

TREBALL FI DE GRAU INFERMERIA

TRASTORN DE DÈFICIT D'ATENCIÓ
I HIPERACTIVITAT(TDAH)
RELACIONAT AMB L'AFERRAMENT

ANNA ROSICH GUITART

4t INFERMERIA M1

Tutor: GINA LLADÓ

FUB

ÍNDEX

1.	RESUM I ABSTRACT.....	3
2.	PRESENTACIÓ DEL TEMA I JUSTIFICACIÓ	5
2.	OBJECTIUS DE TREBALL.....	7
2.1.	OBJECTIU GENERAL.....	7
2.2.	OBJECTIUS ESPECÍFICS	7
3.	MARC TEÒRIC	7
3.1.	ANTECEDENTS.....	7
3.2.	AFERRAMENT I DESENVOLUPAMENT EMOCIONAL	9
3.3.	TIPUS D'AFERRAMENT	9
3.3.1.	Aferrament segur.....	9
3.3.2.	Aferrament insegur-evitatiu.....	10
3.3.3.	Aferrament insegur-ansiós ambivalent.....	10
3.4.	LA IMPORTÀNCIA DEL TACTE	11
3.5.	LA LACTÀNCIA MATERNA.....	11
3.6.	EL SON	12
3.7.	TIPUS DE TRASTORNS INFANTILS	12
3.8.	TDAH	13
3.9.	PREVALENÇA DELS TRASTORNS INFANTILS	15
4.	METODOLOGIA.....	17
4.1.	TIPUS DE DISSENY	18
4.2.	ÀMBIT D'ESTUDI	18
4.3.	POBLACIÓ I MOSTREIG	19
4.4.	CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ	20
4.4.1.	Críteris d'inclusió	20
4.4.2.	Críteris d'exclusió	20
4.5.	DESCRIPCIÓ DE VARIABLES.....	21
4.6.	RECOLLIDA DE DADES.....	21

4.7.	ANÀLISI DE LES DADES.....	21
4.8.	CONSIDERACIONS ÈTIQUES I LEGALS.....	22
4.9.	PROCEDIMENT D'ESTUDI.....	23
5.	LIMITACIONS DE L'ESTUDI	23
6.	RECURSOS DE L'ESTUDI.....	24
7.	APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS.....	25
8.	PLA DE DIFUSIÓ	25
9.	CRONOGRAMA	27
10.	CONCLUSIONS	27
11.	BIBLIOGRAFIA.....	28
12.	ANNEXES.....	32
12.1.	ENQUESTA	32
12.2.	CONSENTIMENT INFORMAT	37
12.3.	COMITÈ D'ÈTICA DE LA FUB.....	41

1. RESUM I ABSTRACT

RESUM

El Trastorn de Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH) és un dels trastorns amb més prevalença a la infància. El present treball fi de grau té com a objectiu principal comprovar a través d'una revisió bibliogràfica i mitjançant resultats obtinguts a partir d'entrevistes si la teoria de l'aferrament té relació o no amb el desenvolupament del trastorn del TDAH. D'aquesta manera s'intentarà demostrar la importància d'establir un aferrament segur en l'individu respecte a aquest específic trastorn mental.

Per aconseguir aquest objectiu s'ha realitzat una recerca específica sobre el trastorn del TDAH i l'aferrament en el primer any de vida i estudis relacionats.

Des de Bowlby (1958), i la seva teoria de l'aferrament s'ha publicat gran informació sobre la vinculació afectiva primerenca i la importància del seu correcte desenvolupament per a la formació de la personalitat, tot i així, s'ha difós poc. L'establiment del vincle és un factor essencial per a la supervivència del recent nascut, per a que aquest pugui gaudir d'una bona salut física i mental al llarg de la seva vida. Els professionals d'Infermeria han d'informar a la població i implicar-se a fomentar mesures d'estimulació precoç de la relació pares-fills en la pràctica quotidiana, amb la finalitat de prevenir problemes de salut mental en un futur, ajudant als pares a millorar els estils d'aferrament amb els seus fills.

Com a conclusió, es determina que la teoria de l'aferrament és rellevant en el desenvolupament d'aquest tipus de trastorn, concloent que el problema del TDAH es relaciona amb un aferrament insegur. En el futur, s'hauria de seguir investigant amb altres models d'estudis per determinar la causa i no només la relació de variables. D'aquesta manera es podrien establir diversos aspectes innovadors en relació al tractament i a la prevenció d'aquest tipus de trastorn.

Paraules clau: TDAH, aferrament, prevalença, trastorn psicològic.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorders (ADHD) is one of the most prevalent disorders during childhood. The main objective of this Final Project is to check, through a literature review and using results from surveys, if the Attachment theory is related to the development of ADHD disorder.

This project tries to prove the importance of establishing a secure attachment to the individual according to this specific mental disorder.

In order to do so, a specific research on the Attachment in the first year and ADHD disorder has been done, taking also into account other related studies.

In 1958 Bowlby's Attachment theory of early bonding and the importance of the proper training for the development of the personality was published, and it soon spread all around the world. The establishment of the link is an essential factor for the survival of newborns, so they can have a good physical and mental health throughout their lives. Nursing professionals must inform the patients and involve measures to encourage an early stimulation of the parent-child relationship in order to prevent mental health problems in the future.

In conclusion, it is determined that the Attachment theory is relevant to the development of this type of disorder, concluding that the problem of ADHD is associated with insecure attachment. In the future, other types of essays should be investigated in order to determine the cause of the disease and not just a list of variables. In this way, innovative aspects related to this type of disorder could be established.

Key words: ADHD, attachment, prevalence, psychological disorder.

2. PRESENTACIÓ DEL TEMA I JUSTIFICACIÓ

L'estudi que es proposa realitzar compta amb una viabilitat adequada ja que compta amb el temps necessari per a executar la investigació, recursos financers, humans i materials.

El treball tractarà sobre una població de nens que presentin un trastorn de tipus TDAH. Aquest es defineix com un trastorn del neurodesenvolupament que afecta entre un 5-7% de la població infantil.¹ S'inicia en la infància i es caracteritza per dificultats per mantenir atenció, hiperactivitat, també pot anar acompanyat d'excés de moviment, impulsivitat i dificultats en el control dels impulsos.² A partir d'aquí, establim un vincle amb la qualitat de les relacions d'aferrament que varen rebre aquests nens dels seus progenitors durant la seva primera infància, l'aferrament, el tracte i el vincle que van establir pares-nadó, el procés d'alletament, si es varen satisfer correctament les seves necessitats, o bé si en alguns casos es tracta d'una predisposició genètica a desenvolupar certa patologia. En general, la transmissió entre famílies no segueix els clàssics patrons d'herència mendeliana sinó que hi ha múltiples factors que contribueixen a que s'expressi o no un trastorn psiquiàtric. Aquests factors inclouen l'entorn socio-emocional, variables ambientals, com les condicions gestacionals i psicosocials, variables biològiques, com les condicions mèdiques associades i factors genètics.³

Hi ha molts tipus de trastorns existents en la infància, però s'ha escollit el TDAH ja que és un dels més prevalents entre la població infantil.¹ També s'ha observat que aquest trastorn és més prevalent en nens que en nenes⁴, però s'escollirà una població mixta, ja que tot hi que hi hagin menys nenes amb aquest trastorn també se'n diagnostiquen.

La etiopatogènia exacta d'aquest trastorn és encara desconeguda, però un dels factors predisponents a desenvolupar-lo es vincula amb un factor desencadenant denominat àmbit familiar.⁵

Un dels estudis trobats és per l'autor Clarke al 2002 que va obtenir uns resultats en els que demostren una important associació entre el TDAH i l'aferrament.⁶

Per contrari, els autors Thapar, Langlely, Owen i O'Donovan que van dur a terme una investigació mitjançant estudi familiars, estudis realitzats en bessons i estudis d'adopció, sobre la influència del paper dels factors genètics; els estudis van estimar una heretabilitat mitja del TDAH del 76%.⁷

Caldrà analitzar particularment cada nen, la seva pròpia història i sentiments així com altres factors predisponents presents. Estudiar tots aquells nens que d'una forma o altre manifesten problemes derivats d'un vincle afectiu no establert adequadament en el seu moment, i ara aquest viu dins d'ells condicionant el seu comportament i el seu estat psíquic i psicològic.

