintiéndose amenazado por algún peligro no identificable en su entorno, se retrae atencionalmente hacia su sensación de malestar afectivo interno, como un intento de desconexión de la incertidumbre ambiental (Crittenden et al., 2024).

Por su parte, la hiperactividad e impulsividad son comprendidas como disposiciones conductuales interpersonales altamente reactivas a las circunstancias particulares de las personas cuya discriminación emocional se encuentra obstaculizada (Crittenden et al., 2014). En esta línea, Fernández et al. (2020) indican que niños con este trastorno presentan conductas impulsivas y excesiva actividad motora, como levantarse del asiento sin autorización, interrumpir a compañeros con actitudes impulsivas, obstaculizando su integración social. Asimismo, Laslo-Roth et al. (2021) indican que padres y maestros describen a estos niños como personas aisladas, eventuales adultos solitarios, con una alta propensión a padecer malestar psicológico. En el caso de adolescentes, estos pueden llegar a experimentar un débil apoyo social con sus pares al no ser capaces de tolerar la frustración, lo que dificultaría su capacidad de establecer relaciones interpersonales (Bachur et al., 2020).

En el caso de adultos con TDAH, el patrón vincular desadaptativo se mantendría, lo cual sería un obstáculo para brindar apoyo emocional y comprender las necesidades de los otros, esto puede llevar a ser percibidos como personas distantes y desinteresadas (Rokeach & Wiener, 2020). Asimismo, los vínculos afectivos son de menor duración, debido a que tenderían a experimentar insatisfacción por sus parejas (Ben-Naim et al., 2017). En lo laboral, también se advierten dificultades en la gestión del tiempo, en la organización y priorización de tareas, esto implica un deterioro interpersonal con compañeros de trabajo y jefatura (Feuermaier et al., 2021).

Desde el MDM, las dimensiones sintomáticas se entienden como parte de un estilo vincular predominado por la emoción, capaz de generar trayectorias interpersonales deterioradas hasta la adultez. En este marco, la soledad percibida en adultos con TDAH refleja carencias en seguridad, protección, regulación emocional y satisfacción de necesidades básicas, derivadas de estrategias

conductuales disruptivas que debilitan el apego (González, 2022). Por ello, investigar su trayectoria vital permitiría comprender cómo el deterioro relacional y la soledad incrementan el riesgo de malestar psicológico en esta población (Kordahji et al., 2021).

Con base en las ideas expuestas, el objetivo de este estudio es explorar la percepción de soledad y la vivencia del bienestar y malestar psicológico de adultos chilenos diagnosticados con TDAH, a través de un enfoque cualitativo, en cada una de las etapas de su ciclo de vida (infancia, adolescencia y adultez).

## Método

Este estudio siguió un enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico, que consiste en “determinar qué significa una experiencia para las personas que la tienen y si son capaces de hacer una descripción comprensiva de la misma” (Creswell, 2017, p. 39).

### Participantes

Dado que se trata de un estudio cualitativo de tradición fenomenológica, se utilizó un muestreo intencional por criterio, de modo que las personas participantes representaran a quienes han vivido el fenómeno de interés y pudieran describirlo desde su experiencia (Creswell, 2017; Creswell & Poth, 2024). La población objetivo estuvo constituida por personas adultas residentes en Temuco con diagnóstico de TDAH. En Chile, no se dispone de un registro nacional único y actualizado que permita estimar con precisión el número exacto de personas adultas diagnosticadas con TDAH, particularmente a nivel comunal o regional, debido a la diversidad de vías de atención y diagnóstico (sector público y privado), la ausencia de notificación obligatoria y la variabilidad de prácticas diagnósticas. En consecuencia, el universo poblacional no se definió mediante un marco muestral cuantificable, sino mediante una delimitación operacional basada en criterios de inclusión y exclusión, coherente con el propósito comprensivo del enfoque fenomenológico. Como criterios de inclusión se consideró: tener entre 25 y 40 años, contar con diagnóstico de TDAH y presentar un manejo adecuado del idioma para asegurar la comprensión de las preguntas y la expresión de la vivencia subjetiva durante la entrevista.

En cuanto a los criterios de exclusión, se definió excluir a personas con condiciones que pudieran introducir fuentes de malestar psicológico no atribuibles principalmente a la experiencia vinculada al TDAH, tales como la presencia de otros diagnósticos de salud mental no relacionados con dicho trastorno (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar, discapacidad intelectual u otros cuadros severos), con el propósito de focalizar el análisis en experiencias de soledad asociadas específicamente al TDAH. En coherencia con estos criterios, la selección de participantes se realizó mediante un proceso de contacto y preselección orientado a verificar el cumplimiento de los requisitos de inclusión y exclusión y a resguardar que las personas efectivamente pudieran aportar descripciones ricas y pertinentes para el análisis fenomenológico. La convocatoria se realizó mediante redes sociales y afiches públicos. A cada participante se le solicitó el consentimiento informado, que garantizaba anonimato y voluntariedad.

La muestra final estuvo compuesta por 8 personas adultas diagnosticadas con TDAH, residentes en Temuco, con distribución equilibrada por género (4 hombres y 4 mujeres) y edades comprendidas entre 25 y 40 años. Esta caracterización fue considerada relevante para el objetivo del estudio, dado que permitió recoger relatos en torno a la vivencia de soledad y sus manifestaciones de bienestar y malestar psicológico, lo que permitió incorporar retrospectivamente experiencias atribuidas a distintas etapas del ciclo vital (infancia, adolescencia y adultez) desde la perspectiva actual de los participantes.

