

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria Junio 2020

Impacto de la pandemia COVID-19 en niños/as y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y desarrollo típico

Impact of the COVID-19 pandemic in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and typical development

Autora: Gloria Bejarano Alcántara

Tutora: María del Pilar Flores Cubos

Cotutora: María Rosa Cánovas López

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia, con una prevalencia a nivel mundial de entre un 5% y 7 % en la población escolar. Se caracteriza por un déficit de atención, una excesiva actividad motora y un patrón elevado de impulsividad.

El objetivo principal de esta investigación es conocer el impacto del confinamiento por COVID-19 en niños/as y adolescentes de 6 a 18 años, con TDAH y desarrollo típico, y sus familias a través de las escalas estandarizadas ADHD Rating Scale (ADHD-RS-IV) y Escala de Estrés Percibido (PSS-14).

Las comparaciones entre grupos e intra-grupo en función del momento temporal realizadas a través de estas escalas, han puesto de manifiesto diferencias estadísticamente significativas que apoyan la hipótesis de que la situación de confinamiento tiene un impacto en la infancia y adolescencia. Contrariamente a nuestras hipótesis, no encontramos un agravamiento de los síntomas de inatención en los niños/as con TDAH ni un mayor nivel de estrés percibido en sus padres debido a la situación de confinamiento; aunque sí se ha producido un incremento en los síntomas de hiperactividad e impulsividad. Por el contrario, los resultados indican que en los niños de desarrollo típico se produce un incremento de inatención, de hiperactividad e impulsividad, y de estrés durante el confinamiento.

Los resultados de este estudio permiten plantear nuevas líneas de investigación sobre la demanda de recursos atencionales antes y durante el confinamiento de niños/as con TDAH y sobre el papel del estrés diario en la crianza de los hijos como un factor que permite mitigar las consecuencias negativas en situaciones como la pandemia COVID-19.

Palabras clave: Trastornos del neurodesarrollo, TDAH, niños, adolescentes, pandemia, COVID-19, confinamiento.

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in childhood with a worldwide estimated prevalence between 5% and 7% in the school population. It is characterized by an attention deficit, excessive motor activity and a high impulsive pattern.

This research aims to know the impact of isolation due to COVID-19 in children and adolescents from 6 to 18 years old, with ADHD and typical development, and their families through the use of standardized scales ADHD Rating Scale (ADHD- RS-IV) and Perceived Stress Scale (PSS-14).

The comparisons between groups and intra-group based on the temporal moment applying these scales have revealed statistically significant differences that support the hypothesis that confinement has an impact on childhood and adolescence. Contrary to our hypotheses, we did not find that ADHD children and their parents suffer an increase in inattention symptoms or a higher level of stress due to the confinement situation, although they do present an increase in hyperactivity and impulsivity symptoms. On the contrary, the results indicate that in typical development children there is an increase in inattention, hyperactivity and impulsivity levels, and stress during confinement.

The results of this study allow us to propose new lines of research on the demand for attention resources before and during the confinement of children with ADHD and the role of daily stress in parenting as a factor that allows mitigating the negative consequences in situations such as the COVID-19 pandemic.

Key words: *Neurodevelopmental Disorders, ADHD, children, adolescents, pandemic, COVID-19, confinement.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	pág. 5
1.1.Definición de pandemia y situación actual en España.....	pág. 5
1.2.Impacto psicosocial de las pandemias.....	pág. 6
1.3.Impacto psicosocial de las pandemias en la infancia y adolescencia.....	pág. 7
1.4.Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	pág. 8
1.5.Impacto de la pandemia en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	pág. 10
1.6.Objetivo del presente estudio.....	pág. 11
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	pág. 11
2.1.Participantes.....	pág. 11
2.2.Instrumentos.....	pág. 12
2.3.Procedimiento.....	pág. 14
2.4.Análisis de los datos.....	pág. 14
3. RESULTADOS.....	pág. 15
3.1.Comparación demográfica.....	pág. 15
3.2.ADHD Rating Scale (ADHD-RS-IV).....	pág. 15
3.3.Escala de Estrés Percibido (PSS-14).....	pág. 18
4. DISCUSIÓN.....	pág. 20
5. CONCLUSIONES.....	pág. 23
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	pág. 23
7. BIBLIOGRAFÍA.....	pág. 24
Anexo I. ADHD Rating Scale (ADHD-RS-IV).....	pág. 28
Anexo II. Escala de Estrés percibido (PSS-14).....	pág. 30
Anexo III. Informe de originalidad Turnitin.....	pág. 31

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Definición de pandemia y situación actual en España.