No fan falta grans traumes per a que un nen pugui desenvolupar problemes de vinculació. Les llargues hores de treball de molts pares, els substituïts temporals, la guarderia en etapes anteriors als 2 anys, etc. no facilita que s'estableixin els temps i la qualitat de relació que molts nens necessiten.⁸

També poden influir-hi factors ambientals, la exposició intrauterina al tabac, la prematuritat, el baix pes al néixer, altres complicacions perinatals, antecedents de trastorns psiquiàtrics dels pares, procedir d'una classe social baixa i presentar gran adversitat psicosocial, la exposició a substàncies tòxiques, entre d'altres.⁸

He escollit aquest tema, perquè considero que realitzar aquest tipus d'estudi podrà tenir grans avantatges. A nivell de salut d'aquí a uns anys pot servir en l'estudi dels principals factors predisponents a desenvolupar la patologia del TDAH; podrà servir per conèixer més a fons aquest tipus de trastorn i evitar l'increment de l'aparició del trastorn en la infància fent una bona educació sanitària, el paper dels pares en el primer any de vida és fonamental per aconseguir uns resultats satisfactoris.

El que es pretén concloure en aquest estudi, és conèixer la importància que hi ha entre la relació pares-nadó, i les possibles conseqüències que pot provocar a la llarga, no satisfer correctament les necessitats del nadó, com ara que pugui arribar a desenvolupar aquest tipus de trastorn.

Hi han alguns estudis semblants realitzats. Un d'ells és l'estudi de Minnesota⁹ realitzat sobre una població d'adolescents, va posar en evidència que els fills de mares joves, d'escassos recursos econòmics, aïllades freqüentment i amb un aferrament insegur van mostrar menys relacions satisfactòries amb els seus iguals i major número de símptomes ansiosos, hiperactius i alteració en la conducta. Aquest resultat és coherent amb la idea de que l'aferrament segur actuaria com a protector, factor de resiliència, com a mitjà de seguretat per a l'adolescent.

2. OBJECTIUS DE TREBALL

2.1. OBJECTIU GENERAL

Conèixer la importància del concepte de l'aferrament entre pares-nadó, i la possible conseqüència de desenvolupar un trastorn de tipus TDAH que pot provocar no satisfer correctament les necessitats del nadó.

Hipòtesis: no proporcionar l'aferrament adequat en els primers mesos de vida en un nadó, té incidències en el seu desenvolupament psíquic, emocional i social posterior.

2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Esbrinar el paper de la relació pares-nadó com a factor predisponent.
- Conèixer la vinculació afectiva immediata després del naixement i la importància del seu correcte desenvolupament.
- Aproximar la situació actual de nens amb trastorn de TDAH del CAP de Terrassa.

3. MARC TEÒRIC

3.1. ANTECEDENTS

En el procés de construcció de la personalitat intervenen moltes variables estudiades profundament; la predisposició genètica, el temperament, la

família, la educació, el procés de socialització, l'ambient, els esdeveniments vitals i altres. Totes elles semblen entitats importants, però existeix una que es podria destacar juntament amb la predisposició genètica i són les primeres relacions que s'estableixen amb el cuidador principal.¹⁰

Al néixer ningú és capaç de regular les seves pròpies emocions. La relació més pròxima que s'estableix i permet aprendre a regular el sistema emocional és la vinculació afectiva o aferrament amb el cuidador més pròxim, que s'encarregarà de respondre a les senyals o reaccions emocionals. Això dependrà de la proximitat i seguretat aconseguida a través de la conducta de l'aferrament i per suposat de la disponibilitat del cuidador primari. Aquests llaços o vincles afectius que s'estableixen i perduren en el temps fan sentir a l'individu els primers sentiments positius (seguretat, afecte, confiança) i negatius (inseguretat, abandonament, por).¹¹

En el camp del desenvolupament infantil, l'aferrament es refereix a un vincle específic i especial que es forma entre el cuidador principal i el nadó. És una relació emocional perdurable; produeix seguretat, sacietat, consol, i plaer. La pèrdua o la amenaça d'aquesta persona, evoca una ansietat intensa al nadó. Una relació sòlida i saludable amb la mare, s'associa a una alta probabilitat de crear relacions saludables amb altres, mentre que un aferrament empobrit pot estar associat amb problemes emocionals i conductuals al llarg de la vida.¹¹

El primer en desenvolupar una teoria d'aferrament va ser John Bowlby va ser el primer psicòleg que va descobrir la importància de l'aferrament (1958)¹²; les seves teories encara segueixen vigents avui en dia. Bowlby va descobrir que era necessària una figura estable en els primers anys de vida per a un correcte desenvolupament cognitiu i emocional posterior.

El model proposat per Bowlby es basa en la existència de 4 sistemes de conducta relacionats entre sí: el sistema de conductes de l'aferrament, el sistema d'exploració, el sistema de por als estranys i el sistema de afiliació.¹²

3.2. AFERRAMENT I DESENVOLUPAMENT EMOCIONAL

La evolució emocional, especialment la del nen, inclou molts aspectes. Un dels més fonamentals és el de l'aprenentatge afectiu a partir de la observació de les relacions que es creen en el seu entorn familiar, en el que la mare es considera element clau de la seva vinculació afectiva. La creació d'aquests llaços relacionals afectius i intensos d'aferrament facilitarà, posteriorment una correcta integració del nen en el grup, ajudarà a construir relacions. Comunament s'ha associat l'estil d'aferrament amb l'expressió emocional i la regulació d'emocions. Sobretot en el que es refereix a una expressivitat emocional positiva i el desenvolupament de la empatia.¹¹

3.3. TIPUS D'AFERRAMENT

3.3.1. Aferrament segur

Les figures d'aferrament experimenten una preocupació sincera per la cura del seu nadó, i són capaces de reconèixer les seves necessitats i satisfer-les correctament, preocupant-se en les seves aparicions durant el seu desenvolupament evolutiu.¹³

Aquestes figures són receptives als estats d'ànims del nadó i responen davant d'ell de manera càlida i afectuosa. Davant del nadó assoleixen un rol de cuidador/facilitador de la seva autonomia; afavoreixen i cuiden el seu desenvolupament.¹³

Els nens cuidats amb aquest tipus d'aferrament mostraran un gran interès, gaudiran en la exploració, experimentaran mal estar i disgust davant les separacions de les seves figures d'aferrament, però aniran desenvolupant capacitats per regular el mal estar i trobar consol de forma autònoma. En el retrobament experimentaran benestar i per tant tindran cap a ells una resposta positiva. Mostraran desig i iniciativa a l'inici i manteniment del contacte amb aquestes figures. Es mantindran en equilibri entre la expressió d'afecte cap als seus cuidadors i la recerca de noves exploracions i aprenentatges.¹³

Aquests nens s'aniran convertint en adults independents que es sentiran segurs i bé en les relacions interpersonals. Seran persones que es sentiran

estimades i per tant segures per poder dedicar-se als demés, a aprendre, a descobrir, etc.¹³

3.3.2. Aferrament insegur-evitatiu

Les figures d'aferrament mostren conductes de rebuig i hostilitat davant la expressió del nadó de les seves necessitats.¹³

Els nens amb aquest tipus d'aferrament tindran present les seves figures d'aferrament, però per distanciar-se d'elles. Han après que si expressen les seves necessitats seran rebutjats, i això no els hi proporciona cap mena de seguretat.¹³

Es convertiran en adults que inhibeixen el desig de reconèixer els seus estats emocionals, i el de buscar recolzament amb els demés.¹³

3.3.3. Aferrament insegur-ansiós ambivalent

L'estat de la figura d'aferrament oscil·la entre insensible-sensible davant les necessitats del nadó. Quan la figura d'aferrament es troba feliç, animada o sent la apetència de relacionar-se amb el nadó es mostra sensible, afectuosa i competent reconeixent la necessitat exacta del seu bebè i la satisfà de manera afectiva i càlida. Però quan no és així, i no es sent amb ganes desatesa completament les necessitats d'aquest. Aquest canvi de conducta de la figura d'aferrament el nadó no és capaç de conèixer, ni de preveure.¹³

Aquesta ambivalència, aquesta inconsistència genera una gran angústia al nen d'obtenir la aproximació de l'altre.¹³