### Instrumentos

La herramienta de investigación fue la entrevista en profundidad, una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, que facilitó la exploración de experiencias individuales y la percepción subjetiva del fenómeno estudiado. Las preguntas abordaron temáticas acerca de percepción de soledad, malestar psicológico y preguntas relativas al bienestar psicológico. Algunos ejemplos de preguntas fueron: “¿Podría contarme sobre alguna experiencia importante en su vida que usted vincule con el TDAH?”, “¿Cómo describiría su experiencia de soledad en las diferentes etapas de su vida?”, “¿Le ha resultado difícil establecer o mantener relaciones estables con los demás?”, “¿En qué contextos sociales le resulta especialmente difícil manejar situaciones adversas?”.

La validación del instrumento se realizó sometándolo a la evaluación de tres jueces expertos con grado de doctorado en Psicología, quienes completaron una pauta de evaluación de las preguntas

de la entrevista para indicar la pertinencia y brindar sugerencias de mejora. Asimismo, se tuvo la precaución de plantear preguntas que no asumieran malestar psicológico en las experiencias de soledad de los participantes.

### **Procedimiento**

La investigación contó con la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad (Carta 42 - MZS del CEC de la Universidad Santo Tomás, Chile). Asimismo, este estudio se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la American Psychological Association (2010) y se suscribe en los principios éticos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Se realizó una entrevista en profundidad de 45 minutos a cada participante para explorar la percepción de soledad y malestar psicológico, según el marco teórico de este estudio. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas íntegramente y almacenadas de forma anónima para asegurar la confidencialidad de los participantes.

### **Análisis de datos**

El análisis siguió un enfoque de análisis temático, orientado a identificar y organizar patrones de sentido en los relatos (Braun & Clarke, 2022). La herramienta utilizada para apoyar el análisis fue ChatGPT 3.5 (OpenAI), empleada como asistente analítico para: (a) proponer y refinar etiquetas iniciales durante la codificación abierta; (b) sugerir agrupaciones de códigos en categorías y subcategorías en la codificación axial; y (c) apoyar la nominación y ajuste semántico de categorías axiales y su integración interpretativa durante la codificación selectiva. Este modo de uso de modelos de lenguaje en investigación cualitativa ha sido descrito en la literatura metodológica reciente como una estrategia viable para apoyar tareas de codificación y desarrollo temático, siempre que se explicita su rol ético e instrumental, se resguarde la trazabilidad del proceso y se preserve la interpretación humana como criterio final (Bijker et al., 2024; Morgan, 2023). Los resultados finales fueron evaluados estrictamente por la familiarización de los datos y el conocimiento del marco teórico de los investigadores, tal como se señala en orientaciones sobre análisis de datos cualitativos (Reyes & Mejía, 2024). Este proceso facilitó la interpretación del deterioro del bienestar psicológico desde la percepción de soledad en adultos con TDAH.

### **Resultados**

Los resultados se presentan por etapa del ciclo vital (infancia, adolescencia y adultez) y se organizan en dos dimensiones interrelacionadas: soledad y bienestar/malestar psicológico. Como se muestra en la Tabla 1, la soledad se configura a partir de comportamiento disruptivo y dificultades de ajuste social, diferenciación de pares y un uso ambivalente de la soledad como refugio autorregulatorio en la infancia. Estas categorías se articulan con indicadores de bienestar/malestar como labilidad atencional, no pertenencia y autoevaluación crítica, lo que configura una experiencia temprana de diferencia e incomprensión que tiende a instalar un marco de vulnerabilidad afectiva.