La Organización mundial de la Salud (OMS) llama pandemias a las propagaciones mundiales de una nueva enfermedad. Se definen, como emergencias sanitarias de gran impacto, en las que se ve amenazada la vida de muchas personas pudiendo derivar en un número significativo de enfermos y muertos. Por lo general, en dichas situaciones quedan amenazadas la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad y el temor al contagio puede agravar la situación existente (OMS, 2016).

La pandemia más recientemente declarada es la provocada por el coronavirus o COVID-19. Para afrontar la situación de emergencia sanitaria, el Gobierno español aprobó el 14 de marzo de 2020 en todo el territorio nacional el **estado de alarma**. En un estado de alarma se aplican una serie de medidas para la protección de la sociedad ante el riesgo, en este caso, de una crisis sanitaria. Para reducir los contagios por COVID-19 en España se adoptaron medidas entre las que destaca el confinamiento, que continúa vigente en la actualidad en fase de desescalada (Campmany, 2020). El **confinamiento** es una medida extraordinaria y de emergencia tomada por el gobierno de un territorio por la que se decreta el cierre de establecimientos de ocio, turísticos, culturales y en la que se restringen los desplazamientos de la población de la zona confinada a movimientos de carácter laboral, asistencial, emergencia o aprovisionamientos de comida o productos farmacéuticos (González & Regué, 2020). Además, entre las medidas decretadas, tal y como viene recogido en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, se adoptó la suspensión de la actividad educativa presencial en todos los centros y etapas, ciclos, grados, cursos y niveles incluida la enseñanza universitaria, así como cualquier otra actividad educativa o de formación impartida en centros públicos o privados, manteniéndose únicamente las actividades educativas a través de las modalidades a distancia y “on line”, siempre que resultase posible. En cuanto a las medidas de contención en el ámbito de la actividad comercial, se priorizó el trabajo a distancia o teletrabajo, además de la suspensión de apertura al público de locales, establecimientos minoristas y establecimientos comerciales entre otros. (Gobierno de España, 2020). Para los menores de 14 años, las medidas de confinamiento tuvieron una duración de 41 días ya que a partir del 26 de abril, la población infantil pudo desplazarse fuera del domicilio atendiendo a una franja horaria y unas condiciones establecidas (orden SND/370/2020).

Para las personas de 14 años en adelante, tuvo una duración de 48 días, ya que desde el 2 de mayo pudieron realizar actividad física no profesional al aire libre durante la vigencia del estado de alarma (orden SND/380/2020).

1.2. Impacto psicosocial de las pandemias.

Al igual que en otras emergencias humanitarias, **el impacto psicosocial** de una pandemia puede exceder la capacidad de respuesta de la población afectada. En estas situaciones, se produce un incremento de la incidencia de trastornos mentales y manifestaciones emocionales, de acuerdo a la magnitud de la pandemia y el grado de vulnerabilidad de la población. Sin embargo, no todas las condiciones mentales que se presenten podrán calificarse como enfermedades; muchas serán reacciones normales ante una situación anormal (Geneva, 2015).

Muchos de los problemas que afligen a las personas en situaciones de pandemia tienen su origen en el miedo en sus múltiples expresiones. Estudios realizados han identificado que hasta más del 80% de las personas, en circunstancias de cercanía o evidente peligro, expresan manifestaciones sintomáticas de angustia e incluso pánico (Organización Panamericana de la salud, 2016). En esta línea, se ha reportado que el efecto de la cuarentena prolongada podría desencadenar problemas psicológicos relacionados con ansiedad, miedo, ataques de pánico, estrés postraumático, angustia psicológica, tendencias depresivas, trastornos del sueño, y preocupación por la exposición al contagio a amigos y familiares, así como problemas relacionados con el aislamiento social generalizado, el estigma y tendencias suicidas (Rana, Mukhtar & Mukhtar, 2020). Estos efectos estarían motivados por el cambio drástico en los hábitos, el consumo, las condiciones laborales y económicas, y las relaciones familiares y sociales que ha supuesto el COVID-19 (Aguilar, 2020). Sin lugar a duda, esta situación está creando desafíos sin precedentes para toda la sociedad.