Aquests nens es convertiran en adults que, volent estar amb les seves persones estimades, a estones experimentaran que aquestes els molesten, arribant a sentir una ràbia molt forta produïda per una percepció desmesurada d'abandonament davant de conductes de separació normal. Tindran una hipersensibilitat davant les emocions negatives i expressions intensificades de patiment.¹³

Per tant, quan un nen no ha tingut la possibilitat d'establir un aferrament primari de qualitat en el curs del seu primer any de vida pot presentar sovint,

dèficits en el seu desenvolupament, en especial en l'àmbit dels seus comportaments socials i en el desenvolupament del seu aprenentatge.¹³

3.4. LA IMPORTÀNCIA DEL TACTE

Una part molt important de la comunicació del recent nascut amb els seus pares s'esdevé a través del tacte. Amb només tocar el seu fill, la mare és capaç de aconseguir que aquest passi del plor, de la por o de la alerta inquieta a estar tranquil i a sentir-se segur. És el poder de les carícies. Quan l'agafa en braços, nota aquesta pressió agradable, firma però afectiva, el calor de la seva mare, en definitiva, el seu amor, a través del contacte pell amb pell.¹⁴

Durant el contacte pell amb pell comença l'intercanvi emocional mare-fill: tacte, carícies, abraçades, sensació tàctil del bebè a la pell materna, olors, mirades, etc. Aquest major contacte físic augmenta la sensibilitat materna a les senyals del seu fill i la seva resposta. A més, les mares presenten un estat mental especial i son capaces de sentir i respondre a les senyals del seu nadó. Aquests factors són claus en el procés de vincle mare-nadó. La falta de vincle afectiu augmenta el gast cardíac i alenteix la adaptació metabòlica del recent nascut.¹⁴

El creixement del cervell es produeix principalment durant l'últim trimestre de l'embaràs i en els dos primers anys del nadó. Durant el primer any és quan les complexes connexions (sinapsis) arriben al seu nivell màxim. Les vivències emocionals, a partir del naixement seran claus per a un desenvolupament neurològic.¹⁴

3.5. LA LACTÀNCIA MATERNA

La lactància materna és la més recomanable; la composició d'aquesta permet l'adequat desenvolupament físic i neurològic del nadó i la que li confereix les defenses, ja que el recent nascut té unes defenses insuficients que el fan vulnerable a moltes infeccions i la llet materna li aporta agents antimicrobians. A més relaxa i els dona protecció als recent nascuts, estant als braços de la mare mentre mamen, perceben la seva escalfor (la mateixa que notaven al ventre matern), poden intercanviar sensacions i emocions agradables amb ella. La lactància materna no hi ha un horari de succió establert, sempre serà

a demanda, i això contribueix al seu benestar físic i emocional. Si té gana, el saciarà. Si necessita protecció, se sentirà a gust, segur. Si té fred, sentirà el calor corporal de la mare. Si està inquiet, es relaxarà succionant.¹⁴

Aprendre les senyals avançades del nadó que indiquen que necessita a la seva mare. La lactància materna influeix, sens dubte, en la criança.¹⁴

3.6. EL SON

El nadó que dorm juntament amb les seves figures d'aferrament aprenen els ritmes materns, i en conseqüència, la seva forma de dormir, s'assembla més a la de un adult, facilitant la autoregulació mútua, molt necessària per al creixement adequat del nadó.¹⁴

Els nens que han dormit cada dia al llit amb els seus pares aprenen per sí mateixos a dormir a base de fer-ho segurs i confiats. Quan estan preparats, madurs, demanen anar a dormir sols. Això sol passar a partir dels dos anys, depenent del nen. Després no reclamaran els símptomes del patiment de separació, i només reclamaran als seus pares quan es trobin malament.¹⁴

Afavoreix la adquisició d'un aferrament segur del nadó, forma part de la criança natural.¹⁴

3.7. TIPUS DE TRASTORNS INFANTILS

- Ansietat
- Depressió
- Bipolaritat
- **Dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)**
- Trastorns de la conducta
- Trastorn generalitzat del comportament
- Trastorns del llenguatge
- Trastorn de la parla
- Trastorn control d'esfínters
- Trastorn d'aprenentatge
- Trastorn alimentari

3.8. TDAH

El TDAH és un trastorn estudiat des de ja fa temps, als inicis del Segle XX va preocupar a especialistes metges, psicòlegs i pedagogs, degut a les greus conseqüències negatives que s'observaven en aquests nens i al seu entorn.¹⁵

Una de les característiques que crida més l'atenció són els successius canvis de nom que el trastorn ha patit al llarg dels anys. Des de 1994, es coneix amb el nom actual de TDAH. Defineix a un grup de persones que pateixen uns símptomes comuns, amb problemes amb el manteniment de la atenció, impulsivitat i hiperactivitat.¹⁵

Barkley (1997) va proposar un dels models cognitius més recolzats per les comunitats científiques, en el que es planteja com a símptoma principal del trastorn un dèficit en la inhibició conductual el qual general un dèficit en les funcions executives (memòria de treball, autoregulació de les emocions, internalització de la parla i la planificació).¹⁶

D'acord amb el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5), és un dels trastorns psicològics més freqüent en la infància, afecta aproximadament el 5% dels nens i nenes. I es retarda la edat d'aparició per al diagnòstic del TDAH, ara els símptomes solen parèixer abans dels 12 anys, en comptes d'abans dels 7 anys.¹⁷

La disfunció que causa el TDAH és degut a un desequilibri existent entre dos neurotransmissors cerebrals: la noradrenalina i la dopamina, que afecten directament a les àrees del cervell responsables del autocontrol i de la inhibició del comportament inadequat.¹⁸

El TDAH pot presentar-se de diferents formes:

- Comportament impulsiu i falta de control motor (impulsiu i hiperactiu)
- Problemes d'atenció i aprenentatge
- Combinat (apareixen símptomes d'impulsivitat i inatenció)¹⁸

Aquest trastorn moltes vegades ve associat a altres trastorns i/o problemes d'aprenentatge: trastorns en el llenguatge, baixa competència social, trastorns de conducta, trastorns d'afecte i d'ansietat, tics motors.¹⁸

Les intervencions psicològiques que han mostrar evidència científica sobre la seva eficàcia per el tractament del TDAH en nens es basen en els principis de la Teràpia Cognitiva Conductual.¹⁸

Els fàrmacs per al tractament del TDAH estan entre els més estudiats i segurs, sent molt eficaços per tractar els símptomes del TDAH en nens. Entre el 70 i 80% dels pacients responen de forma adequada al primer tractament utilitzat. Amb els fàrmacs disminueixen els símptomes del TDAH, millorant el rendiment escolar i el comportament del nen i les relacions; i al mateix temps faciliten l'efecte de les intervencions psicològiques i psicopedagògiques.¹⁹

Actualment, disposem en el nostre país de dos grups de medicaments indicats per al tractament del TDAH en nens i adolescents, els estimulants (metilfenidat) i els no estimulants (atomoxetina).¹⁹

Tot hi que s'ha trobat que l'estudi realitzat per Barkley en el que defensa la evidència clínica per sostenir que aquest trastorn és la via final de una vulnerabilitat biològica que interactua amb altres variables de tipus ambiental. La genètica, la neurotransmissió i la neuroimatge.¹⁶ S'han trobat més estudis en el que s'evidencia que els vincles de l'aferrament juguen un paper important en el desenvolupament del TDAH.