**Tabla 1**

*Vivencia de soledad y bienestar/malestar psicológico en la infancia*

| Dimensión           | Categoría                 | Síntesis interpretativa                                                                                              | Unidad de significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Soledad             | Comportamiento disruptivo | La soledad se articula con desajuste escolar por hiperactividad/impulsividad, que tensiona la integración con pares. | "No estaba sentada toda la clase. Me paraba... era más desordenada" (P3, párr. 2). "Cuando tenía 7 años, me llevaron a este psicólogo porque tenía un comportamiento extraño. Yo hacía muchas preguntas y me desordenaba mucho en clases" (P7, párr.2).                                                                                                                              |
| Soledad             | Diferenciación de pares   | Se instala una vivencia de "no encaje" y diferencia frente al grupo, lo que anticipa distancia interpersonal.        | "Yo era una persona super desagradable cuando niño, y luego lo escudaba todo como 'libertad de expresión' o cosas así. Y, al final, después, me di cuenta de que me empecé a quedar solo" (P5, párr. 6). "Era niña solitaria, leía mucho" (P8, párr. 3). "Me gustaba estar solo" (P1, párr. 8).                                                                                      |
| Soledad             | Regulación emocional      | La soledad funciona también como espacio de calma y autorregulación, asociado a intereses personales.                | "Las emociones eran, particularmente en mi infancia, que yo no sabía para dónde iba la micro, no sabía qué quería hacer" (P5, párr. 5). "De hecho, mi papá echaba una talla con eso, decía: 'qué niño tan malo, no jueguen con él', porque en el fondo yo era más travieso o era muy inquieto" (P7, párr.4).                                                                         |
| Soledad             | Ambivalencia afectiva     | Coexisten deseo de estar solo/a y conflicto emocional por la soledad.                                                | "Querer estar sola. Pero también en conflicto con eso... con esa soledad" (P2, párr. 8). "Hasta el día de hoy me acuerdo de una escena que fue super rara. En los recreos yo me quedaba en la sala. No tenía con quién ir afuera ni con quién conversar. Entonces, ahora te encuentras que estás entre tus compañeros de toda la vida, pero tú no existes para ellos" (P6, párr. 4). |
| Bienestar /malestar | Labilidad atencional      | Dificultades atencionales/disociativas que afectan desempeño y participación social.                                 | "La atención nunca fue mi fuerte" (P3, párr. 2). "Y en el colegio recuerdo, pero muy patente, de no estar presente en clases. O sea, de estar ahí en cuerpo, pero no en alma. Y no cachar nada de lo que estaba pasando" (P6, párr. 2).                                                                                                                                              |
| Bienestar /malestar | No pertenencia            | Sentimientos de diferencia e incompreensión; identidad temprana marcada por desvalorización social.                  | "Y yo con mi amiga teníamos todo armado que nos íbamos a ir a otro colegio... que íbamos a seguir en el planeta en el cual estábamos, Mercurio, dando vueltas. Yo no tenía a nadie a quién pedirle ayuda en términos de materia" (P6, párr. 3).                                                                                                                                      |
| Bienestar /malestar | Autoevaluación crítica    | Atribución personal de falla ante pérdida de vínculos; cuestionamiento temprano de la identidad.                     | "Me quedé solo... 'estoy haciendo algo mal'" (P5, párr. 6). "No era matea, siempre me costó mucho concentrarme" (P8, párr. 3).                                                                                                                                                                                                                                                       |

Como se sintetiza en la Tabla 2, la soledad se vuelve más consciente y se integra a la construcción de identidad, especialmente en la comparación con pares y en la interpretación de la propia diferencia. En esta etapa destacan la regulación emocional obstaculizada, la soledad emocional y la soledad como refugio, junto con una ambivalencia interpersonal que tensiona los vínculos. En paralelo, se observan indicadores de bienestar/malestar como autonomía restringida, persistencia de no pertenencia, búsqueda de validación y mayor labilidad emocional, lo que sugiere un incremento del riesgo de malestar psicológico asociado a la frustración y la sintomatología internalizante.

**Tabla 2**

*Vivencia de soledad y bienestar/malestar psicológico en la adolescencia*

| Dimensión          | Categoría                          | Síntesis interpretativa                                                                                   | Unidad de significado                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Soledad            | Construcción de identidad          | La identidad se define en contraste con pares; intereses/ritmos distintos refuerzan diferencia y soledad. | “Siempre estuve adelantado, me gustaban cosas que a mi edad no tenían que gustarme” (P1, párr. 12). “Sólo con esa gente, los marginales, hemos podido hablar de esa experiencia compartida” (P8, párr. 4).                                                                                                            |
| Soledad            | Regulación emocional obstaculizada | Impulsividad/reactividad modela decisiones e interacciones, lo que aumenta la fricción interpersonal.     | “Hay un componente impulsivo en la toma de decisiones” (P2, párr. 5). “Yo habría tenido 13 o 14 años aproximadamente cuando comenzó a pasar eso, que me empecé a quedar solo” (P5, párr. 6).                                                                                                                          |
| Soledad            | Soledad emocional                  | La soledad se vuelve más consciente y afectivamente marcada (tristeza, introspección).                    | “Empecé a sentir el tema de estar solo” (P1, párr. 9). “Yo estaba clara de que estaba sola. Tú cachabas que tus compañeros hacían sus cosas y tú no estabas nunca incluida” (P6, párr. 4).                                                                                                                            |
| Soledad            | Soledad como refugio               | Retiro voluntario como protección emocional y conexión con intereses propios.                             | “Me escudaba en leer” (P1, párr. 9). “3° y 4° medio me sentaba atrás y me encajonaba, estaba solo con mis audífonos y hacía mis cosas” (P7, párr. 5).                                                                                                                                                                 |
| Soledad            | Ambivalencia interpersonal         | Vínculos presentes pero vividos como insuficientes o afectivamente incompletos.                           | “‘Ustedes no son mis verdaderas amigas’” (P2, párr. 7). “Pero yo era bastante invisible, y eso yo creo que era muy bueno para mí, malo para lo social. Me costó mucho” (P8, párr. 9).                                                                                                                                 |
| Bienestar/malestar | Autonomía restringida              | Dificultad para decidir con agencia; alta influencia de pares en conductas/decisiones.                    | “Me decían ‘ya, vamos a hacer esto’ y yo decía ‘ya’” (P2, párr. 16). “Uno trataba de hacer cuestiones tratando de encajar... no es que uno fuera a hacer el ridículo” (P6, párr. 11). “Hasta como los 14 años, me importaba mucho cumplir sus expectativas (amigos)” (P8, párr. 16).                                  |
| Bienestar/malestar | No pertenencia                     | Mayor conciencia de diferencia e incompreensión del entorno respecto del diagnóstico.                     | “Gente que no tiene este diagnóstico no lo entiende” (P3, párr. 15). “O sea... yo no tenía amigos en el colegio. Nunca lo pasé bien en el colegio. No me sentí nunca valorada y nunca más he vuelto a mi colegio” (P6, párr. 5).                                                                                      |
| Bienestar/malestar | Búsqueda de validación             | Necesidad de aprobación externa para sostener vínculos y autovaloración.                                  | “Esa validación externa se volvió algo muy importante” (P4, párr. 14). “Cuando, por ejemplo, tenía que tomar decisiones de algo básico como comprar ropa, ponte tú. A una amiga le preguntaba: ‘Ay, amiga, ¿cómo crees que se me ve?’ Y si no me respondía, no sé si era capaz de llegar y comprarla” (P3, párr. 15). |
| Bienestar/malestar | Labilidad emocional                | Tristeza/ansiedad/frustración asociadas a metas y vínculos; posible sintomatología internalizante.        | “La frustración lleva a otra cosa, la depresión” (P3, párr. 14). “Mejor me anulo el deseo para evitarme la frustración” (P2, párr. 13).                                                                                                                                                                               |