Estudios dirigidos a analizar los efectos psicológicos y conductuales que ocasionan los brotes de enfermedades infecciosas han destacado el insomnio, la ansiedad, el miedo a la enfermedad o el deseo de aumentar el consumo de alcohol y tabaco, como las respuestas más comunes. Además, los **niños y adolescentes** pueden experimentar regresión, aislamiento social o comportamientos agresivos (Morganstein, 2020).

En cuanto al **grado de vulnerabilidad de la población**, el riesgo psicosocial se define como la probabilidad de que un evento traumático exceda un valor específico de daños, en términos sociales y de salud mental. Es el producto de la interacción entre las condiciones externas (amenaza) e internas (vulnerabilidad), al que se pueden sumar otros riesgos ambientales, sanitarios, o económicos (Peters, 2002).

En el escenario actual, la pandemia (amenaza por microorganismos circulantes) es el factor externo que representa la potencial ocurrencia de la enfermedad en un gran número de personas. La **vulnerabilidad** es la condición interna de un sujeto o grupo expuesto a una amenaza epidémica, que corresponde a su disposición intrínseca para ser dañado; por ejemplo, en el orden biológico, el estado del sistema inmunológico o los problemas de salud mental, en el orden psicológico. En tiempos de pandemia los niños y adolescentes son especialmente vulnerables, ya que los entornos en los que viven y se desarrollan se ven alterados (Alianza para la protección de la niñez y adolescencia en la acción humanitaria, 2019).

1.3. Impacto psicosocial de las pandemias en la infancia y adolescencia.

El cierre escolar prolongado y el confinamiento en el hogar durante un brote de enfermedad, pueden tener efectos negativos en la salud física y mental de los menores. La evidencia sugiere que cuando los niños y niñas no asisten a la escuela (por ejemplo, fines de semana y vacaciones de verano), son físicamente menos activos, dedican mucho más tiempo frente a las pantallas, y muestran patrones de sueño irregulares y dietas menos equilibradas, lo que resulta en un aumento de peso y una pérdida en el estado cardiorrespiratorio (Brazendale, Beets & Weaver 2017). Es probable que tales efectos negativos en la salud sean mucho peores cuando los menores están confinados en sus hogares sin actividades al aire libre e interacción con amigos de la misma edad.

Un tema más importante pero fácil de descuidar es **el impacto psicológico en niños/as y adolescentes de la situación de confinamiento**. Factores estresantes como la duración prolongada, el miedo a la infección, la frustración y el aburrimiento, la información inadecuada, la falta de contacto presencial con compañeros de clase, amigos y maestros, la falta de espacio personal en el hogar y la pérdida financiera familiar pueden tener efectos aún más problemáticos y duraderos (Brooks, Webster & Smith, 2020).

Sprang y Silman (2013) llevaron a cabo un estudio para investigar las respuestas psicosociales de los niños y sus padres a los desastres pandémicos, midiendo específicamente las respuestas al estrés traumático en niños y padres con diferentes experiencias de contención de enfermedades. Estos autores demostraron que el grupo que había vivido la exposición obtuvo puntuaciones cuatro veces más altas.

Además, la interacción entre los cambios en el estilo de vida y el estrés psicosocial causado por el confinamiento en el hogar agravaría aún más los efectos perjudiciales en la salud física y mental de los menores, lo que podría causar un círculo vicioso (Leung, Lam & Cheng, 2020).

1.4.Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia (American Academy of Pediatrics, 2000) cuya prevalencia, a nivel mundial, se estima entre el 5% y 7 % en la población escolar (APA, 2013; De la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillan, 2013). Se inicia de forma temprana en la infancia persistiendo hasta la etapa adulta (Quintero, Loro, Jiménez & García, 2011). Tiene un impacto negativo en una amplia gama de aspectos, incluida la capacidad de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la autoestima y las emociones (Lecendreux et al., 2011; Vélez-van-Meerbeke et al., 2013; Wang et al., 2017).

