



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

Treball final de grau

GRAU D'INFERMERIA

Facultat d'Infermeria Universitat de Barcelona

TÍTOL

Impacte d'una intervenció vivencial i psicoeducativa per a familiars en el benestar d'adolescents amb TDAH.

Marina Riudavets Pons



Tutora: Júlia Rolduà Ros

Àmbit docent: Infermeria de Salut Mental

Curs acadèmic 2024-2025

Agraïments

Voldria expressar el meu més sincer agraïment a totes les persones que, d'una manera o altra, han contribuït a la realització d'aquest Treball Final de Grau.

En primer lloc, agraeixo a la meva tutora, Júlia Rolduà Ros, per la seva guia, paciència i valuoses aportacions al llarg de tot aquest procés. La seva orientació ha estat essencial per al desenvolupament d'aquest treball.

També, vull manifestar la meva gratitud a les companyes i amigues de la Universitat de Barcelona, que han estat una font constant d'aprenentatge i suport durant la meva trajectòria acadèmica. Així mateix, agraeixo especialment a l'Ana, l'Ariadna i la Núria el seu suport incondicional durant els anys viscuts fora de casa.

Finalment, expresso el meu més profund reconeixement a la meva mare, el meu pare i el meu germà. Sense el seu suport, el somni de cursar el Grau en Infermeria no hauria estat possible. Malgrat la distància, sempre han estat al meu costat, oferint-me comprensió, ànims i ajuda.

Resum

- Introducció: El TDAH és una patologia del neurodesenvolupament caracteritzada per dèficit d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat. Afecta un 5% de nens i adolescents, impactant la seva qualitat de vida. L'entorn familiar i diversos tractaments poden modular la simptomatologia. El projecte es basa en una intervenció vivencial i psicoeducativa, conformada de dues sessions de realitat virtual i sis sessions educatives per a pares d'adolescents amb TDAH.
- Objectiu: Avaluar l'efectivitat d'una intervenció vivencial i psicoeducativa a familiars d'adolescents amb TDAH en la millora del nivell de concentració en els estudis, nivell d'ansietat i depressió, grau d'hiperactivitat o impulsivitat i autoestima en els adolescents.
- Metodologia: L'estudi, de disseny quasiexperimental sense grup control, es durà a terme al Centre de TDAH del Vallès i tindrà una duració de sis mesos. La mostra estarà formada per 40 adolescents (10-19 anys) en fase inicial de diagnòstic de TDAH (<1 any del diagnòstic), seleccionats mitjançant mostreig per conveniència. Inicialment, es durà a terme una prova pilot amb una mostra reduïda. Els adolescents respondran 4 escales de valoració prèvies i posteriors a la intervenció (Test d'Atenció D2, Escala de Goldberg, Escala de Conners i Escala de Rosenberg). Per avaluar l'eficàcia de la intervenció, l'anàlisi de dades es portarà a terme amb el programa estadístic SPSS 27.
- Resultats esperats: S'espera una millora en les variables d'estudi i, per tant, una millor qualitat de vida dels adolescents. A més, la futura integració de les famílies en el tractament del trastorn.
- Paraules clau: TDAH, adolescent, família i benestar.

Abstract

- Introduction: ADHD is a neurodevelopment pathology characterized by the deficiency of attention, hyperactivity and impulsiveness. It affects 5% of children and adolescents, affecting their quality of life. The familiar environment and diverse treatments can shape their symptomatology. The project consists of an experiential and psychoeducative intervention, consisting of two virtual reality sessions and six educational sessions for adolescents with ADHD's parents.
- Objective: Assess the effectiveness of the experimental and psychoeducative intervention for families of adolescents with ADHD in the improvement of concentration levels in their studies, anxiety levels and depression, degree of hyperactivity or impulsiveness and self-confidence in them.
- Methodology: The study, with an almost experimental design without control group, will be carried out in Vallès ADHD centre and will last for six months. The sample will consist of 40 adolescents (10-19 years old) in an initial phase of diagnosis of ADHD (less than a year from their diagnosis), selected through convenience sampling. Initially, a pilot test will be carried out with a reduced sample. Adolescents will answer 4 assessment scales before and after the intervention (D2 Test of Attention, Goldberg Scale, Conners Scale and Rosenberg Scale). In order to assess the effectiveness of the intervention, data will be analysed with the statistics program SPSS 27.
- Expected results: An improvement is expected regarding the variables in the study, and, therefore, a better quality of life of the adolescents. Moreover, the future integration of families within the disorder's treatment.
- Key words: ADHD, adolescents, family and well-being.

Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)

Aquest estudi analitza l'efectivitat d'una intervenció vivencial i psicoeducativa dirigida a familiars d'adolescents amb Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH) amb l'objectiu de millorar el benestar emocional dels joves i afavorir una relació familiar més positiva. L'impacte de la intervenció es valora en funció de diverses variables com la concentració en els estudis, el nivell d'ansietat i depressió, l'autoestima i el grau d'hiperactivitat o impulsivitat.

El programa contribueix a la igualtat d'oportunitats d'aquests adolescents. En molts casos, el TDAH esdevé una barrera per a la integració en l'àmbit acadèmic i social, sovint a causa d'una autoestima baixa i de les dificultats que enfronten en el seu dia a dia degut al trastorn (1). Aquest estudi pretén fomentar una millora en la manera de percebre la seva pròpia persona i reforçar els vincles familiars, aspectes que poden tenir un impacte positiu en el seu desenvolupament personal i en la interacció amb l'entorn.

Aquest enfocament s'alinea amb els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS), ja que contribueix a la promoció de la salut mental, la inclusió educativa, la innovació en intervencions socials, reducció de les desigualtats i la promoció d'investigació científica. En aquest sentit, s'insereix dins l'àmbit d'actuació de Persones (People), perquè posa el focus en la millora del benestar i la inclusió d'un col·lectiu que sovint es troba en situació de vulnerabilitat (2).

Dins d'aquest marc, l'anàlisi es vincula especialment amb l'ODS 3(3): Vida sana i benestar, ja que pretén millorar la salut mental dels adolescents amb TDAH. En concret, es vincula amb la fita 3.4 que pretén abordar el trastorn a través de la prevenció i el tractament. El fet de treballar en l'autoestima, la millora de l'ansietat i la prevenció de la depressió pot prevenir el suïcidi dels adolescents (indicador 3.4.2). També, podem vincular el projecte amb la fita 3.8 que fomenta un accés de qualitat a la sanitat a tots els grups d'usuaris. Molts cops, la salut mental es queda en un segon pla i l'accés als serveis psicològics, el suport emocional de les famílies i dels pacients és fonamental, considerant-se un servei essencial (indicador 3.8.1).

Paral·lelament, el projecte de recerca està estretament relacionat amb l'ODS 4(3): Educació inclusiva, equitativa i de qualitat. La fita 4.5 busca eliminar desigualtats educatives i garantir les mateixes oportunitats d'aprenentatge a tots els col·lectius. Mitjançant la millora de la concentració i el reforç de l'autoestima, la intervenció intenta reduir les dificultats que aquests adolescents enfronten en l'àmbit acadèmic.

A més, l'estudi és recolzat en l'ODS 9(3): Infraestructura, indústria i innovació. Concretament, la fita 9.5 proposa augmentar la investigació científica i millorar la capacitat tecnològica. Mitjançant aquest programa volem incloure als pares en el maneig del trastorn mitjançant estratègies psicoeducatives innovadores com és la realitat virtual. També, en un futur es preveu la divulgació científica de l'article, ja que la inclusió familiar en el tractament del TDAH és un avanç que necessita més reforç bibliogràfic.

Finalment, també s'inclou l'ODS 10 (3): Reducció de desigualtats. Molts cops els pacients amb TDAH tenen dificultat amb relació a l'àmbit social, fet que suposa desigualtats amb altres companys(4). La fita 10.2 potències la inclusió social de totes les persones independentment de la seva condició. Així mateix, la fita 10.3 té com a objectiu garantir la igualtat d'oportunitats i reduir la discriminació de col·lectius vulnerables. Mitjançant el projecte intentarem que tots aquells adolescents amb TDAH que s'hagin sentit discriminats per la seva condició millorin en l'àmbit d'autoestima, ansietat i irritabilitat, fet que ajudarà a millorar la seva vida diària (indicador 10.3.1).



Figura 1: Communications materials. United Nations Sustainable Development [Internet]. 2015 [citado el 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/news/communications-material/>

ÍNDEX

<u>1.Introducció</u>	1
<u>1.1. Contextualització del TDAH</u>	1
<u>1.2. El TDAH en adolescents</u>	3
<u>1.3. Impacte del TDAH en les famílies</u>	5
<u>1.4. Tractament del TDAH</u>	6
<u>1.5. Revisió d'investigacions prèvies</u>	9
<u>1.6. El TDAH a Catalunya, associació del Vallès</u>	10
<u>1.7. Justificació del tema</u>	11
<u>1.8. Viabilitat del projecte</u>	12
<u>1.9. Pregunta de recerca</u>	13
<u>2.Objectius i hipòtesis</u>	14
<u>2.1. Objectius</u>	14
2.1.1. Objectiu general	14
2.1.2. Objectius específics	14
<u>2.2. Hipòtesis</u>	14
<u>3.Metodologia</u>	15
<u>3.1. Disseny de l'estudi</u>	15
<u>3.2. Àmbit i durada de l'estudi</u>	15
3.2.1. Lloc de l'estudi	15

3.2.2. Període de l'estudi.....	15
3.2.3. Subjectes d'estudi.....	16
3.2.4. Tipologia de mostreig.....	17
3.2.5. Càlcul de la grandària de la mostra.....	17
<u>3.3. Principals variables d'estudi.</u>	17
3.3.1 Contingut de la intervenció.....	19
<u>3.4. Recollida de dades</u>	20
3.4.1. Fonts d'informació i instruments de mesura.....	20
3.4.2. Procediment d'extracció de dades.....	23
3.5.2. Prova pilot.....	24
<u>3.5. Anàlisi de dades</u>	24
<u>4.Limitacions de l'estudi</u>	25
<u>5.Aplicabilitat pràctica</u>	26
<u>6. Resultats esperats i línies futures</u>	27
<u>7.Aspectes ètics</u>	28
<u>8.Pressupost</u>	29
<u>9.Cronograma</u>	30
<u>10.Bibliografia</u>	31
<u>11.Annexos</u>	44

1.Introducció

En aquesta introducció, primer parlarem de la situació en l'actualitat del Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat. Seguidament, abastarem l'aspecte principal de l'estudi, com afecta els adolescents i les seves famílies. Tot seguit, és important entendre els recursos i tractament per aquests pacients perquè serà fonamental per estructurar les sessions de la intervenció vivencial i psicoeducativa que proposem al projecte. També cal mencionar investigacions prèvies semblants a l'estudi proposat. Farem una breu explicació de la situació del TDAH a Catalunya i de l'associació del Vallès, escollida per realitzar la intervenció. Finalment, justificarem l'elecció del tema i parlarem sobre la viabilitat del projecte i la pregunta de recerca.

1.1. Contextualització del TDAH

El Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat és considerat una patologia del neurodesenvolupament. Aquesta afectació es caracteritza per una falta d'atenció i/o hiperactivitat i impulsivitat excessiva en el pacient. Té afectació negativa en la vida diària de la persona, suposa una disminució del seu rendiment acadèmic i de les seves habilitats socials (5,6). La causa d'aquesta condició neuropsiquiàtrica no està determinada. Existeix evidència científica sobre l'estudi de diferents factors causals. Destacarien factors genètics (7), neurobiològics (8) i ambientals (7,9).

Existeixen tres tipus principals de TDAH. En primer lloc, el trastorn en què predomina la falta d'atenció. El pacient es distreu amb facilitat, té complicacions en l'organització de tasques tant de la vida diària com acadèmica i també dificultat per seguir instruccions. En segon lloc, el trastorn en què predominen la hiperactivitat i la impulsivitat. En aquest cas destaquen les ganes constants d'estar en moviment i el fet de no saber mesurar les conseqüències de les pròpies paraules i accions. Finalment, existeix el TDAH combinat en què la persona presentarà símptomes dels dos trastorns mencionats anteriorment (10).