Un dels estudis realitzats per Roselló ha constatat una gran associació entre el TDAH i trastorns del vincle. Les relacions entre pares i fills amb TDAH solen ser de naturalesa conflictiva, ocasionats en gran mesura pels problemes de conducta del nen. Des de nadons aquests nens poden expressar un temperament difícil com a conseqüència de la seva simptomatologia mostrant-se menys complaents, més negatius i menys submisos que altre nens, qualitats que els fan més propensos a l'establiment d'estils de criaça més rígids o més permissius.²⁰

En quant a les característiques parenterals, segons Garcia i Ibañez s'ha observat que els pares manifesten major crítica cap als seus fill, menys acceptació i confiança, rebuig, dificultats en la comunicació, menys afecte i

recolzament matern i una menor sensibilitat cap a les necessitats del seu fill, així com una interpretació poc eficient de les seves senyals.²¹

Per altra banda, segons Cavallina els estils de criança caracteritzats per alts nivells d'estrés són de gran influència en la gravetat clínica del trastorn. Aquestes qualitats parenterals combinades amb les característiques del nen promouen la agudització de la simptomatologia i el deteriorament d'una base afectiva segura.²² En base a aquest últim punt, *Clarke* va estudiar la relació entre els patrons vinculats a l'aferrament i el TDAH utilitzant una mostra clínica de nens (entre 5 i 10 anys) i nens control. Els resultats demostren una important associació entre el TDAH i un patró vincular insegur en comparació amb el grup control. Observant-se una alta expressivitat emocional i forts efectes fora de control, consistent amb un estil vincular ansiós ambivalent o desorganitzat.⁶ *García i Ibañez* van dur a terme una mostra de nens amb TDAH (entre 6 i 8 anys), nens control i les seves respectives mares. Els resultats evidencien que els nens amb TDAH i les seves mares presenten un percentatge major en vincle insegur en relació a la comunitat no clínica. Observant-se en els nens un patró vincular ambivalent i desorganitzat, i en les mares un patró ansiós preocupat o evitatiu.²¹

De fet s'ha observat que el vincle segur en nens amb TDAH actua com un factor protector en l'agudització de la simptomatologia, millorant habilitats cognitives i afectives (com per exemple: la resolució dels problemes, major capacitat de simbolització i major regulació dels efectes).²¹

3.9. PREVALENÇA DELS TRASTORNS INFANTILS

Segons un estudi de la OMS²³ es calcula que la prevalença de trastorns psicològics i psiquiàtrics en la infància oscil·la entre el 10 i el 20% a Espanya.

- Els nens i nenes d'entre 0 i 5 anys tenen major incidència en trastorns de conducta i retards del desenvolupament i del llenguatge.
- Entre els 6 i 11 anys destaquen els trastorns de conducta i els trastorns d'aprenentatge, i el TDAH.

- Entre els 12 i 18 anys, els trastorns de conducta i els d'estat d'ànim.

En un estudi realitzat en població clínica per Aláez, Martínez-Arias i Rodríguez Sutil (2000) Partint de dades d'estudis realitzats sobre la prevalença dels trastorns infantils; s'han obtingut els següents resultats: en quant a la edat i tipus de diagnòstic s'ha trobat que entre els 0-5 anys posseeix la major incidència en trastorns de conducta amb un 22% de la població, seguit de trastorns de comunicació 11%, trastorns generalitzats del desenvolupament 11% d'eliminació 11% i de control de impulsos 11%. En el grup de 6-11 anys, els trastorns de conducta segueixen mantenint el major percentatge 22%, els trastorns d'eliminació 12% obtenen un percentatge semblant i a més apareixen nous diagnòstics de trastorns associats a la edat com el TDAH 19% i la ansietat 12%. Aquesta mateixa tendència es repeteix en el grup de 12-15 anys, sent els trastorns de conducta 22% els que major incidència tenen, seguits de la ansietat 21% que mostren un clar augment, els d'eliminació 10% i el TDAH 8%.²⁴

El primer estudi epidemiològic sobre el TDAH a Espanya es va realitzar a Sanlúcar la Mayor (Sevilla) al 1993 amb una mostra comunitària amb un rang d'edat que oscil·lava entre els 6 i 15 anys. L'instrument utilitzat va ser el qüestionari *CONNERS* (Conners 1969). Els resultats obtinguts van indicar una taxa de prevalença entre el 4 i el 6%. Actualment, un dels estudis més recents a Espanya és el que van dur a terme Jiménez Rodríguez, Camacho, Alfonso y Artiles (2012) a les illes Canaries amb una mostra comunitària de 2395 nens amb edats compreses entre els 6 i 12 anys. Els resultats van mostrar que la prevalença del TDAH era del 5%²⁵

Per tant, partint de diferents fonts científiques es pot concloure que el TDAH té una prevalença d'entre un 5%-10% a la infància.

També s'ha estudiat molt la relació existent entre el TDAH amb respecte el sexe, i pràcticament tots els estudis estan d'acord en que aquest trastorn té més prevalença en nens. Segons el DSM-IV-TR (APA, 2002) la proporció en mostres clíniques és de 9 a 1 i en mostres comunitàries de 4 a 1.⁴ Amb un

altre estudi també, realitzat per López Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina (2009) en una mostra clínica amb menors amb edats compreses entre els 6 i 11 anys van trobar una incidència total major del trastorn en nens (49%) que en nenes (34%)²⁶.

Segons els estudis epidemiològic realitzats en els últims 50 anys, la prevalença mundial d'aquests trastorns sembla estar augmentant. Hi han moltes explicacions possibles per aquest aparent increment de la prevalença, entre elles una major conscienciació, la ampliació de criteris diagnòstics, millors eines diagnòstiques i millor comunicació.³⁴

En els últims anys s'ha produït un increment del nombre de famílies amb dificultats econòmiques. El darrer trimestre de 2011 la taxa d'atur catalana va assolir el 20,5% de la població activa i es va triplicar respecte a l'any 2005. Durant el 2010, el 19,9% de la població catalana es va trobar en risc de pobresa. Aquesta situació ha provocat problemes d'ansietat i depressió, consum de alcohol i drogues, maltractaments, i això crea desatenció i negligència respecte els fills.²⁷

L'augment de l'atur i la precarietat laboral s'associa amb un augment de la pobresa, la restricció dels pressupostos per a les necessitats bàsiques de la vida diària, factors que influeixen en el desenvolupament cognitiu i emocional dels infants. Així com, l'empitjorament de les condicions de l'habitatge, o estar exposat a una nutrició desequilibrada i precària s'associa amb pitjors condicions de vida que poden augmentar el risc de patiment mental dels nens.²⁸

4. METODOLOGIA

S'ha dut a terme una recerca bibliogràfica sobre els tipus de trastorns existents, quins eren els trastorns més prevalents en la infància, l'aferrament entre pares-nadó i la influència de l'aferrament amb l'aparició del TDAH.

Les bases de dades utilitzades són Cuiden, Pubmed, Scielo, Google acadèmic. També s'ha consultat a llibres científics.

S'elaborarà una entrevista, i se'ls hi realitzarà a tots els pares de la nostra població de nens i nenes que presentin TDAH. Les preguntes de la entrevista es basaran amb la relació d'aferrament que van establir pares-nadó durant el primer any de vida. Se'ls entrevistarà de forma oberta, sostenint una conversació fluïda.

En aquest estudi d'investigació quantitativa, es respecta 100% la confidencialitat dels pacients. Si és precís se'ls hi demanarà un consentiment informat on se'ls indicarà les característiques i finalitats del Treball de Fi de Grau.

4.1. TIPUS DE DISSENY

Es tracta d'un estudi analític observacional transversal quantitatiu. Observacional ja que es limitarà a observar, mesurar i analitzar determinades variables, sense exercir un control directe de la intervenció.

Analític ja que s'avaluarà una presumpta relació causa-efecte.

Transversal ja que s'examinarà la relació entre una patologia i una sèrie de variables d'una població determinada i en un moment del temps.²⁹

4.2. ÀMBIT D'ESTUDI

Les dades de l'estudi s'obtidran a partir de històries clíniques del CAP Rambla de Terrassa.

El CAP Rambla de Terrassa està situat a una zona cèntrica de Terrassa consta d'un servei d'Urgències, un servei de Salut mental, un servei d'odontologia, una servei de Rehabilitació, un servei d'atenció comunitària i un servei de pediatria. Està obert al públic de manera interrompuda de 8h del matí a les 21h del vespre. Té una àrea de influència de 63.879 habitants. En la actualitat és una entitat que realitza activitat assistencial pública amb una gestió privada. Pertany a la XHUP (Xarxa Hospitalària d'utilització pública) concertat amb el Sistema català de salut (CatSalut).

Es pretén que l'estudi tingui una durada d'un any i mig.

S'agafarà una mostra de nens i nenes que presentin un trastorn de tipus TDAH.

4.3. POBLACIÓ I MOSTREIG

El Cap Rambla té una àrea de influència de 63.879 habitants. S'han obtingut dades de que a l'any una mitjana de 20 nens i nenes amb diagnòstic de TDAH d'entre 6 i 11 anys ambdós inclosos són atesos al Cap.