Tal como muestra la Tabla 3, la soledad tiende a consolidarse como una experiencia más estructural, integrada a la autocomprensión del individuo, coexistiendo con un déficit de regulación y con ambivalencia interpersonal y afectiva. En términos de bienestar/malestar, emergen con mayor nitidez la frustración vital y la persistencia de labilidad emocional, aunque también se identifican procesos de resignificación vincular (vínculos selectivos) y resignificación identitaria (mayor autoaceptación), que operan como recursos de ajuste psicológico. En conjunto, la adultez muestra una coexistencia entre estabilización selectiva de vínculos y persistencia de malestar, particularmente en forma de ansiedad, tristeza y frustración.

**Tabla 3**

*Vivencia de soledad y bienestar/malestar psicológico en la adultez*

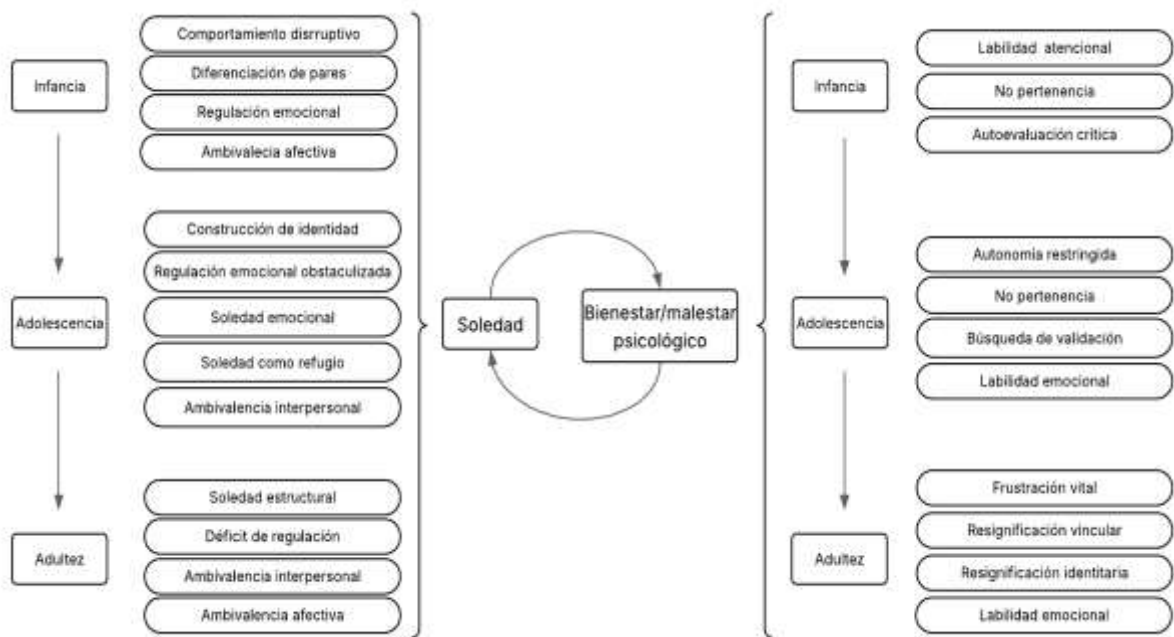
| <b>Dimensión</b>   | <b>Categoría</b>            | <b>Síntesis interpretativa</b>                                                                 | <b>Unidad de significado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Soledad            | Soledad estructural         | La soledad se normaliza/habitualiza e integra a la autocomprensión del adulto.                 | “Más que incomodar o que sea un problema importante, es como que estás acostumbrado” (P2, párr. 10). “Entonces, sostener algunas relaciones a lo largo del tiempo, para mí, sí que es un logro y me gustaría que continúe. Tal vez no con mucha gente” (P6, párr. 15).                                                                          |
| Soledad            | Déficit de regulación       | Persisten estados afectivos intensos (ansiedad/tristeza) ligados a la vivencia de soledad.     | “Y si no hay ansiedad, ando triste” (P1, párr. 20). “Sentí como que maduré, pasé de ser niño o adolescente a ser un adulto joven, básicamente, cuando ya tuve esa capacidad de ser consciente de mis actos, de las consecuencias, de que muchas veces podía dañar al otro sin darme cuenta... con algún comentario, por ejemplo” (P5, párr. 7). |
| Soledad            | Ambivalencia interpersonal  | Convivencia entre retraimiento, obligación social y búsqueda limitada de pertenencia.          | “No me junto con nadie... obligado a entrar al grupo” (P1, párr. 14). “Me siento en el mundo, sé que soy parte del mundo, pero recién ahora, como con 30 años, me doy cuenta de a qué grupo del mundo pertenezco” (P7, párr. 16).                                                                                                               |
| Soledad            | Ambivalencia afectiva       | La soledad puede vivirse como alivio y, simultáneamente, como fuente de malestar.              | “Estar solo... igual es bueno” (P1, párr. 21). “Sí, parece que no me llaman, porque creen que estoy bien, porque yo tampoco digo otra cosa o, que sé yo, una amiga no me invitó a tal lado, porque no sé, tampoco le he dicho que quiero tal cosa” (P2, párr. 21).                                                                              |
| Bienestar/malestar | Frustración vital           | Dificultad para sostener metas por motivación intrínseca; necesidad de reguladores externos.   | “Había una motivación más externa... mi hijo” (P2, párr. 21). “Entonces, pero creo que el TDAH puede ser muy terrible. Por ejemplo, genera estas crisis de ansiedad que uno no sabe dónde deja las cosas, y es super estresante” (P8, párr. 21).                                                                                                |
| Bienestar/malestar | Resignificación vincular    | Estabilización de vínculos selectivos que sostienen equilibrio, aunque con red social acotada. | “Mi relación con mi marido... con los pocos amigos que tengo” (P6, párr. 14). “Entonces esto siempre ha sido en el fondo como en el ensayo y error, que se dan todos los trabajos y para todas las personas, pero, para mí, funcionar implica más trabajo” (P4, párr. 7).                                                                       |
| Bienestar/malestar | Resignificación identitaria | Mayor autoaceptación e integración del estilo personal, con sensación de satisfacción.         | “Ya soy como soy y eso me da más satisfacción” (P3, párr. 19). “Encuentro que es super bacán trabajar sola. Me gusta estar sola. Puedo relacionarme ahora, no exitosamente, con seres humanos, pero no me interesa la popularidad” (P8, párr. 11).                                                                                              |