Segons el Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals (DSM-V) els criteris diagnòstics del TDAH són diferents per a cada un dels tipus. En els dos casos s'ha

de presentar durant mínim sis mesos i de forma mantinguda cinc o més condicions específiques i aquestes hauran d'afectar a la vida diària de la persona. Pel que fa al Trastorn per Dèficit d'Atenció en són símptomes: la falta de presa d'atenció en detalls pels quals després es cometten errors, el fet de no realitzar escolta activa quan se li parla, la poca iniciativa per fer treballs que suposen un gran esforç mental, la pèrdua de memòria respecte a les activitats quotidianes, etc. Respecte al Trastorn per Hiperactivitat destaca un altre tipus de simptomatologia: la parla excessiva, la dificultat per esperar el seu torn, aixecar-se en situacions que s'espera que es mantingui assegut, la incapacitat de realitzar de manera tranquil·la activitats recreatives, etc (11).

La prevalença del TDAH en la població actual és major en nens i adolescents, d'un 5%. Aquesta disminueix quan parlem de la població adulta, en contrastar diversos articles sabem que aquesta és d'aproximadament un 2%. Parlem d'una afectació habitualment més diagnosticada en homes que en dones (11–13).

El pronòstic de vida d'una persona que pateix aquesta patologia és una dada a considerar. Normalment, la disminució de l'esperança de vida del pacient es deu a factors de risc modificables com pot ser un tractament insuficient, afectacions de salut mental constants, males relacions familiars i amb amistats, rebuig escolar, etc (12,14). Segons l'estudi d'Elizabeth O'Nions l'esperança de vida d'una persona diagnosticada de TDAH amb relació a la població general es veu disminuïda en 6,78 anys (15).

Conseqüentment, el Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat té impacte en la qualitat de vida diària de la persona. No només impacta en l'àmbit social i acadèmic, sinó que també deteriora el seu benestar, pel qual és important un tractament integral del pacient (16). Segons l'article de A. Russel Barkley, això es deu a la tendència a prioritzar el benestar immediat i no pensar en els beneficis futurs (17).

Hi ha diferents factors de risc relacionats amb aquest perfil neuropsicològic com la salut perinatal, les malalties neonatals o el naixement prematur, malalties relacionades amb la lactància materna, infeccions en la infància, lesions cranials, etc (11,18). El factor de risc més destacable en aquest projecte és l'afectació en

el suport, l'educació i les relacions familiars en la infància. Tindrà impacte en el desenvolupament de la funció executiva, l'atenció i l'autoregulació de l'infant (19).

Habitualment s'ha demostrat que el Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat es presenta en comorbiditat amb altres trastorns de salut mental. Sobretot consta relació entre el TDAH i el trastorn d'ansietat, la depressió major, els trastorns de la conducta disruptius, el trastorn de bipolaritat, el trastorn de l'espectre autista, els trastorns de consum de substàncies, l'obesitat, l'estrès crònic, alteracions en el patró de son, etc (20–23). Així mateix, aquest tipus d'afectació sovint té conseqüències en el desenvolupament acadèmic, social i emocional de la persona. Per aquest motiu, és molt important abordar de manera diferenciada les dues patologies, tant des del vessant mèdic com psicològic, proporcionar recursos de gestió emocional i tècniques de concentració (24,25).

1.2. El TDAH en adolescents

L'adolescència és una etapa compresa entre els 10 i els 19 anys, complexa i fonamental per al canvi de la infantesa a l'etapa adulta. Es viuen canvis biològics, psicològics, físics i socials. L'infant descobreix una maduració emocional i cognitiva. Durant aquesta fase es poden manifestar o intensificar trastorns del neurodesenvolupament com pot ser el TDAH (26). El Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat és una de les condicions del neurodesenvolupament més prevalents en l'adolescència, afectant a més d'un 5% de la població mundial. S'associa a un ritme cognitiu lent i a una possible desregulació emocional (27). Durant l'adolescència el tipus de TDAH més present és el dèficit d'atenció, ja que la persona sobretot té dificultats acadèmiques i socials. Com ja s'ha mencionat anteriorment, és més comú en sexe masculí que femení, normalment en una relació 2:1 (28). Segons l'article de Madeeha Kamal d'una escola de Qatar, els nois tenen més complicacions en l'àmbit d'estudi acadèmic i les noies en el caire social (29). Així com la prevalença d'aquesta afectació disminueix en l'etapa adulta, tot i ser una condició crònica, la seva simptomatologia també va en descens a mesura que l'adolescent va creixent (30).

Amb relació a les bases neurològiques del trastorn, les principals hipòtesis indiquen que aquesta condició neurobiològica afecta a les funcions executives de

la persona: el control d'impulsos, l'atenció, la motivació i la regulació d'emocions. Aquest factor es relaciona amb alteracions en el sistema dopaminèrgic i noradrenèrgic de les regions cerebrals com el còrtex prefrontal i el cos estriat. Existeix la teoria d'un desajustament en la fase d'alliberació continuada de dopamina. Si s'allibera massa quantitat d'aquest neurotransmissor apareix l'ansietat i inquietud de l'adolescent. En canvi, si els nivells d'aquest són baixos, el pacient es trobarà distret i poc motivat (31). Tot i això, cal esmentar que tots els estudis expliquen que no existeix evidència científica de què l'estat hipodopaminèrgic sigui el principal causant del trastorn. Consta de suport científic, però la investigació segueix en curs (32,33).

El diagnòstic de TDAH en adolescents requereix una avaluació clínica integral basada en múltiples eines, mètodes i la participació de diferents professionals sanitaris. Hi pot participar personal docent especialitzat, treballadors socials, personal d'infermeria, medicina, psicologia, etc. Els criteris diagnòstics es basen en la DSM-V (11) o el CIE-11 (34), es realitzarà una entrevista clínica estructurada per valorar els símptomes, la història familiar i antecedents mèdics. És freqüent en l'àmbit docent i també com a psicòleg o infermer utilitzar escales d'avaluació. Destaca l'escala Conners (CRS-3) (35) i l'escala ADHD (ADHD-RS) (36). També es duen a terme proves neuropsicològiques i de desenvolupament que valoren l'atenció i les funcions executives. Per exemple, el Test de Stroop (37) i el Test de Variables d'Atenció (TOVA) (38). Finalment, es pot fer una valoració mèdica i neurològica, constarà d'una anàlisi física, un EEG i proves d'imatge cerebrals. Tot i això, es necessiten més estudis per relacionar un patró d'imatge concret amb el TDAH (39–41).

El Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat principalment genera dificultats en la capacitat d'atenció i en la impulsivitat. Així i tot, el TDAH va més enllà d'aquesta simptomatologia central, influint de manera directa en aspectes primordials del desenvolupament de l'adolescent. Per una banda, destacaria una disminució del nivell de concentració en els estudis que estarà estretament relacionada amb una pitjor regulació emocional del pacient(42,43). Per altra banda, una mala regulació emocional pot portar a l'increment de la seva ansietat, un empitjorament en la seva autoestima i l'aparició de símptomes depressius (44). Pel que fa a l'increment de

l'ansietat, diversos estudis relacionen el trastorn amb la presència d'aquesta. El TDAH és comòrbid a trastorns d'ansietat amb una taxa del 25-50%, l'adolescent normalment presentarà més símptomes conductuals i menys d'agressivitat. Pot estar relacionat a la incapacitat que presenten per funcionar en altres aspectes de la vida diària a causa del seu trastorn. La teràpia cognitiva conductual és un mètode eficaç per tractar el trastorn, juntament amb l'ansietat que el pacient pot presentar (43,44). Respecte a l'empitjorament de la seva autoestima, el TDAH es relaciona amb una percepció negativa d'ells mateixos. La simptomatologia del trastorn fa que l'adolescent tendeixi a tenir una imatge pròpia desfavorable (43,45). En aquest cas, les estratègies per regular les emocions positives poden ser beneficioses per l'adolescent (46). Sobre la depressió, els símptomes de TDAH en la infància s'associen a una major probabilitat de patir simptomatologia depressiva al final de l'etapa adolescent. Sobretot, té a veure amb la relació de l'adolescent amb els pares i amb un mal rendiment acadèmic (47).

1.3. Impacte del TDAH en les famílies

Com ja s'ha comentat, l'adolescència és una etapa de canvis físics, socials i emocionals. Durant aquest procés, la família suposarà un pilar de benestar i desenvolupament per a l'adolescent, reforçant la seva estabilitat i confiança. La família és el primer entorn de socialització i de referència per a la persona (48). En el cas de pacients amb TDAH l'ajuda haurà de ser encara major, ja que les seves habilitats en l'àmbit de confiança, organització, atenció, autoestima, etc. es veuen alterades pel trastorn. L'acompanyament emocional, una comunicació efectiva, el coneixement d'estratègies de millora i el fet de proporcionar comprensió afavoriran el benestar de l'adolescent (49,50).

L'entorn familiar influeix en el desenvolupament de símptomes de l'adolescent amb TDAH. Un entorn familiar estructurat i de suport pot reduir la intensitat de la simptomatologia. En canvi, l'estrès parental, l'ansietat i una visió negativa per part dels pares sobre el trastorn intensificaran la impulsivitat i distracció dels seus fills (51). Així mateix, aquest factor pot ser bidireccional. El TDAH és una conducta estressant i exigent que pot generar respostes alterades en els membres del nucli familiar. Poden aparèixer trastorns depressius, trastorns d'ansietat, un major nombre de divorcis, un major consum d'alcohol, etc. D'aquesta manera es justifica

la necessitat de treballar el trastorn de neurodesenvolupament tant amb l'adolescent com amb el seu cercle familiar (51). La participació de la família en el tractament del TDAH serà altament beneficiosa per a l'adolescent. Els joves que compten amb el suport dels seus pares tenen més probabilitat de tenir una millor regulació del seu trastorn (52,53).

L'estil educatiu familiar juga un paper important en l'evolució del Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat. Sovint els pares i mares d'adolescents amb aquesta condició utilitzen en un inici un estil de criança autoritari i després un estil més permissiu. Aquest fet es deu a la dificultat que suposa per a ells la criança(54).

Existeixen estratègies familiars que poden ajudar a gestionar el TDAH. Segons l'article de Russell A. Barkley, els pares, per tal d'ajudar els seus fills, han de guiar-los però no imposar regles. Per exemple, un recurs seria el de "donar i prendre", cal donar-li privilegis en funció del seu comportament. S'ha d'evitar un reforç negatiu excessiu i prioritzar l'acceptació, l'empatia i una bona relació amb el seu fill. A més, és important enfocar-se en un present positiu i no obsessionar-se en el seu èxit futur (55).

1.4. Tractament del TDAH

El tractament dels pacients amb Trastorn de Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat és molt variat. Integra tractament farmacològic, teràpia psicològica i conductual, intervencions educatives i teràpies complementàries, com per exemple l'exercici físic i la realitat virtual. Es recomana tant en etapa adolescent com adulta un tractament multidisciplinari (56).

La farmacoteràpia és recomanada sobretot en adults que pateixen TDAH moderat o greu. Dona un efecte positiu sobre la simptomatologia nuclear de la conducta i també en les relacions socials, la qualitat de vida o el tractament d'altres trastorns mentals comòrbids (56). A grans trets, el tractament farmacològic es basa en medicaments estimulants (Metilfenidat o Amfetamines) i no estimulants (Atomoxetina, Guanfacina i Clonidina). Els estimulants incrementen la biodisponibilitat de la dopamina i noradrenalina el que fa millorar l'atenció i reduir la impulsivitat. Són els fàrmacs utilitzats com a primera línia de tractament

farmacològic. És important avaluar de manera individual la teràpia abans d'iniciar-la, comprovant edat, presència de comorbiditats i possible interacció farmacològica. En la infància es recomana no fer servir tractament farmacològic perquè no hi ha prou evidència sobre la seva seguretat i eficàcia. En adolescents, s'aconsella primer intentar el tractament en l'àmbit psicològic o psicopedagògic. En cas que aquest no sigui efectiu o hi hagi afectacions greus es passa a fer servir fàrmacs, com per exemple el Metilfenidat (57,58).