- població de referència: nens/nenes de 6 a 11 anys que siguin diagnosticats de TDAH del servei de pediatria del CAP Rambla de Terrassa.
- Població elegible: nens/nenes de 6 anys a 11 anys atesos pel servei de Pediatria del Cap Rambla de Terrassa durant l'any 2016 i que compleixin els criteris d'inclusió.
- Població d'estudi: nens/nenes de 6 anys a 11 anys atesos pel servei de Pediatria del Cap Rambla de Terrassa durant l'any 2016 seleccionats per l'estudi i que els seus tutors acceptin participar-hi.

El càlcul de la mida de la **mostra** per una població finita i coneguda, és segons Murray i Larry:

$$n = \frac{Z_{\sigma}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 \cdot (N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot p \cdot q}$$

n: mida mostral que volem aconseguir.

N: mida de la població amb diagnòstic de TDAH en un rang d'edat entre 6 i 11 anys, ambdós inclosos, que en aquest cas serien 18 nens i nenes.

Z: valor corresponent a la distribució de Gauss, = 1,96.

p: prevalença esperada del paràmetre a avaluar, en cas de desconèixer-ho (p=0,5), que fa major la mida mostral.

q= 1-p (si p=50%, q= 50%).

i = error que es preveu cometre. Aquest valor ha d'estar comprès entre 0,01 i 0,09; normalment en els estudis és del 5%, $i = 0.05$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 20 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2(20 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = \frac{19,208}{1,0079} = 19,05$$

Per tant, la mida de la mostra necessària serà $n = 19$. Ja que partim de una mitjana petita de 20 nens i nenes.

4.4. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

4.4.1. *Criteris d'inclusió*

- Nens/nenes d'edats entre 6 i 11 anys.
- Nens/nenes pares del quals hagin signat el consentiment informat.
- Nens/nenes que presentin un trastorn de tipus TDAH.
- Nens/nenes que siguin atesos al servei de Pediatria del Cap Rambla de Terrassa.

4.4.2. *Criteris d'exclusió*

- Pares de nens/nenes que no hagin signat el consentiment informat.
- Nens/nenes que tinguin més de 11 anys.
- Nens/nenes que tinguin menys de 6 anys.
- Nens/nenes que presentin qualsevol altre tipus de trastorn infantil que no sigui TDAH.
- Nens/nenes atesos a altres centres.

4.5. DESCRIPCIÓ DE VARIABLES

Taula 1: Descripció de variables

NOM	TIPUS	CATEGORIES	RECOPIIACIÓ
Sexe	Nominal	1. Home 2. Dona	Indirecta
Data de naixement	Ordinal	DD/MM/AA	Indirecta
Tipus de trastorn	Nominal	1. TDAH	Indirecta
Nivell del trastorn	Nominal	1. Greu 2. Moderat 3. Baix	Indirecta
Tipus d'aferrament	Nominal	1. Segur 2. Insegur Evitació 3. Insegur Ambivalent	Indirecta
Classe social	Nominal	1. Alta 2. Mitjana 3. Baixa	Indirecta
Estat de la mare	Categoritzada	1. <20 anys 2. 20-25 anys 3. 25-30 anys 4. > 30 anys	Indirecta

Font: elaboració pròpia

4.6. RECOLLIDA DE DADES

Es farà la recollida de dades a partir de 19 històries clíniques de nens/neses d'entre 6 i 11 anys que es visitin al CAP Rambla de Terrassa i que siguin diagnosticats de TDAH. S'accedirà a través del programa informàtic del CAP segons legislació vigent. També es farà una recollida de dades a partir d'enquestes realitzades a les mares de nens/neses de la mostra escollida, que hagin signat el consentiment informat.

* Annexe 12.1.

4.7. ANÀLISI DE LES DADES

Es realitzarà una informatització de les dades en una taula Excel, i s'aplicarà tècniques de depuració d'errors.

Es detallarà els procediments d'anàlisi estadística que s'utilitzarà per a cada un dels objectius.

4.8. CONSIDERACIONS ÈTIQUES I LEGALS

Es demanarà un consentiment informat voluntari i sense repercussions per a la salut, per als representants legals dels participants; que prèviament s'haurà portat davant el comitè de bioètica de la FUB.

La investigació es durà a terme en base a la Llei orgànica de protecció de dades del departament de justícia de la Generalitat de Catalunya³⁰ i segons el Real Decret del Govern d'Espanya.³¹

L'estudi es desenvoluparà en base als principis ètics recollits a la Declaració de Belmont i Helsinki.

L'informe **Belmont** és una declaració de principis ètics bàsics i directrius que es va fer vigent al 1974 a Estats Units. És un decret que ajudarà a resoldre els problemes ètics que acompanyen la execució de investigacions que inclouen subjectes humans els quals se'ls hi proporciona un consentiment informat voluntari per participar en la investigació. Els 3 aspectes fonamentals del consentiment informat són: la voluntarietat, la comprensió i la divulgació.³²

La Declaració de **Helsinki** va ser promulgada per la Associació Mèdica Mundial com un cos de principis ètics que han de guiar a la comunitat mèdica i a persones que es dediquen a la investigació amb sers humans. El principi bàsic és el respecte per l'individu, el seu dret a la autodeterminació i el dret a prendre decisions informades amb el consentiment informat.³³

Prèviament a la sol·licitud del consentiment informat és necessari sol·licitar l'autorització del estudi al comitè d'ètica d'investigació clínica de Catalunya.

Serà necessària la autorització dels centres on es durà a terme l'estudi, en aquest cas la autorització del Cap Rambla de Terrassa.

Totes les dades obtingudes seran custodiades per l'investigador principal, complint la legislació sobre la protecció de dades, tal hi com es reflexa a la Llei orgànica 15/1999 del 13 de Desembre.³⁴

* Consentiment Informat: Annexe 12.2.

* Consentiment Comitè d'Ètica de la FUB: Annexe 12.3.

4.9. PROCEDIMENT D'ESTUDI

1. Es parlarà amb el centre on es vol realitzar l'estudi, en aquest cas el Cap Rambla de Terrassa.
2. S'explicarà a la població d'estudi i als seus representants legals del motiu de l'estudi i es descriurà detalladament el qüestionari que s'utilitzarà per l'obtenció de les variables.
3. Es farà una recollida de dades a partir de les històries clíniques segons legislació vigent dels nens/nenes escollits per a la realització de l'estudi.
4. Es passarà el qüestionari estandarditzat al representants legals de la població escollida per a la completa recollida d'informació per a poder dur a terme l'estudi.
5. S'informatitzaran les dades en una taula Excel per a correcte valoració i conclusió dels resultats.
6. Es presentarà el projecte als professionals del CAP i als pares interessats.

5. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

A la hora de realitzar l'estudi es poden presentar limitacions de tipus ètic, com ara que ens trobem en el cas de que pares no vulguin firmar el consentiment.

Que hi hagi certa dificultat en la recerca de població de nens que presentin TDAH.

Que es trobin limitacions en la comunicació, com ara que els representant escollits no parlin l'idioma, o que hi hagin pacients que abandonin durant el transcurs de l'estudi.

Que es doni el cas d'un biaix en la informació obtinguda; que les dades recollides a través de les enquestes no corresponguin a la realitat. En principi sempre és present ja que no hi ha cap procediment de recollida d'informació 100% vàlid.

6. RECURSOS DE L'ESTUDI

L'estudi d'investigació precisa de recursos humans, materials i econòmics.

Com a recursos humans hi participarà l'investigador principal de l'estudi, la Infermera del CAP Rambla de Terrassa que proporcionarà les dades clíniques necessàries per poder dur a terme la investigació, i els nens/nenes dels quals els seus pares participin en l'estudi.

Com a recursos materials comprarem amb una inversió econòmica per poder-ho dur a terme. A continuació, es mostra la previsió dels gestos materials i econòmics per poder efectuar la investigació que es planteja.