|                        |                        |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bienestar/<br>malestar | Labilidad<br>emocional | Persistencia de crisis<br>ansiosas/tristeza; en varios<br>casos se recurre a apoyo<br>clínico. | “Tuve dos cuadros ansiosos y un poco depresivos”<br>(P2, párr. 11). “Me jode más la ansiedad asociada al<br>cuadro que el cuadro en sí mismo” (P4, párr. 5). “En<br>cambio, cuando estoy triste, ya no es libertad,<br>empieza la soledad de no tener a alguien a quien<br>hablarle, que todo es gris, sientes que si le hablas a<br>alguien vas a molestar” (P6, párr. 8). |
|------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

En la Figura 1 se presenta una síntesis visual del modo en que la experiencia de soledad y el bienestar/malestar psicológico se configuran y retroalimentan a lo largo del ciclo vital en adultos con TDAH, se muestran los resultados por etapas (infancia, adolescencia y adultez) y se presentan las categorías que describen la vivencia de soledad, y, por otro lado, aquellas que representan el deterioro o ajuste del bienestar psicológico. La relación central entre ambos dominios se representa como un vínculo bidireccional, esto sugiere que la soledad no solo emerge como consecuencia de trayectorias interpersonales complejas, sino que también se convierte en un factor que intensifica estados de malestar, al mismo tiempo que ciertas manifestaciones de malestar incrementan el retraimiento y la vivencia de aislamiento.

Esta representación facilita comprender cómo, en la experiencia reportada por los participantes, la soledad y el bienestar/malestar psicológico se relacionan categorialmente y se expresan de manera diferencial según el momento del ciclo vital, en coherencia con lo expuesto en las Tablas 1, 2 y 3.

**Figura 1**  
*Soledad y bienestar/malestar psicológico a lo largo del ciclo vital*



Discusión

Los resultados coinciden con los postulados del MDM (Crittenden et al., 2024), ya que se observa que las relaciones interpersonales de los participantes se articulan según el estilo de apego tipo C coercitivo (Zagmutt, 2014), caracterizado por un predominio de la información emocional en desmedro de la verbal (normas o reglas), y también por un retraimiento atencional en contextos vividos como riesgosos, relacionado con ambientes percibidos como amenazantes (familias inestables o exigentes, ambiente escolar adverso, etc.) (Crittenden et al., 2014). De este modo, se advierte una trayectoria de vida coherente con dicho estilo vincular, esto implica el deterioro de las relaciones interpersonales y

vuelve al adulto vulnerable a experimentar niveles significativos de soledad, manifestaciones de tristeza y ansiedad (Rodríguez et al., 2020).

Respecto de las etapas del ciclo vital en los participantes, el estilo vincular coercitivo en la infancia se expresa mediante conductas impulsivas, que deterioran las relaciones con los pares (Fernández et al., 2020) y generan retraimiento social. En consonancia con Laslo-Roth et al. (2021), la infancia de los participantes enseña la existencia de un retraimiento social acompañado por la percepción de una diferencia con los pares, junto a un interés de relacionarse con ellos; no obstante, se privilegian los intereses propios. Asimismo, como indican Lecannelier et al. (2021), se advierte la tendencia en la niñez a dar énfasis a las críticas negativas, lo cual refuerza su vivencia de riesgo del entorno y su retraimiento social. Ciertamente, esto enseña un deterioro del bienestar psicológico advertido en sentimientos de no pertenencia, destacándose, como lo indican Labrador et al. (2019), en una incipiente autoevaluación crítica, producto de las exigencias vividas por parte de compañeros y profesores.