A escala psicològica i conductual ens centrarem en la Teràpia Cognitiva-Conductual com el tractament de major eficàcia per al TDAH. És l'estratègia més indicada degut a la seva capacitat de regular la conducta, l'atenció i els impulsos de la persona. Es basa en la combinació de tècniques centrades en un enfocament neurobiològic i neuroconductual. Respecte a l'abordatge neurobiològic, parlem de la regulació dels neurotransmissors i les afeccions en el còrtex prefrontal. Es recomanen mètodes com autoinstruccions, resolució de problemes, economia de fitxes, mindfulness i relaxació, entrenament d'habilitats socials, etc. En canvi, l'abordatge neuroconductual es centra en el control d'impulsos i en l'autoregulació. En aquest cas es recomanen estratègies com autoinstruccions i psicoeducació(59). Una de les pràctiques que se'ns proposa mitjançant la TCC és el mindfulness, una tècnica de meditació que consisteix a observar la realitat en el moment present, sense interaccions ni judicis (60). En els adolescents amb Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat aquest mètode millora la seva atenció, redueix la impulsivitat i regula la seva gestió d'emocions (61). El mindfulness utilitzat en parels demostra una criança més positiva, un benestar familiar i una millora de l'autoregulació emocional dels seus fills (62).

L'àmbit escolar i familiar és el més habitual per als adolescents durant el seu dia a dia. Per aquest motiu les intervencions educatives a l'aula i a casa són de veritable importància. L'adaptació del contingut, les explicacions de manera clara, seqüencial i explícita i l'atenció individual del pacient amb TDAH l'ajudaran en la millora del seu rendiment acadèmic. Així mateix, continguts multisensorials o autèntics que li facin viure situacions reals com pot ser un programa de ràdio o un vídeo milloraran la seva atenció i motivació fomentant el seu aprenentatge(63). Un sistema que millora la comunicació entre l'escola i els pares és la utilització de

targetes diàries d'informe de comportament escolar. Mitjançant aquesta eina el professorat valora diàriament el comportament de l'adolescent, i aquesta informació arriba al final del dia als seus pares. La informació serà utilitzada per les famílies per tal d'establir un sistema de recompensa o conseqüència. Es recomana començar amb pocs objectius i anar augmentant progressivament. Permet la gestió del seu propi comportament (64). Per altra banda, molts cops les escoles fan servir els sistemes de fitxes per a treballar. Per tal de millorar la concentració i adherència de l'adolescent a aquest tipus de tasca es recomana adaptar-les. Com a proposta s'aconsella mantenir una actitud positiva, incloure una àmplia varietat de recompenses aplicant la regla 2:1 (el doble de recompenses en comparació a sancions) i utilitzar punts que separin la informació (64).

Intervencions complementàries que formen part de la cura del TDAH són l'exercici i l'adaptació de la dieta. L'activitat física, sobretot aeròbica, proporciona una millora en l'atenció i la memòria, així com una reducció de l'estrès i l'ansietat. A més, l'esport per equips fomenta la inclusió de l'alumnat amb TDAH. Estratègies com la gamificació i l'orientació esportiva faran que l'adolescent se senti més motivat i amb un major compromís. S'han d'evitar explicacions llargues i càstigs disciplinaris tradicionals (65,66). En combinació amb l'esport, una dieta mediterrània i rica amb omega-3 pot ajudar a controlar els impulsos de l'adolescent amb Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (67).

Com a últim recurs, trobem estudis recents sobre la realitat virtual com a diagnòstic i tractament per al TDAH. Aquesta s'ha convertit en una eina innovadora per millorar el rendiment escolar i la inclusió dels estudiants. Aquesta tecnologia permet crear entorns immersius que fomenten la concentració, la motivació i la interacció activa, ajudant així a reduir la distracció i a potenciar la memòria. Diversos articles parlen que el seu us contribueix a disminuir la dependència de tractaments farmacològics (68–70). Aquest recurs ja ha estat utilitzat per hospitals de Catalunya com el de Vall d'Hebron amb pacients adults que pateixen TDAH (71).

1.5. Revisió d'investigacions prèvies

La literatura bibliogràfica fa costat a l'existència d'estudis previs semblants al projecte proposat. En poques paraules, la finalitat del programa és descobrir quin impacte té una intervenció, que actua sobre el coneixement i la predisposició dels familiars, sobre l'estat del pacient amb TDAH, en el nostre cas sobre els adolescents.

L'estudi més recent localitzat parla d'un pla psicosocial dirigit a famílies d'adolescents amb trastorns de conducta. S'ofereixen eines i una xarxa de suport de qualitat per millorar el benestar diari dels familiars. S'observa una millora significativa en la seva qualitat de vida i un major coneixement dels pares (72). També destaca una investigació científica que es basa en una intervenció de vuit sessions de mindfulness per a pares i els seus fills amb TDAH. S'observen beneficis sobretot en l'estat dels pares, els dona confort i aconsegueixen implementar una criança conscient (73).

Existeix el testimoni d'articles que no són tan recents com el de Piedrahita S., que aborda una intervenció educativa per millorar el coneixement del TDAH en pares d'una escola. En aquest cas, s'observa un augment significatiu en el seu coneixement, millorant la capacitat d'afrontar i tractar la conducta dels seus fills. De la mateixa manera, la intervenció afavoreix un diagnòstic més ràpid i una millor gestió en l'àmbit escolar (74).

Tot i trobar diverses publicacions, cap d'elles valora de manera directa la millora del comportament dels nens, així com de la seva ansietat, autoestima, impulsivitat i concentració. Si més no, existeix un estudi que parla de les emocions i l'autoestima dels adolescents relacionant-les amb l'entorn familiar. Es troba una correlació entre un menor suport i una major irritabilitat parental i una disminució de l'autoestima i falta de sentiments positius del nen amb TDAH (75). Respecte al paper que té una infermera en el tractament del TDAH, la bibliografia desvela que mitjançant programes d'adhesió i entrenament és possible assolir una millora en l'estat de l'adolescent i dels seus cuidadors. El projecte de recerca que proposem per part d'infermeria és la realització d'un programa vivencial i psicoeducatiu cap a pares per impulsar un avanç en l'estat dels adolescents amb TDAH (76).

1.6. El TDAH a Catalunya. Associació del Vallès.

A Catalunya, diversos estudis valoren la prevalença, detecció i tractament del Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat. Investigacions revelen que la incidència de nens i adolescents catalans que pateixen símptomes de TDAH és d'un 4-5%, molt semblant a la mundial. Tot i que els últims estudis trobats valoren la situació de ja fa uns anys, s'observa un augment progressiu de diagnòstics i del consum de medicació. Hi ha una variabilitat territorial i desigualtats socioeconòmiques que influeixen en la detecció i el tractament del desordre. Especialment, la població adulta continua sent poc diagnosticada (77,78).

La Generalitat Catalana ofereix mitjans per a nens, adults i adolescents amb TDAH, així com per a les seves famílies, personal sanitari i altres persones interessades. En primer lloc, ofereixen recursos i eines formatives com articles, vídeos recreatius, revistes, pàgines web, llibres, etc. Algunes de les escoles i els centres d'atenció primària compten amb personal format per tractar els pacients amb Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat. També existeixen xarxes de reforç per a persones que pateixen aquesta conducta com la Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Afectats per TDAH, l'Associació de TDAH Santa Coloma de Gramenet, l'Associació APYDA Tarragona, l'Associació TDAH Badalona, la Plataforma TDAH Sant Boi de Llobregat, l'Associació TDAH-TEA Badia del Vallès i la Fundació ADANA. En general, ofereixen executar diagnòstics i tractament del TDAH, també donar suport, formació continuada i acompanyament als afectats i al seu cercle de suport (79).

Cal fer una menció especial al Centre TDAH el Vallès, ja que és el centre proposat per a dur a terme la intervenció vivencial i psicoeducativa de la iniciativa de recerca. Aquesta associació sense ànim de lucre va ser fundada l'any 2002 per tal de donar suport i oferir professionals especialitzats als nens i adolescents amb TDAH de Catalunya. Ha anat evolucionant i actualment també ofereix opcions per a adults i per a altres trastorns del neurodesenvolupament. Per als adolescents en concret, ofereixen una unitat diagnòstica, programes de reeducació psicopedagògica, teràpia psicològica, grups de gestió emocional i logopèdia. Per a les seves famílies, es proporcionen eines i estratègies d'acompanyament, formació i adaptació al voltant dels seus fills (80).

1.7. Justificació del tema

Tenint en compte l'explicació dels apartats anteriors del treball, el Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat és una de les alteracions del neurodesenvolupament més freqüents en la infància i l'adolescència. Impacta directament sobre el benestar emocional, social i acadèmic de les persones que el viuen (6). Com és normal, aquesta afectació també té repercussió en l'entorn familiar, que es veu immers en situacions estressants, de sobrecàrrega emocional i desconeixement sobre com afrontar les dificultats derivades del trastorn (49).

En aquest context, resulta necessari promoure accions que vagin més enllà de l'atenció directa a l'adolescent i que tinguin en compte el paper fonamental de les famílies en la seva evolució. Aquesta proposta es basa a oferir una experiència vivencial i formativa als familiars, amb la finalitat d'enfortir les seves habilitats i recursos per afrontar els reptes quotidians i, alhora, potenciar el benestar dels adolescents amb TDAH en un entorn més equilibrat i favorable per al seu creixement.

S'han seleccionat adolescents en fase diagnòstica inicial (menys d'un any des de la confirmació del seu diagnòstic) perquè considerem que les famílies encara no disposen de prou informació ni eines per fer front a la situació. A més, l'adolescent no és particip de gran part dels recursos i tractaments que se li ofereixen. Cal mencionar que, per regla general, els sentiments d'ansietat i falta de control són més presents en les fases d'inici de qualsevol trastorn, atesa la incertesa i el desconeixement de la situació.

Tal com s'ha justificat a l'apartat 1.2 del treball, l'elecció de les variables d'estudi respon a criteris fonamentats. Diverses referències bibliogràfiques avalen l'existència d'alteracions en el nivell de concentració en els estudis, nivell d'ansietat i depressió, grau d'autoestima i grau d'irritabilitat i impulsivitat en adolescents amb TDAH.

El projecte de recerca proposat té el potencial d'incrementar els coneixements dels professionals d'infermeria. Aporta una visió ampliada de la importància d'incloure la família com a part de l'abordatge del TDAH. La intervenció pot contribuir a

consolidar actuacions infermeres basades en l'evidència i a deixar de costat actuacions tradicionalment acomplertes no provades científicament. Sobretot demostrant resultats efectius del tractament combinat entre pacient amb TDAH i el seu cercle més proper. A més, tant els pacients amb Trastorn per Dèficit d'Atenció com les seves famílies es veuran beneficiats directament d'aquesta proposta. Obtindran eines útils per fer front diàriament a la situació, i per enfortir la relació familiar. Si més no, la societat pot veure's afavorida, ja que promou el benestar emocional i redueix l'estigmatització que hi pot haver amb aquest trastorn.

1.8. Viabilitat del projecte

La capacitat d'execució del treball d'investigació dependrà de què comptem amb el temps necessari per realitzar-lo, amb un equip de cerca complet i format, amb els recursos materials, tecnològics i econòmics necessaris i amb possibilitat d'accés als subjectes d'estudi.

Es planteja comptar amb sis mesos per a realitzar la intervenció vivencial i psicoeducativa proposada, temps que considerem adequat per valorar l'estat dels adolescents amb TDAH previ a les sessions. Es duran a terme vuit tallers dedicats a la millora del coneixement de les famílies. Posteriorment, es valorarà l'estat dels seus fills postintervenció. Aquesta durada permetrà observar l'impacte de la vivència en la concentració, l'ansietat, la depressió, la hiperactivitat i la impulsivitat, així com en l'autoestima dels adolescents participants.

Com a situació ideal, l'equip de recerca estarà format per un infermer/a encarregat de posar-se en contacte amb el Centre TDAH del Vallès, reclutar la població d'estudi, passar les escales prèvies a la intervenció, dur a terme les jornades formatives i, de nou, valorar l'estat dels adolescents mitjançant les mateixes escales inicials. La intervenció vivencial es basarà en dues sessions de simulació virtual, i per això serà necessari el suport d'una empresa formada en aquest àmbit. També, com a extra, seria interessant comptar amb el suport de personal format amb estadística perquè la valoració dels resultats mitjançant el programa SPSS sigui més fiable.

Pel que fa a l'accés als subjectes d'estudi, aquest es considera factible per la col·laboració amb el Centre TDAH del Vallès, des d'on es seleccionaran adolescents diagnosticats fa menys d'un any. Aquest criteri permetrà treballar amb famílies que encara es troben en la fase inicial del diagnòstic, moment en què la necessitat d'informació i suport és especialment rellevant.