El pressupost d'aquesta investigació és el següent:

Taula 2: Recursos materials i econòmics de l'estudi

DESCRIPCIÓ		COST UNITAT	QUANTITAT	COST TOTAL
MATERIAL INVENTARIABLE	Ordinador portàtil	500 eur	1	500 eur
	Impresora/escanejadora	80 eur	1	80 eur
	Disc dur extern	50 eur	1	50 eur
MATERIAL FUNGIBLE	Paquet de 500 folis	3.50 eur	1	3.50 eur
	Tinta per impresora	30 eur	2	60 eur
	Bolígrafs	0.23 eur	3	0.69 eur
	Carpetes	3.78 eur	2	7.56 eur
DESPLAÇAMENT	Gasolina	1.03 eur/l	60 l *	61.8 eur
ESTADÍSTIC		25 eur/h	5 h	125 eur
CONGRESSOS			2	300 eur
GASTOS IMPREVISTOS				300 eur
COST TOTAL				1.488,55 eur

Font: elaboració pròpia

7. APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS

Un cop finalitzat l'estudi es comprovarà si els resultats obtinguts són els desitjats en l'objectiu principal i en la hipòtesis d'aquest treball. També s'avaluaran els objectius específics esmentats. Així es sabrà si la intervenció i el qüestionari proposats són útils per al maneig i valoració del tipus d'aferrament rebut. En cas de que fos així es podria emplenar aquesta intervenció de manera estandarditzada per a fer Educació per a la Salut.

Aquest treball es centra en els pacients diagnosticats de TDAH, tot i així, si els resultats fossin beneficiosos, es podria extrapolar aquesta intervenció a altres tipus de trastorns infantils.

Basant-nos en la pròpia experiència, a partir de la recerca bibliogràfica realitzada es podria suposar que els resultats d'aquesta intervenció serien positius. D'aquesta manera, es podria millorar els programes d'educació per la salut, donar més èmfasis en la importància d'establir un aferrament segur en el nounat. A nivell d'Infermeria utilitzar nous instruments de valoració per el nivell de coneixements de professionals i usuaris basats en la evidència científica.

Els resultats que obtinguéssim d'aquest estudi possiblement no series extrapolables a aplicar a altres centres, ja que es tracta d'un estudi analític observacional transversal quantitatiu, i caldria aplicar aquest projecte partint d'una població més gran.

8. PLA DE DIFUSIÓ

Un cop finalitzat el treball, el nostre objectiu serà difondre els resultats a través de diferents vies: publicació a revistes d'Infermeria i difusió de resultats en congressos.

Les revistes les quals es pretindrà publicar els resultats seran classificades en funció de l'índex d'impacte que posseeixin segons dades del Journal Citation Reports, seleccionant primer les de major impacte.³⁵

En la següent taula es mostren les revistes seleccionades:

Taula 3: Pla de difusió

TÍTOL REVISTA	FACTOR D'IMPACTE
Journal of child Psychology and Psychiatry	6.459
International Journal of Nursing Studies	2.901
Journal of Pediatric Health Care	1.440
Nurse education today	1.364
Journal of Pediatric Nursing-Nursing Care of Children and Families	1.006

Font: elaboració pròpia a partir de ³⁵

Els resultats s'esperen també poder ser publicats a les revistes infermeres espanyoles amb major difusió entre els professionals infermers. Aquestes revistes s'agrupen en la següent taula:

Taula 4: Pla de difusió 2

TÍTOL REVISTA	CARACTERÍSTIQUES
Metas de enfermería	Realitza 10 publicacions anuals. El seu objectiu és conèixer l'estat actual de les pràctiques infermeres i facilitar la formació continuada dels professionals.
Index de enfermería	Publicacions trimestrals en les que s'inclouen investigació en promoció i cures de la salut.
Rol de enfermería	Es constitueix de 12 publicacions a l'any, incloent articles de totes les especialitats infermeres.

Font: elaboració pròpia a partir de ³⁶

Es preveu poder assistir i publicar els resultats en els següents congressos, un cop anunciades les dates de realització i el lloc:

- ECNP 2018 – 31th European College of Neuropsychopharmacology Congress. Del 6 al 10 d'Octubre de 2018 a Barcelona.³⁷
- Interpsiquis. XVIII congreso virtual Internacional de Psiquiatria.³⁸

9. CRONOGRAMA

ACTIV	SET 2016	OCT 2016	NOV 2016	DES 2016	JUL 2017	SET 2017	OCT 2017	NOV 2017	GEN 2018	FEB 2018	MARÇ 2018
Plantejament de l'estudi	x										
Recerca bibliogràfica	x	x	x	x							
Disseny estudi		x									
Autorització projecte				x							
Captació de la mostra					x						
Recollida de dades					x	x	x				
Depuració base de dades						x					
Anàlisi interpretació dades							x	x			
Informe								x			
Presentació resultats									x		
Pla de difusió i publicació										x	x

10. CONCLUSIONS

Com s'ha comprovat en aquesta revisió bibliogràfica, existeix evidència científica sobre els beneficis d'establir un aferrament segur durant el primer any de vida.

Seria oportú tenir en compte les dades trobades per seguir estudiant en futures investigacions la associació entre TDAH, aferrament i estils educatius. Per finalment, poder intervenir a nivell familiar mitjançant programes

d'entreteniment (específicament relacionats amb l'aferrament i els estils educatius) envers als pares i mares.

Aquest projecte a més de proporcionar una ampliació en els coneixements d'Infermeria dins de l'àmbit de la Pediatria, podria donar pas a noves línies d'investigació per constatar la importància d'establir un vincle segur durant el primer any de vida en el diagnòstic del TDAH. Així doncs, es pot concloure que aquest coneixement generat durant la realització de l'estudi intenta promoure la importància d'establir un vincle segur pares-nadó durant la infància més primerenca, i en conseqüència millorar l'estat de benestar emocional, psíquic i social dels infants.

11. BIBLIOGRAFIA

¹ Franco.C, Arango.C., "Prevalencia de Trastornos mentales en niños y adolescentes", Monografías de Psiquiatría, Vol. XVI, Nº 3, Julio-Septiembre 2004, Págs. 19-27

² Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgartle A, Brown J, Catalá MA, Comparison of Diagnostic Criteria for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a County-Wide Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2012 Mar [citad 2017 Abr 5];35(3):319–24. Disponible a:<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709634626>

³ Tomàs J. Influencias genéticas en los trastornos psiquiátricos infantiles. [citad 2017 Mar 30]; Disponible a:http://www.centrelondres94.com/files/Influenciasgeneticasenlostrastornospsiquiatricos infantiles_0.pdf

⁴ American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona, España: Masson.

⁵ National Institute of mental Health (NIH) [Internet]. [2011; citad 30 Mar 2017]. Disponible a: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>

⁶ Clarke, L., Ungerer, J., Johnson, S. y Stiefel, I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(200204), pp. 179–198.

⁷ Thapar, A., Langley, K., Owen, M.J. y O'Donovan, M.C. (2007). Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 37, 1681-1692.

- ⁸ Rygaard NP, Dantagnan M, Barudy J, Rojo E, Prat M. El niño abandonado : guía para el tratamiento de los trastornos del apego [Internet]. Gedisa; 2008 [citad 2017 Abr 3] Disponible a: <http://psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/trastornodelvinculo.php>
- ⁹ Atienza JD. Teoria del Apego i trastornos de conducta. [citad 2017 Mar 30]; Disponible a: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Teoria del apego y conducta antisocial.pdf>
- ¹⁰ Garrido-Rojas L. Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. Rev. Latinoam. Psicol [Internet]. 2006 [citad 30 Mar 2017]; 38(3): 493-507 Disponible a: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004
- ¹¹ Teoría del apego y psicoanálisis [Fonagy, P., 2001] [Internet]. [citad 2017 Abr 3]. Disponible a: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000539&a=-Teoria-del-apego-y-psicoanalisis>
- ¹² Bowlby J. El apego y la pérdida 3. La pérdida. Barcelona: Paidós, 2004
- ¹³ Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Dev Psychol 1992; 28: 759-775.
- ¹⁴ Adolfo Gómez Papí. El poder de las caricias. Vol 1. 2ª ed. Barcelona: Espasa; 2011.
- ¹⁵ El TDAH: antecedentes del TDAH [Internet]. [citad 2017 Abr 5]. Disponible a: http://eltdahapoyoenelaularegular.blogspot.com.es/2011/08/antecedentes-del-tdah_06.html
- ¹⁶ Barkley, R. A (1997). ADHD and the Nature of Self-Control. New York: The Guilford Press
- ¹⁷ TDAH: DSM-5 [Internet]. [citad 2017 Maig 15]. Disponible a: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diagnosticar-el-tdah-dsm-5.html>
- ¹⁸ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) | Enciclopedia Internacional Multilingüe de la Rehabilitación [Internet]. [citad 2017 Abr 5]. Disponible a: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/122/>
- ¹⁹ Tratamiento farmacológico en el TDAH [Internet]. [citad 2017 Abr 5]. Disponible a: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tratamiento-farmacologico-en-el-tdah.html>
- ²⁰ Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista de Neurología, 36(1), pp. 79-84. Disponible a: <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?i=e&id=2003046>