En cuanto a la adolescencia, se advierte la continuidad de la estrategia de apego coercitiva en aquella baja proximidad emocional, destacada por Rokeach y Wiener (2020), expresada en una distancia con los pares. Asimismo, las entrevistas enseñan que existen respuestas emocionalmente reactivas y rupturistas. Estas parecen explicarse tanto desde intolerancia a la frustración, señalada por Bachur et al. (2020), como desde la tendencia a actitudes impulsivas propias en adolescentes con TDAH descritas por Soto y Solovieva (2022). Igualmente, respecto de lo que afirman Sánchez y Fouce (2024), a saber, que adolescentes con TDAH tienden a sentirse insatisfechos en sus necesidades sociales debido a la baja disposición de espacios de respaldo y contención, esto puede dar pie a una percepción cada vez más explícita de la soledad con tonos emocionales de tristeza. Por otra parte, Ginapp et al. (2023) destacan una propensión al cumplimiento de expectativas sociales que es manifestada por los entrevistados, lo cual disminuye su capacidad de tomar decisiones propias, lo que los lleva a la percepción de frustración respecto de sus dificultades adaptativas (Grønneberg et al., 2023), acompañada de sentimientos de tristeza y ansiedad.

En la adultez, parece consolidarse el estilo coercitivo y la percepción de soledad. Siguiendo a Jong et al. (2024), se advierte que en esta etapa del ciclo vital dicho estilo de apego ya se ha integrado identitariamente. Asimismo, siguiendo a Björk et al. (2023), la percepción de soledad, propiciada por el estilo coercitivo, comienza también a ser integrada por el adulto como parte de su estilo de vida, aunque de manera sufriente. Asimismo, las entrevistas confirman la dificultad de brindar apoyo emocional y comprender las necesidades de los pares, destacada por Rokeach y Wiener (2020), que puede ser entendida como una ambivalencia afectiva, en la cual el adulto con TDAH establece vínculos interpersonales; no obstante, desde un retraimiento afectivo mediante el cual se obstaculiza la consolidación de vínculos profundos. En este contexto, se advierte en adultos un bienestar psicológico deteriorado, con manifestaciones de malestar psicológico expresado en cuadros de depresión y ansiedad (Mazurkiewicz & Marcano, 2021). Esta desregulación emocional aparece en los entrevistados como respuesta a la anticipación negativa en la interacción interpersonal, señalada por Rodríguez et al. (2020), desde la cual la persona busca espacios de soledad, sintiendo tristeza, pero hallando en tales espacios la regulación emocional requerida frente a los sentimientos de ansiedad que pueda experimentar en sus relaciones interpersonales.

En términos clínicos, los resultados indican que la soledad en adultos con TDAH no opera como un estado aislado, sino como una trayectoria que se va consolidando desde experiencias tempranas de etiquetación, no pertenencia y autocrítica, y que se intensifica en la adolescencia con autonomía restringida, búsqueda de validación y labilidad emocional, hasta expresarse en la adultez como frustración vital y reconfiguraciones identitarias y vinculares. Esto sugiere que la intervención debiera incorporar, además del abordaje sintomático, componentes específicos orientados a regular afecto, reducir autocrítica y reparar patrones relacionales asociados a la no pertenencia, que promuevan vínculos protectores y estrategias de afrontamiento social.

Es importante destacar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, debe destacarse que se ha tratado de una muestra reducida, en este sentido, los resultados obtenidos no pueden ser generalizables o ampliables a una población de mayor alcance. Además, este estudio se apoya en recuerdos que las personas hacen de su vida, lo cual puede implicar sesgos en la reconstrucción de las experiencias vitales respecto de sí mismos y de su experiencia de soledad. No obstante, el reconocimiento de estas limitaciones no perjudica la relevancia de los hallazgos obtenidos. A su vez, se

trata de la aplicación inédita a una muestra chilena del MDM, en lo que respecta al abordaje vincular del TDAH. Por lo tanto, la detección del estilo vincular en adultos con TDAH sugiere orientaciones psicoterapéuticas que se centren en aspectos relevantes para el MDM, como son la regulación emocional y la mentalización (Lecannelier et al., 2021).

Este estudio puede incentivar investigaciones futuras enfocadas en las diferencias de la vivencia de soledad en adultos desde un enfoque de género, que permita identificar trayectorias diferenciadas de dicho fenómeno. Igualmente, sería importante realizar investigaciones cuantitativas de diseño longitudinal que evalúen el desarrollo del estilo de apego coercitivo y la experiencia de soledad con el fin de detectar predictores tempranos que posibiliten intervenciones psicológicas preventivas. Finalmente, un último desafío es llevar a la práctica esta investigación mediante talleres de sensibilización que favorezcan una comprensión de la sintomatología neurodivergente y su correspondiente patrón de apego, que contribuyan a la prevención y abordaje de experiencias de soledad que deterioren el bienestar psicológico de adultos con TDAH.