Amb relació als recursos materials, tecnològics i econòmics, es requerirà disposar d'un espai adequat per a les sessions formatives als familiars, que permeti un entorn còmode i adaptat a les necessitats de l'activitat. Per a la recollida d'informació, serà indispensable disposar de material en paper per a la passada de les escales de valoració específiques del TDAH, que s'utilitzaran per mesurar les diferents variables de l'estudi. En l'àmbit tecnològic, es necessitarà un ordinador amb el programa estadístic SPSS per al posterior tractament i anàlisi de les dades recollides. A més, per a la realització de la sessió vivencial, es farà ús d'ulleres de realitat virtual, que permetran oferir una experiència immersiva a les famílies participants. Finalment, s'ha previst un pressupost econòmic, detallat a l'apartat vuit del treball.

Atès que actualment no es disposa de la majoria dels recursos necessaris per a dur a terme el projecte de recerca, no és possible valorar-ne amb precisió la seva viabilitat.

1.9. Pregunta de recerca

Afectarà una intervenció adreçada a les famílies en la millora de la concentració, l'estat emocional i la conducta d'adolescents amb TDAH en la fase inicial del seu diagnòstic?

2. Objectius i hipòtesis

2.1. Objectius

2.1.1. Objectiu general:

-Avaluar l'efectivitat d'una intervenció vivencial i psicoeducativa a familiars d'adolescents amb TDAH en la millora del nivell de concentració en els estudis, nivell d'ansietat i depressió, grau d'hiperactivitat o impulsivitat i autoestima en els adolescents.

2.1.2. Objectius específics:

-Comparar les puntuacions obtingudes en el Test d'Atenció D2 abans i després de la intervenció per avaluar canvis en el nivell de concentració en els estudis dels adolescents amb TDAH.

-Comparar les puntuacions obtingudes en l'Escala de Goldberg abans i després de la intervenció per avaluar canvis en el nivell d'ansietat i depressió dels adolescents amb TDAH.

-Comparar les puntuacions obtingudes en l'Escala de Conners abans i després de la intervenció per avaluar canvis en el grau d'hiperactivitat i impulsivitat dels adolescents amb TDAH.

-Comparar les puntuacions obtingudes en l'Escala de Rosenberg abans i després de la intervenció per avaluar canvis en el grau d'autoestima dels adolescents amb TDAH.

-Avaluar el grau de satisfacció dels adolescents amb la intervenció.

2.2. Hipòtesis:

Els adolescents amb TDAH dels quals els seus familiars han realitzat una intervenció vivencial i psicoeducativa sobre el seu trastorn presentaran una millora en el seu nivell de concentració en els estudis, nivell d'ansietat i depressió, grau d'hiperactivitat o impulsivitat i autoestima.

3. Metodologia

A continuació, descriurem la metodologia d'estudi platejada per tal d'assolir els objectius proposats. En primer lloc, mencionarem les característiques principals del projecte de recerca. Parlarem del marc situacional de l'estudi (lloc, durada, subjectes d'estudi, tipologia de la mostra i càlcul de la seva grandària). Així com, de les variables d'estudi, els instruments de mesura i de la prova pilot. Detallarem el contingut de la intervenció conjuntament amb el mètode a utilitzar per a l'extracció de dades. Finalment, mencionarem el tipus d'anàlisi estadístic proposat.

3.1. Disseny de l'estudi

Disseny d'un projecte d'investigació. Estudi quasiexperimental sense grup control (intervenció pre-post).

3.2. Àmbit, durada i població de l'estudi.

3.2.1. Lloc de l'estudi

L'estudi comprèn el sector poblacional que pertany al "Centre de TDAH del Vallès". Una associació sense ànim de lucre que sorgeix a partir d'una mare interessada en el diagnòstic del seu fill en una època en què aquest era molt poc freqüent. El centre disposa de la formació de professionals, una unitat de diagnòstic, suport per a pares, teràpies per a nens i adolescents, etc (80).

3.2.2. Període de l'estudi

La durada del projecte d'investigació comprendrà sis mesos. Es començarà el mes d'octubre de 2025 i es preveu la seva finalització el mes de març de 2026. El primer mes s'avaluarà l'estat de salut dels pacients. Els dos mesos següents es realitzarà la intervenció vivencial i psicoeducativa als familiars dels adolescents. Després, comptarem amb dos mesos per valorar l'estat de salut dels subjectes d'estudi postintervenció i procedirem a l'anàlisi estadística de dades. Finalment, l'últim mes es valoraran els resultats

obtinguts, s'exposaran i es proposaran mesures de millora. Es pot veure de manera més detallada a l'apartat del cronograma de l'estudi.

3.2.3 Subjectes d'estudi

Els subjectes d'estudi són adolescents (10-19 anys) en fase diagnòstica inicial de TDAH del Centre TDAH del Vallès.

Criteris d'inclusió:

- Edat entre 10 i 19 anys.
- L'adolescent ha presentat sis o més criteris diagnòstics de TDAH (explicats a l'apartat 1.1 del treball) durant almenys sis mesos.
- L'adolescent es troba en fase diagnòstica inicial del Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (< un any del seu diagnòstic).
- Forma part de la unitat diagnòstica i de tractament del Centre TDAH del Vallès.
- Ha d'haver firmat el consentiment informat per a la realització del projecte.

Criteris d'exclusió:

- Adolescents que tenen un diagnòstic de TDAH > un any.
- El familiar del pacient no està d'acord a implicar-se en la fase d'intervenció vivencial i psicoeducativa.
- L'adolescent presenta un coeficient intel·lectual < a 70.

Tot i que la població d'estudi són els adolescents, cal tenir en compte que la intervenció serà realitzada al familiar del pacient que es consideri el seu cuidador principal (persona amb la qual l'adolescent passa més hores al dia). El familiar ha d'estar d'acord a participar i ha d'haver firmat el consentiment informat.

3.2.4. Tipologia de mostreig

Aplicarem una tipologia de mostreig per decisió raonada en concret un mostreig per conveniència. Es seleccionaran els participants accessibles sota criteris d'inclusió i exclusió específics establerts per l'investigador. Utilitzarem aquest tipus de mostreig perquè la població general d'adolescents amb TDAH de Catalunya és difícil d'accedir, per tant, començarem amb una mostra més concreta.

3.2.5. Càlcul de la grandària de la mostra

Per calcular el nombre de participants del projecte necessaris per obtenir dades estadísticament significatives farem servir el programa G*Power (81). Marcarem una potència estadística del 80%, un interval de confiança del 95%, un nivell de significació del 0.05 i una mida d'efecte de 0.5. En ser un estudi sense grup control farem servir el T-test per mostres aparellades. Amb aquestes dades el programa ens calcula que necessitarem com a mínim 34 participants. Si considerem la possibilitat de pèrdua per abandó seria possible augmentar la mostra a 40 participants.

3.3. Principals variables d'estudi

Variables Sociodemogràfiques

-Edat: variable quantitativa (en anys).

-Sexe (Home/ Dona)

- Altres diagnòstics de salut mental (Trastorns del Neurodesenvolupament/ Trastorns de l'Estat d'Ànim / Trastorns per Ansietat / Trastorns de Bipolaritat/ Trastorns Obsessivocompulsius / Trastorns Relacionats amb Estrès i Trauma / Trastorns Psicòtics / Trastorns de la Conducta Alimentària / Trastorns de la Personalitat / Trastorns de Consum de Substàncies i Addiccions / Trastorns de la Son i del Ritme Circadià / Trastorns Dissociatius/ Trastorns Somàtics/ Trastorns del Control d'Impulsos i de la Conducta) (11).

Variables Dependents

- Nivell de concentració en els estudis: variable quantitativa (en punts).
- Nivell d'ansietat: variable quantitativa (en punts).
- Nivell de depressió: variable quantitativa (en punts).
- Grau d'hiperactivitat o impulsivitat: variable quantitativa (en punts).
- Grau d'autoestima: variable quantitativa (en punts).

Variables Independents

- Intervenció

La intervenció es dividirà en tres fases diferenciades. En la primera fase, es procedirà a la captació dels participants que compleixin els criteris establerts. Posteriorment, es durà a terme una primera trobada amb els adolescents i les seves famílies al centre, on es farà una presentació del projecte i s'explicarà el desenvolupament de la intervenció. En aquesta primera sessió, els adolescents completaran les escales de valoració previstes per recollir les dades inicials. A més, s'obtindrà el consentiment informat signat tant per l'adolescent com pel familiar que formarà part activa del procés.

La segona fase consistirà en la implementació de la intervenció vivencial i psicoeducativa, adreçada al familiar o cuidador principal de l'adolescent. Aquesta part del projecte s'estructurarà en dues sessions de realitat virtual, cinc sessions educatives i una sessió final de reflexió i debat sobre els coneixements adquirits i les experiències viscudes durant la intervenció.

Pel que fa a la realitat virtual, tot i que sovint s'empra en el diagnòstic i tractament de persones amb TDAH, en aquest cas s'adaptarà amb l'objectiu de posar els familiars a la pell de l'adolescent per tal de facilitar la comprensió de les dificultats que comporta conviure amb el trastorn. Es recrearan escenes quotidianes com l'assistència a classe, la pràctica d'activitat física, la realització de deures a casa

o les relacions socials amb amigats. Aquesta proposta s'inspira en el programa *Realidades Diferentes* (82), que utilitza la realitat virtual per donar visibilitat a les persones amb discapacitat, incloent-hi trastorns de salut mental com podria ser el TDAH. Les sessions educatives oferiran formació sobre els principals aspectes del TDAH i facilitaran eines per ajudar els adolescents en la seva gestió diària. El contingut escollit pels tallers es basa en fonament científic actual, explicat en l'apartat d'introducció del treball.

Finalment, la tercera fase es realitzarà tres setmanes després de finalitzar la intervenció per tal d'avaluar l'impacte de la proposta. En aquest moment, els adolescents tornaran a completar les mateixes escales de valoració utilitzades a l'inici i, a més, es recollirà una enquesta de satisfacció.

3.3.1 Contingut de la intervenció

Seguidament, explicarem de manera breu el contingut i l'estructura de les sessions presencials que es realitzaran amb els familiars dels pacients.

- Sessió 1: Simulació virtual. Exposició davant diversos àmbits que poden ser conflictius en la vida diària d'un adolescent amb TDAH (assistència a classe, pràctica d'activitat física, conflicte familiar, realització de deures a casa o relacions socials).
- Sessió 2: Contextualització del TDAH. Conèixer què és el TDAH, quins tipus de TDAH existeixen, com es diagnostica, quina és la seva prevalença, quin és el seu pronòstic, com afecta en la vida diària de la persona, factors de risc associats i comorbiditat amb altres trastorns.
- Sessió 3: Com afecta en TDAH en l'etapa adolescent? Com afecta el TDAH a les famílies?
- Sessió 4: Tractament i estratègies de millora de conducta (Farmacologia, Teràpia Cognitiva-Conductual i Mindfulness).
- Sessió 5: Altres tècniques que ajuden al suport en l'aprenentatge, organització i gestió emocional (Teràpies Educatives, Exercici Físic, Dieta i Realitat Virtual).

- Sessió 6: Recursos i xarxes de suport a Catalunya. Menció de les eines que proporciona el Centre TDAH del Vallès (programes de reeducació psicopedagògica, teràpia psicològica, grups de gestió emocional i logopèdia).
- Sessió 7: Simulació virtual final. Tornar a viure l'experiència amb més coneixement què la vegada anterior.
- Sessió 8: Debat sobre els sentiments viscuts i els coneixements adquirits. Escoltar l'experiència d'altres pares pot suposar un tancament enriquidor de la intervenció.

3.4. Recollida de dades

3.4.1. Fonts d'informació i instruments de mesura

Instruments de mesura previs a la intervenció

Previ a la intervenció vivencial i psicoeducativa mesurarem les puntuacions de les escales: Test d'Atenció D2, Escala de Goldberg, Escala de Conners i Escala de Rosenberg. A més, l'adolescent i el cuidador principal hauran de firmar el consentiment informat (ANNEX 1).

- TEST D'ATENCIÓ D2 (ANNEX 2).