- ²¹ García Quiroga, M.e Ibáñez Fanes, M. (2007). Apego e hiperactividad: un estudio exploratorio del vinculo madre-hijo. *Terapia Psicológica*, 25(2), pp.123-134. Disponible a: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082007
- ²² Cavallina, C., Pazzagli, C., Ghiglieri, V. y Mazzeschi, C. (2015). Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: Enhancing the knowledge on parenting characteristics. *Frontiers in Psychology*, pp. 1-6. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26388816>
- ²³ Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. [citat 2017 Mar 30]; Disponible a: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- ²⁴ Aláez M.,Martínez-Arias, y Rodríguez-Sutil, C.(2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- ²⁵ Jiménez,J.E.,Rodríguez, C.,Camacho, J.,Afonso, M.,Artilles,C. (2012) Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *European Journal of Education and Psychology*.5. (1), 13-26.
- ²⁶ López-Soler,C., Castro-Sáez, M., Alcántara-López, M.V., Fernández-Fernández, V. y López Pina, J.A. (2009) Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema* .21(3), 353-358.
- ²⁷ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. [citat 2017 Abr 5]; Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossce_informe_salut/fitxers_estatics/informe_salut_2011.pdf
- ²⁸ Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. [citat 2017 Abr 5]; Disponible a : http://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=de4bb88b-3315-425f-b743
- ²⁹ Diseño tipos estudio [Internet]. [citat 2017 Mar 30]. Disponible a: <http://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm>
- ³⁰ Llei orgànica de protecció de dades de caràcter personal. [citat 2017 Abr 3]; Disponible a: <http://administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/lopdcop.pdf>
- ³¹ Seguridad Social:Normativa [Internet]. [citat 2017 Abr 5]. Disponible a: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/097419
- ³² Informe Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. Belmont report: Ethic principles and

rules for development research in humans. [citat 2017 Abr 3]; Disponible a: http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/informe_belmont_1978.pdf

³³ Declaración de Helsinki de la AMM. [citat 2017 Abr 3]; Disponible a: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fdevaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

³⁴ Protección de Datos de Carácter Personal. Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (13-12-1999).

³⁵ Open access journals with high impact factors [Internet]. [citat 2017 Abr 6]. Disponible a: <https://www.omicsonline.org/open-access-journals-impact>

³⁶ Revistas de enfermería [Internet]. [citat 2017 Abr 6]. Disponible a: http://www.scele.org/revist_enfermer.htm

³⁷ Congresos Psiquiatría - Psicología 2018 [Internet]. [citat 2017 Abr 6]. Disponible a: <http://congresos.net/psiquiatria-psicologia/2018/>

³⁸ Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría [Internet]. [citat 2017 Abr 6]. Disponible a: http://interpsiquis.com/crono_areas.php

³⁹ Plantilla - Test de Apego entre la Madre y el Hijo recién nacido [Internet]. [citat 2017 Abr 7]. Disponible a: <http://danalarcon.com/plantilla-test-de-apego-entre-la-madre-y-el-hijo/>

12. ANNEXES

12.1. ENQUESTA

TEST “LA RELACION DE APEGO ENTRE LA MADRE Y EL HIJO”³⁹

FECHA: _____ / _____ / _____

A continuación lea las siguientes declaraciones, de las cuales deberá elegir una alternativa, encerrando en un círculo la alternativa que más se asemeje a la relación existente entre usted y su hijo(a).

Para la obtención de los resultados correctos, se le ruega responder con la mayor sinceridad posible.

Nombre de la madre	
Edad de la madre	
Nombre del hijo(a)	
Edad del hijo(a)	
Número total de hijos	

Observaciones

Firma

Profesion

A.- ¿Ayudó a su hijo(a) cuando lo necesitava?

1. Si, siempre cuando me necesitava.
2. A veces, solo cuando era urgente.
3. Solo cuando no havia otra persona que pudiera ayudarlo(a).

B.- ¿Evitó dejar a su hijo(a) solo(a)?

- 1.- Si, porque me gustava estar cerca de él/ella.
- 2.- A veces, cuando me sentía cansada del cuidado de él/ella.
- 3.- No me complicava dejarlo solo(a).

C.- ¿Deseó el pronto crecimiento de su hijo(a)?

- 1.- No, porque quería disfrutar cada etapa de su crecimiento.

Firma

- 2.- A veces, cuando me agotaba de otorgarle sus cuidados.
- 3.- Si, porque demanda mucho tiempo y preocupación.

D.- ¿Le sonreía a su hijo(a)?

- 1.- Rara vez le sonreía.
- 2.- Sólo cuando había más personas presentes.
- 3.- Siempre que estaba con él/ella.

E.- ¿Comprendía lo que su hijo(a) necesitaba?

- 1.- No, porque no me podía comunicar con él/ella.
- 2.- Comprendía sólo algunas necesidades de él/ella.
- 3.- Si, porque una madre siempre sabe lo que su hijo necesita.

F.- ¿Cuando su hijo(a) se mostraba molesto o con “mañas”, usted se preocupaba de él/ella?

- 1.- Siempre porque es signo de que necesitaba algo.
- 2.- A veces, cuando tenía ánimo.
- 3.- No, lo dejaba sólo(a) hasta que se le pasara.

G.- ¿Destinaba el tiempo a mirar al bebé cuando lo alimentaba?

- 1.- Si, siempre que lo(a) alimentaba.
- 2.- Sólo cuando no había elementos distractores a mi alrededor.
- 3.- Sólo al momento de iniciar y terminar de amamantarlo.

H.- ¿Vigilaba a su hijo(a) mientras éste(a) dormía?

- 1.- si, estaba constantemente vigilando su sueño.
- 2.- sólo si escuchaba algún ruido.
- 3.- me desentendía de él/ella, hasta que se despertaba.

I.- ¿Sentía que usted era indispensable para el cuidado de su hijo(a), aunque estuviese al cuidado de otras personas?

- 1.- siempre porque yo soy su madre y tengo que cuidarlo y protegerlo.

- 2.- sólo si eran necesidades muy urgentes.
- 3.- no porque las otras personas lo(a) podían atender.

J.- ¿Era sobreprotectora con su hijo(a)?

- 1.- si, porque siempre me podía necesitar.
- 2.- me preocupaba de acuerdo a sus necesidades.
- 3.- no, porque no estaré siempre para cuidarlo.

K.- ¿Elogiaba a su hijo(a) frente a terceros?

- 1.- nunca, porque todos los bebés son iguales.
- 2.- sólo cuando había personas de confianza.
- 3.- siempre, para que los demás conocieran a mi hijo(a).

L.- ¿Le agotaba la constante vigilancia a su bebé?

- 1.- si, porque no podía realizar otras cosas.
- 2.- sólo cuando era muy demandante.
- 3.- no me agotaba.

M.- ¿Realizaba gestos con las manos a su bebé?

- 1.- rara vez realizaba gestos con las manos a mi hijo(a).
- 2.- sólo cuando había más personas presentes.
- 3.- siempre que estaba con él/ella.

N.- ¿Desarrollaba expresiones faciales diversas frente a su hijo(a)?

- 1.- siempre cuando estaba con él/ella.
- 2.- sólo cuando estaba de buen ánimo.
- 3.- no lo hacía, porque me sentía haciendo el ridículo.

Ñ.- ¿Le cantaba o tarareaba a su bebé?

- 1.- siempre cuando estaba con él/ella.
- 2.- sólo cuando estaba de buen ánimo.
- 3.- no lo hacía, porque sentía que estaba haciendo el ridículo.

O.- ¿Realizaba ruidos con la boca a su hijo(a)?

- 1.- si, porque sentía que era importante estimularlo.
- 2.- a veces, solo cuando estaba de ánimo.
- 3.- no lo hacía, porque sentía que estaba haciendo el ridículo.

P.- ¿Le hablaba de manera “infantil” a su hijo(a)?

- 1.- si, porque sentía que era importante estimularlo.
- 2.- a veces, sólo cuando estaba de ánimo.
- 3.- no lo hacía, porque sentía que estaba haciendo el ridículo.

Q.- ¿Usted besaba a su hijo(a)?