### Referencias

- Amaral, F. M., Correa, M., Silva, A., Artuso, B., Dias, L., De Souza, C., Guerra, D., & Vasconcelos, M. (2021). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no adulto: prevalência e impactos. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 24035-24044. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-033>
- American Psychiatric Association. (2020). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5* (5ª ed.). Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Aravena, C., Román, S., & Sepúlveda, A. (2025). Efecto de las funciones ejecutivas en el rendimiento académico de niños/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión sistemática. *CienciaAmérica*, 14(1), 1-17. <https://doi.org/10.33210/ca.v14i1.483>
- Bachur, F., Trevisan, E., & Ruzzi, A. (2020). Relaciones sociales de los adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Familia, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2, 719-726. <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i0.4747>
- Barjaková, M., Garneró, A., & d'Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Social Science & Medicine*, 334, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>
- Bello, O. (2022). Infancias, diagnósticos y salud mental: discursos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la región de Los Lagos, Chile (2020-2021). *Salud Colectiva*, 18, 1-17. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4233>
- Ben-Naim, S., Marom, I., Krashin, M., Gifter, B., & Arad, K. (2017). Life with a partner with ADHD: The moderating role of intimacy. *Journal of Child and Family Studies*, 26(5), 1365-1373. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0653-9>
- Bijker, R., Merkouris, S. S., Dowling, N. A., & Rodda, S. N. (2024). ChatGPT for automated qualitative research: Content analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 26, 1-18. <https://doi.org/10.2196/59050>
- Björk, A., Rönngren, Y., & Våge, L. (2023) Adult persons with ADHD and their lifestyle. En J. L. Matson (Ed.), *Clinical Handbook of ADHD. Assessment and Treatment across the Lifespan* (pp. 121-182). Springer.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE.
- Calderón, C., Castellanos-Alvarenga, L., Mejía-Valiente, J., Rivera de Blanco, K., & Valdivieso-Aguilar, G. (2024). Conductas desafiantes en estudiantes de educación media: aportes para prevenir e intervenir la violencia escolar. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 16(3), 105-115. <https://doi.org/10.22335/rlct.v16i3.1996>
- Coello-Zambrano, E., & Ramos-Galarza (2022). Construcción teórica neuropsicológica de las funciones ejecutivas. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(2), 74-83. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol31200074>
- Creswell, J. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five approaches*. SAGE.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2024). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (5ª Ed.). SAGE.

- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. En D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). Cambridge University Press.
- Crittenden, P., Dallos, R., Landini, A., & Kozłowska, K. (2014). *Attachment & Family Therapy*. McGraw Hill.
- Crittenden, P., Florit, G., Landini, A., & Spieker, S. (2024). The assessment of attachment for case formulation. En B. Poletti, G. Tasca, L. Pievani, & A. Compare (Ed.), *Training in Integrated Relational Psychotherapy: an evidence-based approach* (pp. 103-138). Springer.
- Dobrosavljevic, M., Larsson, H., & Cortese, S. (2023). The diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in older adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 23(10), 883-893. <https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2250913>
- Eiris-Puñal, J., & Monteagudo-Saavedra, E. (2025). Heredabilidad en los trastornos del neurodesarrollo. *Medicina (Buenos Aires)*, 85(1), 22-29.
- Fernández, G. L., Arias, G. V., Rodríguez, N. H., & Manzano, S. N. (2020). Estudio e intervención en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de educación primaria. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 95(34), 247-274. <https://doi.org/10.47553/rifop.v34i2.77535>
- Feuermaier, A., Tucha, L., Butzbach, M., Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., & Tucha, O. (2021). ADHD at the workplace: ADHD symptoms, diagnostic status, and work-related functioning. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 1021-1031. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02309-z>
- Fullen, T., Jones, S. L., Emerson, L. M., & Adamou, M. (2020). Psychological Treatments in Adult ADHD: A Systematic Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(3), 500-518. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09794-8>
- Ginapp, C., Greenberg, N., MacDonald-Gagnon, G., Angarita, G., Bold, K., & Potenza, M. (2023). "Dysregulated not deficit": A qualitative study on symptomatology of ADHD in young adults. *PLoS ONE*, 18(10), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292721>
- González, S. S. (2022). Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 2-15. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a2>
- Grønneberg, S., Engebretsen, E., & Løkkeberg, S. (2023). When ADHD knocks on the door – discourse theory as a frame to explore subject positions and mental wellbeing before diagnosis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18, 1-13. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2209964>
- Jong, A., Odoi, C., Lau, J., & Hollocks, M. (2024). Loneliness in young people with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 24(7), 1063-1081. <https://doi.org/10.1177/10870547241229096>
- Kordahji, H., Ben David, Sh., & Elkana, O. (2021). Attachment anxiety moderates the association between ADHD and psychological distress. *Psychiatric Quarterly*, 92, 1711-1724. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09919-6>
- Labrador, R. V., Hernández, V. F., & Inglés, Y. E. (2019). Estudio de los patrones de conducta del alumnado con TDAH en la clase de educación física. *Movimiento*, 25, 1-15. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.81877>
- Laslo-Roth, R., George-Levi, S., & Rosenstreich, E. (2021). Protecting children with ADHD against loneliness: Familial and individual factors predicting perceived child's loneliness. *Personality and Individual Differences*, 180, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110971>
- Lecannelier, F. (2020). El vínculo de apego: La clave del desarrollo socioemocional en la primera infancia. En O. Alejandro (Ed.), *CIEI: Compromisos y desafíos para una infancia saludable* (pp. 39-41). UNSA.
- Lecannelier, F., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C., & Monje, G. (2021). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: Una propuesta del modelo de apego y complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 105-124. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.463>
- Lee, Y., Mikami, A., & Owens, J. (2021). Children's ADHD symptoms and friendship patterns across a school year. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(5), 643-656. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00771-7>