El Test d'Atenció D2 l'utilitzarem per valorar el nivell de concentració en els estudis dels adolescents amb TDAH. Parlem d'una prova psicològica visual que té una durada aproximada de 8 minuts. Permet avaluar la capacitat de mantenir l'atenció i ignorar distraccions de la persona. Consisteix en una taula de 14 files amb una sèrie de 47 lletres similars (estímuls) envoltades de marques. L'adolescent tindrà un temps limitat per identificar de manera ràpida les lletres "d" que tinguin exactament dues marques al seu voltant (estímuls diana). L'objectiu és marcar el nombre més gran d'estímuls diana en un temps de 20 segons per fila. La prova té en compte la velocitat del pensament, la precisió i la concentració. La puntuació de Velocitat de treball (VT) ens informa de la rapidesa en què s'executa la tasca. La Precisió (E%) té en consideració la qualitat d'execució de la tasca amb relació al

percentatge d'errors comesos. Finalment, la Concentració (CON) té en compte els errors i els encerts per saber la capacitat d'atenció selectiva de la persona. Les puntuacions que obtindrem seran les puntuacions directes (aquelles que s'obtenen directament de les respostes), els percentils (s'obtenen a partir de l'aplicació d'un barem concret) i les puntuacions transformades. Els resultats del test es comparen amb taules normatives per edat i sexe. Els percentils alts indicaran una atenció i concentració major en aquest cas en els adolescents amb TDAH (83). És una prova psicomètrica protegida per drets d'autor, que, per tant, no està disponible de manera gratuïta. Quan obtinguem finançament per al projecte, caldrà esbrinar de manera més precisa els resultats que esperem sobre el nivell de concentració en els estudis dels adolescents (84).

Les enquestes mostren que el Test D2 és una de les proves més emprades en psicologia en països europeus. La fiabilitat del test és correcta, els resultats de l'alfa de Cronbach es troba en el rang de 0.90 a 0.97 (85)

-ESCALA DE GOLDBERG (ANNEX 3).

L'Escala d'Ansietat i Depressió de Goldberg ens servirà per valorar l'existència d'aquestes variables en els adolescents amb TDAH. Consta de dues subescales amb nou qüestions en cada una d'elles: subescala d'ansietat (preguntes 1-9) i subescala de depressió (preguntes 10-18). Les respostes són de "sí" o "no". En total, per tant, seran 18 preguntes que parlen sobre la simptomatologia viscuda durant les dues últimes setmanes. En quant els resultats, de manera orientativa són (86):

- Ansietat lleu o inexistent: 0-4 punts.
- Ansietat moderada-alta: 5-9 punts.
- Depressió inexistent: 0-2 punts.
- Depressió lleu: 3-5 punts.
- Depressió moderada-severa: 6-9 punts.

La bibliografia revela que el test presenta una alta sensibilitat (80-85%) i una menor especificitat (50-65%). Per aquest motiu, és utilitzada en la funció de cribratge, però no pot substituir el diagnòstic clínic (87,88). La

fiabilitat del test és correcte, un article que parla de la població equatoriana valora el coeficient d'alfa de Cronbach i aquest és de 0.75 en la subescala d'ansietat i de 0.8 en la subescala de depressió (89).

-ESCALA DE CONNERS (ANNEX 4).

L'Escala de Connors és un instrument de mesura que valora símptomes d'hiperactivitat, desatenció i problemes de conducta. En aquest cas, farem servir el qüestionari abreviat per a pares/professors amb una escala de 9 reactius que valora l'Índex d'Hiperactivitat, ja que el que ens interessa és valorar el grau d'hiperactivitat i impulsivitat dels adolescents amb TDAH. La prova serà valorada pels pares, pel fet que no hem trobat instruments en què es pugui mesurar la variable d'hiperactivitat de manera autoadministrada. El test es basa en 9 preguntes amb 4 opcions de resposta (0=mai, 1=només un poc, 2=bastant i 3=molt). Els resultats s'obtenen a partir de la suma de totes les respostes i són diferents per a nois i noies. Hi ha una taula que indica l'Índex d'Hiperactivitat de l'adolescent amb relació a la puntuació total obtinguda. Si la puntuació és major o igual a 70 ens indica un alt grau d'hiperactivitat. Com a limitació, cal mencionar que aquesta eina està pensada per a persones de 3 a 17 anys, en el nostre cas l'estendrem fins a adolescents de 19 anys (35).

Pel que fa a la versió que nosaltres utilitzarem, l'Escala de Connors abreviada per a pares, articles que revelen que la seva utilitat té una fiabilitat alta, amb una alfa de Cronbach de 0.82 (90).

-ESCALA DE ROSENBERG (ANNEX 5)

L'Escala de Rosenberg ens ajudarà a avaluar de manera orientativa el grau d'autoestima dels adolescents amb TDAH. Entenem l'autoestima com la consideració positiva o negativa d'un mateix. L'enquesta consta de 10 preguntes puntuables de l'1 al 4, i per això la puntuació mínima serà de 10 i la puntuació màxima de 40. Les primeres cinc frases estan anunciades de manera positiva i les següents cinc de forma negativa. Els resultats classifiquen l'autoestima de la persona en tres nivells (91).

- Autoestima elevada (30-40 punts). Considerada com una autoestima normal.
- Autoestima mitjana (26-29 punts). No presenta problemes greus, però cal una millora.
- Autoestima baixa (<25 punts). Existeixen problemes significatius.

Diversos articles estudien la consistència interna d'aquesta escala, normalment l'alfa de Cronbach es troba entre 0.72 i 0.88. Per tant, la utilització d'aquesta escala per al nostre projecte és fiable (91,92).

Instruments de mesura posteriors a la intervenció

Posterior a la intervenció vivencial i psicoeducativa mesurarem de nou les puntuacions de les escales mencionades anteriorment (Test d'Atenció D2, Escala de Goldberg, Escala de Conners i Escala de Rosenberg). A més, realitzarem una enquesta de satisfacció dirigida als adolescents amb TDAH (ANNEX 6).

3.4.2. Procediment d'extracció de dades

L'equip investigador, en aquest cas format únicament per la infermera i investigadora principal del projecte, reclutarà els casos detectats com candidats per participar en l'estudi, aquells que compleixin els criteris d'inclusió i exclusió. Seguidament, s'explicarà als adolescents i al seu cuidador principal de forma exhaustiva el programa de recerca. En cas que aquests accedeixin a participar, s'administraran les escales d'estudi i el consentiment informat. L'avaluació la realitzarà la infermera. Un cop es recullin les dades, seran introduïdes a la base de dades específica, com a dades preintervenció. Posteriorment, la infermera durà a terme les vuit sessions vivencials i psicoeducatives per a familiars de què tracta el projecte. Finalment, un mes acabada la intervenció, s'administraran de nou les escales de valoració (Test d'Atenció D2, Escala de Goldberg, Escala de Conners i Escala de Rosenberg) i s'introduiran a la base de dades com dades postintervenció. A més, es demanarà als adolescents que valorin la seva satisfacció postintervenció, mitjançant un qüestionari.

3.4.3. Prova pilot

Abans de posar en pràctica el programa, executarem la prova pilot. Aquesta consistirà a reclutar un grup reduït de participants per poder detectar possibles limitacions en la metodologia de l'estudi, avaluar la comprensió dels participants i provar la logística.

La prova pilot inclourà un nombre reduït de la població d'estudi, utilitzant els criteris d'inclusió i exclusió, establerts per a la mostra principal. Analitzarem les escales de valoració, el funcionament de les sessions formatives i la compaginació amb la realitat virtual. A més, valorarem si el temps i l'espai previstos són els correctes.

Els resultats obtinguts seran d'utilitat per ajustar el programa definitiu del projecte de recerca.

3.5. Anàlisi de dades

S'utilitzarà la correlació de Pearson o Spearman (en funció de la normalitat de la distribució de les dades) per establir relacions entre les variables d'estudi. Per valorar l'eficàcia de la intervenció, s'utilitzarà la T-Student o U de Mann-Whitney per mostres relacionades, amb l'objectiu de veure si hi ha hagut canvis a les variables (nivell de concentració en els estudis, nivell d'ansietat i depressió, grau d'irritabilitat i hiperactivitat i grau d'autoestima) i així poder determinar si la intervenció ha estat efectiva. L'anàlisi es durà a terme mitjançant el programa SPSS 27 (93). Els resultats dels tests es consideraran estadísticament significatius en cas d'obtenir un p valor inferior a 0,05.

4. Limitacions de l'estudi

És important reconèixer les limitacions d'aquest estudi per tal de contextualitzar els resultats i establir futures línies de recerca.

Una de les principals limitacions rau en la manca de certesa sobre la representativitat de la mostra poblacional, la qual cosa pot afectar la validesa del projecte. Es treballarà amb una mostra reduïda, d'aproximadament 40 adolescents, en relació amb la població total de Catalunya que presenta Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH). A més, el fet de seleccionar únicament adolescents que es troben en la fase diagnòstica inicial del trastorn comporta un grup d'estudi encara més restringit. El nombre de persones diagnosticades fa menys d'un any serà limitat, la qual cosa dificultarà estendre els resultats obtinguts a la població general amb TDAH.

Cal afegir que la mostra provindrà exclusivament de l'àmbit poblacional vinculat al Centre TDAH del Vallès, fet que comportarà una concentració geogràfica dels participants en aquesta zona concreta de Catalunya.

Una altra limitació a tenir en compte és l'autoadministració de les escales de valoració. Si bé aquest sistema pot afavorir que l'adolescent expressi el que realment pensa o sent sense la pressió d'un entrevistador, en aquest cas concret la dificultat per mantenir l'atenció pot generar biaixos en la recollida de la informació. A més, cal considerar l'amplitud de la franja d'edat de la població estudiada, que comprèn adolescents d'entre 10 i 19 anys. Aquest fet pot suposar dificultats de comprensió, especialment per als més joves, davant de certs conceptes presents en les escales diagnòstiques, com per exemple en l'escala d'autoestima de Rosenberg. Cal mencionar que l'escala de Conners és una eina que serà administrada pels pares, ja que ha estat complicat trobar un instrument que mesturi la hiperactivitat de forma autoadministrada. Com a limitació, trobem que totes les escales es valoren de forma autoadministrada menys aquesta. Aquest fet podria alterar la interpretació de la situació per part del cuidador principal i, per tant, causar canvis en els resultats del projecte.

5. Aplicabilitat pràctica

Aquest projecte pretén aportar eines que puguin ser aplicades en la pràctica professional, especialment en l'acompanyament i suport a les famílies d'adolescents amb TDAH en fases inicials del diagnòstic. Esperem de l'estudi, trobar una relació directa entre la intervenció vivencial i psicoeducativa per a pares i un benestar emocional i conductual de l'adolescent. Si les dades obtingudes són les esperades, es donarà suport a la idea de la importància que té el tractament dual d'aquest trastorn, combinar la cura de l'adolescent amb el suport del seu nucli familiar.

Un cop portat a terme el pla de recerca, en l'àmbit d'infermeria, és interessant fomentar la divulgació científica dels resultats i la implementació de la intervenció a altres centres. Com a aplicabilitat pràctica futura, proposem compartir els resultats i implementar el programa amb altres associacions de Catalunya referents de TDAH. D'aquesta manera, aconseguiríem abastar més sectors de la població catalana com pot ser Santa Coloma (Associació de TDAH Santa Coloma de Gramenet), Tarragona (Associació APYDA Tarragona), Badalona (Associació TDAH Badalona) i Sant Boi (Plataforma TDAH Sant Boi de Llobregat). També, una proposta interessant és implementar el projecte a grups de 1r i 2n d'ESO d'escoles de Catalunya. Aquests grups escolars comprenen la fase més àlgida de l'adolescència i es pot arribar a conclusions rellevants sobre la relació entre els adolescents amb TDAH i les seves famílies. A més, es pot valorar l'aplicació de l'estudi als CAP de Catalunya que abastin més població adolescent. Finalment, cal tenir en compte la publicació de l'article a revistes científiques per donar a conèixer l'impacte d'una intervenció per a pares d'adolescents amb TDAH.

6. Resultats esperats i línies futures

El que esperem de l'estudi és un canvi significatiu en les variables de: nivell de concentració en els estudis, nivell d'ansietat i depressió, grau d'hiperactivitat o impulsivitat i grau d'autoestima. Pretenem que totes aquestes variables millorin en el moment en què els pares reben formació sobre com tractar el seu fill. D'aquesta manera, l'angoixa de l'adolescent baixa, millora l'entorn familiar i suposa una millor qualitat de vida.

Aquest projecte ens permet plantejar possibles línies de recerca futures amb l'objectiu de complementar, reforçar i continuar avançant en l'abordatge del TDAH i en el suport a les famílies.