- 1.- siempre que estaba con él/ella.
- 2.- sólo cuando había más personas presentes.
- 3.- rara vez lo besaba.

R.- ¿Usted acariciaba a su hijo(a)?

- 1.- siempre que estaba con él/ella.
- 2.- sólo cuando había más personas presentes.
- 3.- rara vez lo acariciaba.

S.- ¿Se daba el tiempo para mecer a su bebé?

- 1.- si, me agradaba mecerlo cada vez que podía.
- 2.- sólo cuando el lloraba.
- 3.- no, sentía que era innecesario.

T.- ¿Repetía los gestos realizados por su hijo(a)?

- 1.- siempre que estaba con él/ella.
- 2.- sólo cuando estaba de buen ánimo.
- 3.- no lo hacía, porque sentía que estaba haciendo el ridículo.

U.- ¿Percibía que su hijo(a) la miraba a la cara directamente?

- 1.- si, siempre que me acercaba a él/ella.
- 2.- sólo cuando lo estimulaba (gestual, auditiva, visual, etc)
- 3.- casi siempre mi bebé desviaba su vista a otras cosas.

V.- Al momento de tener que alimentar a su bebé.

- 1.- era grato, porque sentía que era un vínculo especial con su hijo(a)
- 2.- era grato a veces, cuando no tenía cosas importantes que hacer.
- 3.- sólo cumplía con satisfacer su necesidad de alimentación.

W.- ¿Destinaba el tiempo para hablarle a su bebé?

- 1.- siempre que estaba con él/ella.
- 2.- sólo cuando estaba de buen ánimo.
- 3.- no sentía la necesidad de hablarle.

12.2. CONSENTIMENT INFORMAT

Consentiment informat per a participar en la investigació

Títol Trastorn de Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat associat amb l'aferrament

1. Informació sobre aquest document

Vostè és convidat a participar en l'estudi d'investigació que porta per títol

Trastorn de Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat associat amb l'aferrament

Aquest document li aporta informació important i necessària sobre aquest estudi.

És necessari fer-li saber que les investigacions en persones es porten a terme sota els principis següents:

1. Formar part de l'estudi és completament voluntari. Això significa que no ha de participar si no ho desitja.

2. Si decideix participar i en un futur canvia d'opinió, té dret a deixar l'estudi sense cap penalització.

2. Informació general sobre l'estudi i investigadors

2.1. Títol de l'estudi

Trastorn de Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat associat amb l'aferrament

2.2. Institució que participa en l'estudi:

Fundació Universitària del Bages

2.3. Nombre de l'investigador/a principal d'aquest estudi:

Anna Rosich Guitart

3. Objectiu de l'estudi

Conèixer la importància del concepte de l'aferrament entre pares-nadó, i la possible conseqüència que pot provocar no satisfer correctament les necessitats del nadó, la de provocar el desenvolupament d'un trastorn de tipus TDAH.

4. Informació sobre els participants

4.1. Qui pot participar en aquest estudi?

Nens/nenes d'edats entre 6 i 11 anys, que presentin un trastorn de tipus TDAH i que siguin atesos al servei de Pediatria del Cap Rambla de Terrassa.

5. Procediments de l'estudi

5.1. Quina classe de procediments se li realitzaran?

S'explicarà a la població d'estudi i als seus representants legals del motiu de l'estudi i es descriurà detalladament el qüestionari que s'utilitzarà per l'obtenció de les variables. Tot seguit, es farà una recollida de dades a partir de les històries clíniques segons legislació vigent dels nens/nenes escollits per a la realització de l'estudi. Un cop finalitzat aquest, es presentarà el projecte als professionals del CAP i als pares interessats.

5.2. Quant temps és necessari per a realitzar aquest estudi?

Un any i mig.

6. Informació sobre riscos i beneficis de l'estudi

6.1. Quins riscos corro si participo en aquest estudi?

La participació en aquest estudi és completament voluntària, sense cap mena de repercussió. Les dades obtingudes són estrictament informació confidencial.

6.2. Quins beneficis puc obtenir participant en aquest estudi? Poden altres persones beneficiar-se d'aquest estudi?

Participar en aquest estudi, ajudarà a obtenir resultats més sòlids i altres persones podran beneficiar-se, en millorar els programes d'educació per la salut fent èmfasis en la importància de l'aferrament per evitar problemes futurs.

7. Confidencialitat de dades

Les dades de les persones recollides en el present estudi seran manejades pel Comitè de Bioètica de la FUB. Aquestes dades estan sotmeses a la legislació vigent: *Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/ 1999, de 13 de diciembre* i *Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.

Els resultats es comunicaran en els mitjans habituals de difusió científica, incloent presentacions orals o en format pòster en Congressos, Jornades o altres reunions d'interès científic; publicacions tècniques i altres mitjans de divulgació professional, salvaguardant sempre la intimitat de la persona, tant pel que fa a les dades com a les imatges que s'obtinguin.

Si necessita més informació sobre aquest estudi, pot contactar amb l'investigador responsable, Anna Rosich al centre FUB . Tel. 659841201

Se li recorda que la seva participació en l'estudi és totalment voluntària.

8. Document de consentiment

Jo, _____ amb DNI _____ he llegit i comprès la informació anterior i les meves preguntes han sigut respostes de manera satisfactòria. He sigut informat i entenc que les dades obtingudes en l'estudi poden ser publicades o difoses amb fins científics.

Accepto participar en aquest estudi d'investigació i rebré una còpia firmada i datada d'aquest consentiment.

Data:

Telèfon del participant:

Firma del participant

Firma de l'investigador

12.3. COMITÈ D'ÈTICA DE LA FUB

COMITÈ D' ÈTICA DE RECERCA DE LA UNIVERSITAT DE VIC - UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

Dades de l'Investigador/a Principal o Responsable:

Nom i Cognoms: Anna Rosich Guitart		DNI/NIE: 47115635C
Departament: infermeria	Centre: FUB	
Càrrec: Estudiant		
Direcció: C/ Germans Castells nº6		
Telèfon: 659841201	Fax: -	e-mail: anna31rg@hotmail.com
Grup de recerca: Treball Fi de Grau	Investigador principal del grup: Anna Rosich	
Membres equip investigador:		

Projecte:

Títol Projecte	TDAH associat amb l'aferrament	
Durada	1 any i mig	
Convocatòria (1):	Any: 2018	
<i>(1) I+D, FIS, JA, Pla Propi, projecte UE, contracte directe amb empre: similar, altres.</i>		
Entitat finançadora:	Finançament sol·licitat:	

INFORMACIÓ SOBRE EL PROJECTE

1. Remetre el projecte complet en format pdf.¹
2. Adjuntar un resum del projecte en format pdf d'un màxim de 2 pàgines amb lletra arial 10pt que inclogui els següents aspectes:
 - Antecedents, justificació, hipòtesis i objectius.
 - Descripció de la mostra (especificar reclutament, mesura característiques, etc...) i de la metodologia.
 - Experiència del grup d' investigació. Indicar fins a 5 referències bibliogràfiques relacionades amb els antecedents del treball i el mètode, si escau, preferiblement del propi equip investigador.
 - Beneficis esperats.
 - Possibles efectes no desitjables o secundaris.
 - Explicar si existeix algun tipus de contraprestació i/o assegurança pels participants.
 - Aspectes ètics

I, quan s'escaigui, els documents necessaris referents a:

- Permisos o altres informes de les institucions involucrades.
- Informació sobre l'adequació de les instal·lacions i dels instruments requerits.
- Consentiment informat i fulls d'informació als participants (adjuntar el model a emplenar).
- Com es recull el dret explícit de la persona a retirar-se de l'estudi.
- Autoritzacions o informes perceptius d'altres institucions col·laboradores en l'estudi.
- Garanties de confidencialitat.

L'investigador/a principal confirma que aquest projecte compleix amb el *Codi Ètic* i amb el *Document de Bones Pràctiques en Recerca de la UVic-UCC* i garanteix que així serà durant tota la durada d'aquest.

*En cas de que no existeixin referències que avalin la metodologia, s'hauria d'incloure una descripció detallada del procediment experimental a seguir.

Signatures

Noms i cognoms de l'IP
Centre **Data:** _____

Vist- i- Plau del Responsable de Recerca del

Enviar a la Secretaria del CER, cer@uvic-ucc.cat

¹ En l'estat d'elaboració en el moment de presentar la sol·licitud.