- Llanos, L., García, D., González, H., & Puentes, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revista de Pediatría Atención Primaria*, 21, 101-108. [https://pap.es/files/1116-2618-pdf/WEB\\_002\\_RPAP\\_1442\\_TDAH\\_escolarizados.pdf](https://pap.es/files/1116-2618-pdf/WEB_002_RPAP_1442_TDAH_escolarizados.pdf)
- Lopes, M., & Baião, L. (2022). Os desafios do diagnóstico do transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos com base no DSM-V. *Brazilian Journal of Development*, 8(6), 48102-48118. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n6-353>
- Mazurkiewicz, H., & Marcano B. (2021). Calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH diagnosticados en la adultez: revisión sistemática. *Actualidades en Psicología*, 35(103), 97-113. <https://doi.org/10.15517/ap.v35i130.38298>
- Milozzi, S. (2022). La formulación funcional de caso del modelo dinámico maduracional del apego y el rol de la entrevista de apego adulto dentro de la misma. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 133-150. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35949>
- Morgan, D. L. (2023). Exploring the use of artificial intelligence for qualitative data analysis: The case of ChatGPT. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231211248>
- Nordby, E., Guribye, F., Nordgreen, T., & Lundervold, A. (2023). Silver linings of ADHD: a thematic analysis of adults' positive experiences with living with ADHD. *BMJ Open*, 13(10), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072052>
- Ospina-Ospina, A., Areiza-Rodríguez, V., Rey-Álvarez, D., & Herrera Santana, L. (2024). Implicaciones del TDAH en el desarrollo de la cognición social en estudiantes de secundaria de Colombia y Canadá. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 73, 8-37. <https://doi.org/10.35575/rvucn.n73a2>
- Quenneville, A., Kalogeropoulou, E., Nicastro, R., Weibel, S., Chanut, F., & Perroud, N. (2022). Anxiety disorders in adult ADHD: A frequent comorbidity and a risk factor for externalizing problems. *Psychiatry Research*, 310, 114423. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114423>
- Reyes, F. L. G., & Mejía, R. K. A. (2024). Inteligencia artificial en la investigación cualitativa: Análisis bibliométrico de la producción científica indizada en Scopus. *New Trends in Qualitative Research*, 20(4), 2-15. <https://doi.org/10.36367/ntqr.20.4.2024.e1116>
- Rodríguez, Q. A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Aufenacker, S. I., Crawley, A., Botero, B., Scavone, K., & Vázquez, N. (2020). Sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y confinamiento preventivo por el coronavirus COVID-19. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 24(2), 57-84.
- Rokeach, A., & Wiener, J. (2020). Friendship quality in adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(8), 1156-1168. <https://doi.org/10.1177/1087054717735380>
- Salazar, A. J., Téllez, A. B., & Rivera, R. E. (2023). TDAH asociado a conductas delictivas en adolescentes latinoamericanos y españoles: revisión del estado del arte. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 15(1), 45-55.
- Sánchez, E., & Fouce, J. (2024). *Soledad no deseada. Claves para la acción municipal*. Catarata.
- Smit, S., Mikami, A., & Normand, S. (2020). Correlates of loneliness in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Comorbidities and peer problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(3), 478-489. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00959-w>
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>
- Soto, H., & Solovieva, J. (2022). Análisis cualitativo de perfiles neuropsicológicos en adolescentes con diagnóstico de TDAH. *Cuadernos de Neuropsicología*, 16(2), 18-32.
- Torres, M. (2022). Os impactos dos sintomas do TDAH no adulto. *Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem*, 4, 26-46.
- Varma, A., & Wiener, J. (2020). Perceptions of ADHD symptoms in adolescents with ADHD: Attributions and stigma. *Canadian Journal of School Psychology*, 35(4), 252-265. <https://doi.org/10.1177/0829573520936459>
- Wiener, J. (2023). Social relationships of individuals with ADHD across the lifespan. En J. L. Matson (Ed.), *Clinical Handbook of ADHD. Assessment and Treatment across the Lifespan* (pp. 517-546). Springer.

- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA Network*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Yadav, S., Bhat, A., Hashem, Sh., Nisar, S., Kamal, M., Syed, N., Temmani, M-R., Gupta, R., Kamran, S., Azeem, M., Srivastava, A., Bagga, P., Chawla, S., Reddy, R., Frenneaux, M., Fakhro, K., & Haris, M. (2021). Genetic variations influence brain changes in patients with attention-deficit hyperactivity disorder. *Transnational Psychiatry*, 11(349), 1-24. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01473-w>
- Zagmutt, A. (2014). *Vínculos afectivos, mentes conectadas. Estilos de personalidad y crisis desde el nacimiento hasta la edad adulta*. Uqbar.

---

**Contribución de los autores (Taxonomía CRediT):** 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

L. M. C.-A. ha contribuido en 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14; F. J.-M. en 1, 2, 3, 5, 6, 9, 13, 14; C. I. T.-H. en 1, 2, 5, 6, 9, 13; P. I.-R. en 1, 2, 5, 6, 9, 13.

**Editora científica responsable:** Dra. Cecilia Cracco.