L'estudi només valora la millora de la concentració, l'estat emocional i la conducta d'adolescents amb TDAH en la fase inicial del seu diagnòstic després d'una intervenció vivencial i psicoeducativa. En canvi, no contempla canvis en la dinàmica familiar, millora de coneixement, comprensió i satisfacció dels pares que hi participen. En un futur, ens agradaria saber sobre l'evolució del coneixement i la comprensió dels pares pel que fa al TDAH abans i després de la intervenció, així com establir una relació entre la millora en el coneixement de les famílies i els canvis observats en els adolescents, per determinar si un major grau d'informació parental contribueix a millores més significatives en els resultats dels fills.

7. Aspectes ètics

A continuació, detallarem les consideracions ètiques legals contemplades per al desenvolupament de la investigació.

Tal com recull l'article 10 de la Llei 14/1986 General de Sanitat (94) i l'article 4 de la Llei 15/1999, del 13 de desembre (95) de protecció de dades, es mantindrà la confidencialitat i l'anonimat. Els participants hauran d'acceptar participar mitjançant un consentiment informat (ANNEX 1), després d'haver llegit un full informatiu que se'ls proporcionarà sobre aquest estudi.

El projecte està inclòs i s'ha portat a terme d'acord amb els estàndards ètics establerts per la Declaració de Hèlsinki. La proposta serà revistada pel comitè d'ètica de la Universitat de Barcelona i pel de la institució amb qui treballarem, el Centre TDAH del Vallès.

8.Pressupost

En aquest apartat detallarem el cost derivat del desenvolupament del projecte de recerca plantejat.

Per dur a terme l'estudi tindrem en compte que la investigadora principal (infermera) hi treballarà durant el seu horari laboral, així com realitzarà les sessions de la intervenció vivencial i psicoeducativa durant aquest. Per aquest motiu, no suposarà un cost addicional per al programa. A escala material, serà necessari comptar amb la compra d'un ordinador que disposi del programa SPSS i G*Power (gratuït), els recursos necessaris per a les sessions de realitat virtual i perquè els adolescents puguin completar les enquestes.

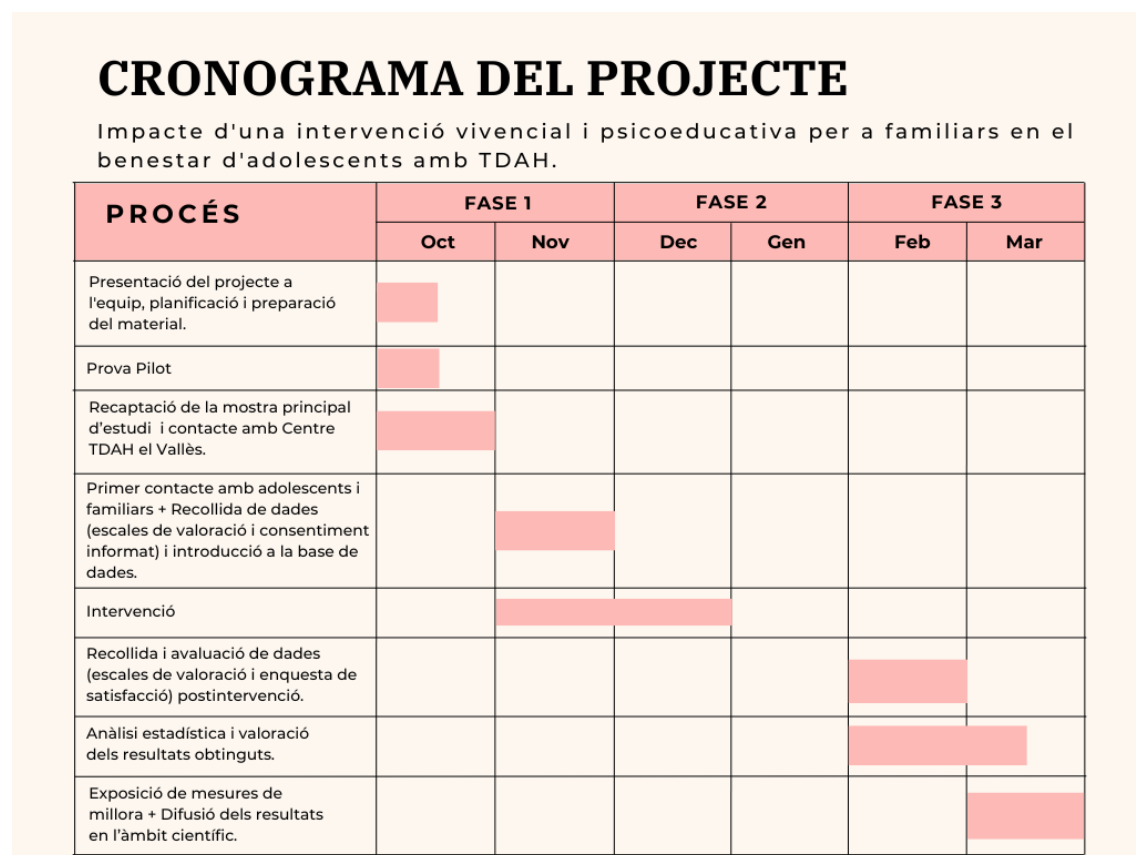
Resum del pressupost aproximat:

- Treball de la infermera/investigadora del projecte = 0 euros.
- Un ordinador = 600 euros.
- Dues ulleres de realitat virtual (marca econòmica) = 300 euros.
- Material de paper per les enquestes = 40 euros.
- Test d'atenció D2 (manual d'aplicació i correcció, fulls de resposta i interpretació) = 120 euros.

El pressupost estimat per finançar el programa de recerca serà d'uns 1060 euros. En aquest cas, no s'han contemplat les despeses relacionades amb la difusió de resultats en l'àmbit científic. Si això es volgués realitzar el cost del projecte tindria un augment significatiu.

9.Cronograma

El procés es dividirà en tres fases, com ja s'ha explicat a l'apartat 3.3. del treball. Cal tenir en compte que en el moment més inicial de la fase 1 es durà a terme la valoració del material necessari i la prova pilot. A continuació, presentem un diagrama que mostra el cronograma pertanyent al projecte.



10. Bibliografia

1. Frick MA, Brandt A, Hellund S, Grimell J. ADHD and Identity Formation: Adolescents' Experiences From the Healthcare System and Peer Relationships. *J Atten Disord* [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 1];29(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39963782/>
2. Els 17 ODS. Departament d'Educació i Formació Professional [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://educacio.gencat.cat/ca/departament/linies-estrategiques/ods/els-17-ods/index.html>
3. Comisión de Estadística. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2017 [cited 2025 Apr 1]: 23. Available form: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf
4. Berenguer Forner C, Roselló Miranda B, Baixauli Fortea I, Castellar RG, Diago CC, Miranda Casas A. ADHD Symptoms and peer problems: Mediation of executive function and theory of mind. *Psicothema* [Internet]. 2017 [cited 2025 Apr 2];29(4):514–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29048312/>
5. OMS. Trastornos mentales [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
6. National Institute of Mental Health. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: Lo que usted necesita saber [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 2]; Núm. 21-MH-3572S. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/podria-yo-tener-el-trastorno-de-deficit-de-atencion-con-hiperactividad/trastorno-de-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-en-adultos-lo-que-usted-necesita-saber.pdf>
7. Bakker L, Rubiales J. Interacción de factores genéticos y ambientales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio de caso de gemelos. *Revista Chilena de Neuropsicología* [Internet]. 2010 [cited 2025 Apr 2];5(3):226–36. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5751572&info=resumen&idioma=ENG>
8. Norman LJ, Sudre G, Price J, Shaw P. Subcortico-cortical dysconnectivity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A voxelwise mega-analysis across multiple

- cohorts. Am J Psychiatry [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2025 Apr 2];181(6):553. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11486346/>
9. Saez M, Barceló MA, Farrerons M, López-Casasnovas G. The association between exposure to environmental factors and the occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A population-based retrospective cohort study. Environ Res [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2025 Apr 2];166:205–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29890425/>
 10. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: MedlinePlus en español [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/attentiondeficithyperactivitydisorder.html>
 11. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V [Internet]. 5a ed. Arlington, VA, Asociación Panamericana de Psiquiatría; 2014 [cited 2025 Apr 2]: 917. Available from: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
 12. Cortese S, Song M, Farhat LC, Yon DK, Lee SW, Kim MS, et al. Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the Global Burden of Disease study. Mol Psychiatry [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2025 Apr 2];28(11):4823–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37684322/>
 13. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Apr 2];49(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37081447/>
 14. Leffa DT, Caye A, Rohde LA. ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. Curr Top Behav Neurosci [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2];57:1–18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35397064/>
 15. O’Nions E, El Baou C, John A, Lewer D, Mandy W, McKechnie DGJ, et al. Life expectancy and years of life lost for adults with diagnosed ADHD in the UK: matched cohort study. Br J Psychiatry [Internet]. 2025 Jan 23 [cited 2025 Apr 2];1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39844532/>
 16. Marcone de Souza Olivera, Mayke Felipe Dias, Stela Maris Aguiar. Características clínicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes. Sociedad de Pediatría de Sao Paulo [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2]; 1-8.

Available

from:

<https://www.scielo.br/j/rpp/a/LbWNFccWvXYmnZRJJPhDZM/?lang=en&format=pdf>

17. Barkley RA. High Time Preference Is a Key Cognitive Deficit in ADHD: Impact on Daily Life, Impairments, and Life Expectancy. *Guilford Press Periodicals* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2025 Apr 2];30(7):1–5. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/adhd.2022.30.7.1>
18. Rattay K, Robinson LR. Identifying Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a Public Health Concern and Opportunity. *Prev Sci* [Internet]. 2024 May 1 [cited 2025 Apr 2];25(Suppl 2):195–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38598041/>
19. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prev Sci* [Internet]. 2024 May 1 [cited 2025 Apr 2];25(Suppl 2):249–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35438451/>
20. Koyuncu A, Ayan T, Ince Guliyev E, Erbilgin S, Deveci E. ADHD and Anxiety Disorder Comorbidity in Children and Adults: Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 Apr 2];24(2):129–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35076887/>
21. Schiweck C, Arteaga-Henriquez G, Aichholzer M, Edwin Thanarajah S, Vargas-Cáceres S, Matura S, et al. Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 Apr 2];124:100–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33515607/>
22. Grimm O, Reif A. Understanding the complexities of comorbidity in adult ADHD. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Apr 2];152. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37442499/>
23. Vaidya CJ, Klein C. Comorbidity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorders: Current Status and Promising Directions. *Curr Top Behav Neurosci* [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2];57:159–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35397063/>
24. Jaisle EM, Groves NB, Black KE, Kofler MJ. Linking ADHD and ASD Symptomatology with Social Impairment: The Role of Emotion Dysregulation. *Res*

- Child Adolesc Psychopathol [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2025 Apr 2];51(1):3–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36326970/>
25. Cardillo R, Crisci G, Seregini S, Mammarella IC. Social perception in children and adolescents with ADHD: The role of higher-order cognitive skills. Res Dev Disabil [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2025 Apr 2];135. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36764097/>
 26. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. Correo Científico Médico [Internet]. 2014 [cited 2025 Apr 2];18(1):05–7. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 27. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. Neuropediatrics [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Apr 2];51(5):315–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32559806/>
 28. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. J Affect Disord [Internet]. 2023 Oct 15 [cited 2025 Apr 2];339:860–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37495084/>
 29. Kamal M, Al-Shibli S, Shahbal S, Yadav SK. Impact of attention deficit hyperactivity disorder and gender differences on academic and social difficulties among adolescents in Qatari Schools. Qatar Med J [Internet]. 2021 Mar 15 [cited 2025 Apr 2];2021(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33777722/>
 30. Viuda-Suárez ME de la, Alonso-Lorenzo JC, Ruiz-Jiménez FJ, Luciano-Soriano C. Evolution of children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder. Follow-up study in a Spanish sample. Gac Med Mex [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 2];159(3):194–201. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37494729/>
 31. Aboitiz F, Ossandón T, Zamorano F, Pablo Billeke Y. Balance en la cuerda floja: la neurobiología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012 Sep [cited 2025 Apr 2];23(5):559–65. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-balance-cuerda-floja-neurobiologia-del-S0716864012703504>
 32. MacDonald HJ, Kleppe R, Szigetvari PD, Haavik J. The dopamine hypothesis for ADHD: An evaluation of evidence accumulated from human studies and animal

- models. Front Psychiatry [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 2];15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39619336/>
33. Speranza L, Di Porzio U, Viggiano D, de Donato A, Volpicelli F. Dopamine: The Neuromodulator of Long-Term Synaptic Plasticity, Reward and Movement Control. Cells [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2025 Apr 2];10(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33810328/>
34. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. 6A05 Trastorno por hiperactividad con déficit de la atención [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es#821852937>
35. Alondra Zúñiga Reali, Adriana Lucho Luna. Manual para la aplicación, clarificación e interpretación de la Escala de Conners para padres/maestros forma abreviada. Departamento de Educación Especial Estatal de Veracruz, Instituto del Milagro [Internet] 2009. [cited 2025 Apr 2]: 3-29. Available from: <http://plataforma.institutodelmilagro.com/descargas/pracprof4/MANUAL%20ESCALA%20CONNERS-.pdf>
36. Richarte V, Corrales M, Pozuelo M, Serra-Pla J, Ibáñez P, Calvo E, et al. Validación al español de la ADHD Rating Scale (ADHD-RS) en adultos: relevancia de los subtipos clínicos. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2025 Apr 2];10(4):185–91. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-validacion-al-espanol-adhd-rating-S1888989117300897>
37. Luis Á, Nogueras M. Test de Stroop, algo más que inhibición. Una revisión bajo el concepto de control cognitivo. Revista Iberoamericana de Neuropsicología [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2];5(2):93–105. Available from: <https://neuropsychologylearning.com/wp-content/uploads/pdf/pdf-revista-vol5/vol5-n2-2022-4-cambio.pdf>
38. Greenberg LM, Holder C, Carol Kindschi LL, Tammy Dupuy MR. The TOVA Company [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 2]; Available from: <http://www.tovatest.com/>
39. Slater J, Joobar R, Koborsy BL, Mitchell S, Sahlas E, Palmer C. Can electroencephalography (EEG) identify ADHD subtypes? A systematic review. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Apr 2];139. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760387/>

40. Pereira-Sanchez V, Castellanos FX. Neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2025 Apr 2];34(2):105–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278156/>
41. McLoughlin G, Gyurkovics M, Aydin Ü. What Has Been Learned from Using EEG Methods in Research of ADHD? *Curr Top Behav Neurosci* [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2];57:415–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35637406/>
42. Groves NB, Wells EL, Soto EF, Marsh CL, Jaisle EM, Harvey TK, et al. Executive Functioning and Emotion Regulation in Children with and without ADHD. *Res Child Adolesc Psychopathol* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2025 Apr 2];50(6):721–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34762251/>
43. Martín Gómez A, Bella M, Madrid F. Influencia del diagnóstico del TDAH en la autoestima, regulación emocional y presencia de ansiedad en niños y adolescentes [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2];46. Available from: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/84102/TFM-%20Martin%20Gomez%20Alejandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Terol Sánchez L, Navarro Soria I, Collado Valero J, Torrecillas Martínez M. Emotional Development in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Clínica y Neurociencias* [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 2];10(1):51–67. Available from: <https://doi.org/10.14198/DCN.24670>
45. León-Barriera R, Ortegon RS, Chaplin MM, Modesto-Lowe V. Treating ADHD and Comorbid Anxiety in Children: A Guide for Clinical Practice. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2025 Apr 2];62(1):39–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35854648/>
46. McKay E, Cornish K, Kirk H. Impairments in Emotion Recognition and Positive Emotion Regulation Predict Social Difficulties in Adolescent With ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Apr 2];28(3):895–908. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36440882/>
47. Powell V, Riglin L, Hammerton G, Eyre O, Martin J, Anney R, et al. What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2025 Apr 2];29(11):1581–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31932968/>

48. Morales-Castillo M, Aguirre-Dávila E, Durán-Urrea L. Los contenidos de la formación parental y sus implicaciones en el comportamiento de los adolescentes: elementos desde una revisión. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2019 Oct 7 [cited 2025 Apr 2];28(3):224–38. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GNxqGt778fcLPLfy3gs9tgQ/?lang=es>
49. Phillips ST, Druskin LR, Mychailyszyn MP, Victory E, Aman E, McNeil CB. The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Meta-Analysis. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 2]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38441815/>
50. Carmen Berenguer Belén Roselloó Inmaculada Baixauli. Perfiles de familias con factores de riesgo y problemas comportamentales en niños con déficit de atención con hiperactividad. *INFAD Revista Psicología* [Internet]. 2019 Apr 30 [cited 2025 Apr 2]; 1 (1): 75-84. Available from: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1403/1220>
51. Guerra-Prado D, Mardomingo-Sanz ML, Ortiz-Guerra JJ, García-García P, Soler-López B. Evolution of stress in families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2025 Apr 2];83(5):328–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25683274/>
52. Bhide S, Efron D, Ukoumunne OC, Anderson V, Nicholson JM, Silk T, et al. Family Functioning in Children With ADHD and Subthreshold ADHD: A 3-Year Longitudinal Study. *J Atten Disord* [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2025 Apr 2];28(4):480–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38084374/>
53. Coxe S, Sibley MH, Becker SP. Presenting problem profiles for adolescents with ADHD: differences by sex, age, race, and family adversity. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2025 Apr 2];26(3):228–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33350581/>
54. Isabel Cladera Figuerola. Els estils educatius parentals i la relació amb el trastorn per dèficit d'atenció (TDAH) [Internet]. 2018 [cited 2025 Apr 2]. Available from: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/152776/Cladera_Figuerola_Isabel.152776.pdf?sequence=4&isAllowed=y
55. Barkley RA. Parents as Shepherds, Not Engineers. *Guilford Press Periodicals* [Internet]. 2022 Dec 13 [cited 2025 Apr 2];30(8):11–4. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/adhd.2022.30.8.11>

56. Robb A, Findling RL. Challenges in the transition of care for adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Postgrad Med*. 2013 [cited 2025 Apr 2];125(4):131–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23933901/>
57. Groom MJ, Cortese S. Current Pharmacological Treatments for ADHD. *Curr Top Behav Neurosci* [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2];57:19–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35507282/>
58. Fuster Nácher E, Pardo Corral M. Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) [Internet]. 2021[cited 2025 Apr 2];19 (3): 178–181. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8098435>
59. Felipe J, Pacheco G, Dayanna K, Blanco J, Maritza Y, Gómez R, et al. El TDAH en Niños y las Técnicas de Intervención en la Terapia Cognitivo Conductual: Revisión Documental entre 2014 y 2021. [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 2];49(181):103–14. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9405541&info=resumen&idioma=ENG>
60. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 2];79(1):42–51. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
61. Elzohairy NW, Elzlbany GAM, Khamis BI, El-Monshed AH, Atta MHR. Mindfulness-based training effect on attention, impulsivity, and emotional regulation among children with ADHD: The role of family engagement in randomized controlled trials. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Apr 2];53:204–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39615936/>
62. Evans S, Bhide S, Quek J, Nicholson JM, Anderson V, Hazell P, et al. Mindful Parenting Behaviors and Emotional Self-Regulation in Children With ADHD and Controls. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Apr 2];45(9):1074–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32929486/>
63. Balseca Ponce IE, Ibarra Martínez DE, Toscano Caisalitin JA. Estrategias instruccionales efectivas para desarrollar habilidades de escucha en adolescentes con tdah. *Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro* [Internet]. 2024 [cited

- 2025 Apr 2]. Available from: <https://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/7464>
64. Barkley RA. 18 Ways to Make Token Systems More Effective for ADHD Children and Teens. Guilford Press Periodicals [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Apr 2];30(5):8–11. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/adhd.2022.30.5.8>
 65. Hernández-Beltrán V, González-Coto VA, Gámez-Calvo L, Luna-González J, Gamonales JM. Propuesta de unidad didáctica para Educación Física: “la orientación deportiva como herramienta de inclusión para los alumnos con TDAH.” e-Motion: Revista de Educación, Motricidad e Investigación [Internet]. 2022 Dec 9 [cited 2025 Apr 2];(19):60–81. Available from: <https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/e-moti-on/article/view/7220/6528>
 66. de Educación F, Labrador Roca V, Javier Hernández Vázquez F. La Intervención docente y sus efectos en la conducta del alumnado con TDAH en educación física: un estudio de casos. Tesis Doctorals - Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya (INEFC) - Barcelona [Internet]. 2017 May 27 [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/107642>
 67. San Mauro Martin I, Sanz Rojo S, González Cosano L, Conty de la Campa R, Garicano Vilar E, Blumenfeld Olivares JA. Impulsividad en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños después de una intervención de 8 semanas con dieta mediterránea y/o ácidos grasos omega-3: ensayo clínico aleatorizado. Neurología [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2025 Apr 2];37(7):513–23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531930132X>
 68. Rocio D, Bricio S, Alberto C, Salas M, Educativa U, Estrada A, et al. Estrategias de Inclusión en Estudiantes con Déficit de Atención (TDAH) y su Impacto en el Rendimiento Escolar. Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 2];8(3):37–57. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9566098&info=resumen&idioma=ENG>
 69. Schweitzer JB, Rizzo A “Skip.” Virtual Reality and ADHD: Clinical Assessment and Treatment in the Metaverse. Guilford Press Periodicals [Internet]. 2022 May 9 [cited 2025 Apr 2];30(3):1–9. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/adhd.2022.30.3.1>

70. González-Bracamonte Y, Barrero-Toncel V, Yance-DelaHoz W, Vanegas-Beltrán M, Mieles-Barrera MD, Cabas-Hoyos K, et al. Eficacia de la realidad virtual en la evaluación y tratamiento del TDAH: una revisión sistemática de la literatura. *Diversitas* [Internet]. 2023 Jun 15 [cited 2025 Apr 2];19(2):162–84. Available from: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/9375>
71. Press E. El Vall d'Hebron prueba un tratamiento de realidad virtual en adultos con TDAH [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 2]; Available from: <https://www.europapress.es/catalunya/noticia-vall-dhebron-prueba-tratamiento-realidad-virtual-adultos-tdah-20161013134953.html>
72. Barber Q, Palanca P, El dir. El teu benestar, la teva felicitat. Una intervenció per familiars d'adolescents amb problemàtica conductual greu. Universitat Autònoma de Barcelona [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://ddd.uab.cat/record/264665>
73. Siebelink NM, Bögels SM, Speckens AEM, Dammers JT, Wolfers T, Buitelaar JK, et al. A randomised controlled trial (MindChamp) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 Apr 2];63(2):165–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34030214/>
74. Piedrahita S. LE, Henao Cardona A, Burgos PA. Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. *Enfermería Global* [Internet]. 2011 Jul [cited 2025 Apr 2];10(23):140–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
75. Uçar HN, Eray Ş, Vural AP, Kocael Ö. Perceived Family Climate and Self-Esteem in Adolescents With ADHD: A Study With a Control Group. *J Atten Disord* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2025 Apr 2];24(8):1132–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28447908/>
76. Ripoll Mota N. Intervencions infermeres en la detecció precoç i tractament dels nens amb TDAH i la seva família. Treballs Finals de Grau (TFG) - Infermeria [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115944>
77. Cristina Colls, Joan MV Pons-Ràfols. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Estat de Situació del TDAH a Catalunya, tendència i variabilitat

- territorial [Internet]. 2017 Jul [cited 2025 Apr 2]; 26. Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3186>
78. Cid J, Mora T, Roche D. Estudi Poblacional del TDAH a Catalunya. ACV Edicions [Internet]. 2017 [cited 2025 Apr 2]. Available from: [https://www.uic.es/sites/default/files/2023-05/Estudi%20poblacional%20del%20TDAH%20a%20Catalunya final 0.pdf](https://www.uic.es/sites/default/files/2023-05/Estudi%20poblacional%20del%20TDAH%20a%20Catalunya%20final%200.pdf)
79. Enllaços d'interès sobre el TDAH. Canal Salut [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/t/tdah/enllacos-interes/index.html>
80. Centre TDAH Vallès. Nuestra historia. [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://tdahvalles.org/nuestra-historia/>
81. Cárdenas Castro JM, Arancibia Martini H. Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. Latin American Journal on Health [Internet]. 2014 [cited 2025 Apr 2];5(2):210–24. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4945415&info=resumen&idioma=SPA>
82. Realidades Diferentes – Un proyecto de Fundación Adecco [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://realidadesdiferentes.org/>
83. Brickenkamp Rolf, Nicolás Seisdedos Cubero. Manual Test de Atención D2. 4a ed. Madrid: TEA Ediciones [Internet]. 2012 [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://selcap.cl/wp-content/uploads/2019/11/D2-Manual-Extracto-1.pdf>
84. d2-R. Test de Atención - Revisado | Hogrefe TEA Ediciones [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://www.hogrefe-tea.com/public/catalogo/producto/d2-R-Test-de-Atencion---Revisado>
85. Pawlowski J. Test de Atención d2: Consistencia interna, estabilidad temporal y evidencias de validez. Revista Costarricense de Psicología [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 2];39(2):145–65. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8707334&info=resumen&idioma=SPA>
86. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Rosselló L, Gimeno Ruiz de Porras D, Allué Torra B, Palou Vall I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en atención primaria. Semergen: revista española de medicina de familia [Internet].

- 1999 [cited 2025 Apr 2];(3):209–25. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3810272>
87. Carbonell MM, Díaz RP, Marín AR. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 2];15(1):177–92. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672016000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 88. Sangrós González FJ. Validación de la escala eadg en pacientes ancianos no institucionalizados [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=203052&info=resumen&idioma=SPA>
 89. Reivan-Ortiz G, Pineda-Garcia G, Parias BDL. Psychometric Properties of The Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) In Ecuadorian Population. *Int J Psychol Res (Medellin)* [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 2];12(1):41–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32612786/>
 90. Genário Alves Barbosa, Mardonio Rique Dias, Adriana de Andrade Gaiao. Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionario de Conners en escolares de Brasil. *Rev Neuropsiq da Inf e Adolescences* [Internet]. 1997 [cited 2025 Apr 2];5 (3):118–25. Available from: http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_05_3/in_14_04.pdf
 91. Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology* Copyright. *Span J Psychol* [Internet]. 2007[cited 2025 Apr 2];10(2):458–67. Available from: <http://espectroautista.info/ficheros/bibliograf%C3%ADa/martinalbo2007rse.pdf>
 92. Augusto Ceballos-Ospino G, Paba-Barbosa C, Suescún J, Celina Oviedo H, Herazo E, Campo-Arias A. Validity and Dimensionality of the Rosenberg Self-esteem Scale Among College Students. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2017 [cited 2025 Apr 2];15(2):29–39. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a03.pdf>
 93. IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp.

94. BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. 1986 [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
95. BOE-A-1999-23750 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Internet]. 1999 [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>

11. Annexos

ANNEX 1: Full de Consentiment Informat

CONSENTIMENT INFORMAT PER L'ESTUDI:
"Impacte d'una intervenció vivencial i psicoeducativa per a familiars en el benestar d'adolescents amb TDAH."

Nom i cognoms de la investigadora principal: Marina Riudavets Pons.

Jo, el Sr./Sra. accedeixo a participar en l'estudi d'investigació *"Impacte d'una intervenció vivencial i psicoeducativa per a familiars en el benestar d'adolescents amb TDAH."*

I manifesto que:

- 1.He rebut i comprès la informació sobre l'estudi en què participaré.
- 2.He rebut una fulla informativa que explica les característiques de l'estudi.
- 3.He estat informat de les implicacions derivades de la meva participació.
- 4.Sóc conscient que la meva participació és voluntària i puc retirar-me en el moment que decideixi sense haver de donar explicacions i sense que repercuteixi en la meva atenció.
- 5.D'acord amb la Llei Oficial 15/1999, del 13 de desembre i la Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 233/2004), declaro haver estat informat del registre de dades de la institució i de la seva utilització per a la investigació per part de la investigadora principal del projecte.

Per tot això, dono lliurement el meu consentiment a participar en l'estudi.

Pacient (o familiar): Investigador/a:

Firma: Firma:

ANNEX 2: Test d'atenció D2

Nº 298 Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Sexo: ☐ V ☐ M Centro/Empresa: _____

d2

Esta prueba trata de conocer su capacidad de concentración en una tarea determinada. En esta página se le presenta un ejemplo y una línea de entrenamiento para que usted se familiarice con la tarea.

Ejemplo

d d d

d d d

d d d

Observe las tres letras minúsculas del ejemplo. Se trata de la letra **d** acompañada de dos rayitas. La primera **d** tiene las dos rayitas encima, la segunda las tiene debajo y la tercera **d** tiene una rayita encima y otra debajo. Observe que en estos casos la letra **d** va acompañada de dos rayitas.

Su tarea consistirá en buscar las letras **d** iguales a esas tres (con dos rayitas) y marcarlas con una línea (/). Fíjese bien, porque hay letras **d** con más de dos o menos de dos rayitas y letras **p**, que NO deberá marcar en ningún caso, independientemente del número de rayitas que tengan. Si se equivoca y quiere cambiar una respuesta, debe tachar la línea con otra, formando un aspa (X), de forma que se advierta que desea corregir el error.

Vd. sólo deberá marcar las letras **d** con dos rayitas. Practique en la línea de entrenamiento que aparece al final de esta página. Observe que cada letra lleva encima un número. La primera letra ya aparece tachada a modo de ejemplo. Haga ahora la línea de entrenamiento.

Cuando haya terminado, compruebe que ha marcado las letras números 3, 5, 6, 9, 12, 13, 17, 19 y 22.

A la vuelta de la hoja (ESPERE, NO LA VUELVA TODAVÍA) encontrará 14 líneas similares a la línea de práctica que acaba de realizar. De nuevo, su tarea consistirá en marcar las letras **d** con dos rayitas. Comenzará en la línea nº 1 y cuando el examinador le diga ¡CAMBIO!, pasará a trabajar a la línea nº 2 y cuando el examinador diga ¡CAMBIO! comenzará la siguiente línea de la prueba y así sucesivamente. Compruebe que no se salta ninguna línea.

Trabaje tan rápidamente como pueda sin cometer errores. Permanezca trabajando hasta que el examinador diga ¡BASTA!; en ese momento deberá pararse inmediatamente y dar la vuelta a esta hoja.

ESPERE. NO VUELVA LA HOJA HASTA QUE SE LO INDIQUE EL EXAMINADOR.

Línea de entrenamiento

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d

1	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
2	p	d	p	p	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
3	d	d	d	d	p	p	d	d	p	p	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
4	d	d	p	d	d	d	p	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
5	p	d	p	p	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
6	d	d	d	d	p	p	p	d	d	p	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
7	d	d	p	d	d	p	p	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	p
8	p	d	p	p	d	d	d	p	d	d	d	p	d	d	d	d	d	d	d	p	d
9	d	d	d	d	p	p	d	p	p	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d
10	d	d	p	d	d	d	p	p	d	d	d	d	p	d	d	d	d	d	p	d	p
11	p	d	p	p	d	d	d	p	d	d	d	p	d	p	d	d	d	d	p	d	d
12	d	d	d	d	p	p	p	d	d	p	d	p	d	d	d	d	d	d	d	p	d
13	d	d	p	d	d	p	p	d	d	d	p	d	d	d	d	p	d	p	d	p	p
14	p	d	p	p	d	d	d	p	d	d	d	p	d	d	d	p	d	p	d	p	d

MUY IMPORTANTE

POR FAVOR, NO ESCRIBA NADA EN ESTA FRANJA AZUL O PUEDE INVALIDAR SU EJERCICIO

ANNEX 3: Escala d'Ansietat i Depressió de Goldberg

SEMERGEN

TABLA II
Escala E.A.D.G.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	SÍ	NO
1- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	☐	☐
2- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	☐	☐
3- ¿Se ha sentido muy irritable?	☐	☐
4- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	☐	☐
Subtotal		☐

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SÍ	NO
5- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	☐	☐
6- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	☐	☐
7- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	☐	☐
(síntomas vegetativos)		
8- ¿Ha estado preocupado por su salud?	☐	☐
9- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	☐	☐
TOTAL ANSIEDAD		☐

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	SÍ	NO
1- ¿Se ha sentido con poca energía?	☐	☐
2- ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas?	☐	☐
3- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	☐	☐
4- ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	☐	☐
Subtotal		☐

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	SI	NO
5- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	☐	☐
6- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	☐	☐
7- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	☐	☐
8- ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	☐	☐
9- ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	☐	☐
TOTAL DEPRESIÓN		☐

ANNEX 4: Escala de Conners Abreviada per a Pares

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

I. CUESTIONARIO ABREVIADO PARA PADRES/MAESTROS CONNERS

Nombre del niño: _____	fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo : _____	CURP: _____
Nivel y Grado Escolar _____	Nombre de la Escuela: _____
Nombre de los padres, tutor(es) o maestros: _____	
Fecha de aplicación: _____	

Observación	Grado de actividad			
	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
1. Inquieto o demasiado activo	0	1	2	3
2. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
3. Molesta a otros niños	0	1	2	3
4. No termina las cosas que empieza -cortos períodos de atención	0	1	2	3
5. Presenta nerviosismo constante	0	1	2	3
6. No presta atención, se distrae con facilidad	0	1	2	3
7. Sus demandas deben satisfacerse de manera inmediata - se frustra con facilidad	0	1	2	3
8. Lloro con frecuencia y fácilmente	0	1	2	3
9. Cambia de estado de ánimo con rapidez y drásticamente	0	1	2	3

FUENTE: Cortesía de C. Keith Conners

Comentarios: _____

ESCALA DE CONNERS PARA PADRES Y PROFESORES

CUADRO C-64 Normas para el Cuestionario Conners para Padres Forma Abreviada
(Índice de Hiperactividad)

Puntuación	Varones					Mujeres				
	Edad (en años)					Edad (en años)				
Total	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 a 14	15 a 17	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 a 14	15 a 17
HIPERACTIVIDAD										
0	32	35	35	36	38	36	33	35	36	38
1	35	37	37	38	40	38	36	38	39	41
2	37	39	40	41	42	40	39	41	41	44
3	40	42	42	43	45	41	42	44	44	46
4	42	44	44	45	47	43	45	46	47	49
5	45	46	46	47	50	45	47	49	50	52
6	47	48	49	50	52	47	50	52	53	55
7	50	50	51	52	55	49	53	55	56	58
8	52	52	53	54	57	50	56	58	59	61
9	55	55	55	56	60	52	59	61	62	64
10	57	57	58	58	62	54	62	64	65	67
11	60	59	60	61	64	56	65	67	68	70
12	62	61	62	63	67	58	67	70	71	73
13	65	63	65	65	69	59	70	73	74	76
14	67	65	67	67	72	61	73	76	77	79
15	70	68	69	70	74	63	76	79	80	82
16	72	70	71	72	77	65	79	82	83	85
17	75	72	74	74	79	66	82	85	86	88
18	77	74	76	76	81	68	85	88	89	91
19	80	76	78	78	84	70	87	91	91	94
20	82	78	80	81	86	72	90	94	94	96
21	85	81	83	83	89	74	93	96	97	99
22	87	83	85	85	91	75	96	99	100	102
23	90	85	87	87	94	77	99	102	103	105
24	92	87	90	90	96	79	102	105	106	108
25	95	89	92	92	99	81	105	108	109	111
26	97	92	94	94	101	83	107	111	112	114
27	100	94	96	96	103	84	110	114	115	117
28	102	96	99	98	106	86	113	117	118	120
29	105	98	101	101	108	88	116	120	121	123
30	107	100	103	103	111	90	119	123	124	126

Nota: Las normas se encuentran en puntuación T (M=50; DE=10)
Fuente: Cortesía de C. Keith Conners.

ANNEX 5: Escala d'Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

ANNEX 6: Qüestionari de satisfacció de la intervenció per als adolescents amb TDAH

A continuació, es demana que expressi la seva opinió tres setmanes després que el seu cuidador principal hagi viscut la intervenció vivencial i psicoeducativa que proposa el projecte de recerca al que us heu sotmès. Heu de puntuar cada frase de l'1 al 5, segons l'escala de puntuació adjunta.

	1 Completament en desacord	2 En desacord	3 No estic segur/a	4 D'acord	5 Completament d'acord
1.T'has sentit a gust en respondre les enquestes (Escala) proposades per l'investigadora?					
2.Et sents més comprès/a per la teva família d'ençà que han fet l'activitat?					
3.La teva família t'ha ajudat d'alguna manera diferent després de fer la intervenció?					
4.Ara que han passat unes setmanes, et sents més tranquil/a a casa?					
5.Recomanaries aquesta experiència a altres adolescents amb TDAH?					