La **sinomatología central** del TDAH se organiza en dos dimensiones: el déficit de atención y la impulsividad/hiperactividad (APA, 2013). La primera dimensión se centra en las alteraciones en el mantenimiento de la atención para realizar actividades académicas o lúdicas; mientras que la segunda dimensión hace referencia a una abundancia de movimientos sin un fin determinado y un comportamiento irreflexivo, en otras palabras, una excesiva actividad motora y un patrón elevado de impulsividad (Barkley, 2011). Estos síntomas hacen que sea frecuente encontrar un alto número de pacientes con TDAH con una historia de fracaso escolar, que refieren haber tenido conflictos en la convivencia escolar o que presentan un bajo estatus socioeconómico, bien por desempeñar trabajos de baja cualificación (53%) o por encontrarse desempleados (47%) (Sucedá, Albores, Capece, & Landeros, 2007; Sucedá, 2014; Taylor & Sonuga-Barke, 2008).

El **diagnóstico** del TDAH y sus subtipos se realiza en base al sistema categorial de clasificación diagnóstico DSM-V, algo que no está exento de críticas. Quizás la crítica más común al enfoque DSM para la clasificación de los trastornos en general (Krueger et al. 2005) y para clasificar específicamente a los niños y adolescentes (Hudziak et al. 2008), es su foco en colocar a los individuos en categorías discretas al hacer los diagnósticos. Este enfoque categórico ignora los hallazgos consistentes de que los síntomas de muchos trastornos forman una dimensión continua en lugar de un taxón discreto (Marcus & Barry 2011). Además, la dependencia de los diagnósticos categóricos ignora el hecho de que entre las personas con trastornos a menudo hay claras variaciones en la gravedad (DeShazo-Barry et al., 2002) y que las personas que se encuentran por debajo del umbral de un trastorno aún pueden tener niveles de síntomas clínicamente perjudiciales (Lewinsohn et al., 2004).

En esta línea, los tres **subtipos** de TDAH (TDAH combinado, TDAH inatento sin hiperactividad/impulsividad, TDAH con hiperactividad/impulsividad sin inatención), determinados por el DSM-V, han sido reportados por diferentes estudios como muy inestables a lo largo del tiempo (Lahey et al., 2005; Todd et al. 2008). Por ejemplo, los niños normalmente se vuelven menos hiperactivos a medida que se desarrollan, por lo que la continuidad heterotípica debería permitir cierta transición del tipo combinado al TDAH inatento o solo con impulsividad/hiperactividad (Willcutt et al., 2011)

Además, los problemas con la falta de atención y los problemas ejecutivos deberían volverse más evidentes con la edad, ya que las demandas cognitivas aumentan constantemente en los niños y finalmente superan las capacidades de los niños que están rezagados en su desarrollo del funcionamiento o el control atencional (Frick & Nigg, 2012). Una de las opciones que se barajan para solucionar este problema es la eliminación de los subtipos (Shannon et al., 2011) mediante una aproximación dimensional al trastorno.

La **etiología** del TDAH ha sido descrita como multicausal, no existiendo en la actualidad consenso científico que permita explicar con contundencia los factores causales de este complejo cuadro clínico (Servera, 2005). Hay autores que niegan su existencia como trastorno de origen biológico, considerando que la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad pueden ser consecuencias de problemas psicológicos tales como la depresión, la ansiedad, o bien, de algún evento traumático, como la

separación de los padres, celos frente al nacimiento de un hermano, o bullying, entre otros (Puddu et al., 2017). En el otro extremo se encuentran investigadores que sostienen que es una patología de origen genético con una alta heredabilidad (80%) (Faraone & Doyle, 2001). La explicación más plausible parece ser una compleja interacción entre ambos factores ambientales y biológicos. (Sabari, Carbonell, Hechavarría & Caridad, 2016).

1.5. Impacto de la pandemia en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Los niños y adolescentes con **TDAH son especialmente vulnerables a la situación de confinamiento**. El cierre de los centros escolares, así como de los centros de neurorehabilitación, motivado por el estado de alarma, aumenta el riesgo de pérdida de la rutina diaria y falta de interacción interpersonal y social en este grupo, suponiendo estos factores de riesgo potenciales para la aparición de nuevos problemas de salud mental y/o el empeoramiento de los síntomas previos del TDAH (Patel et al., 2017; Subcomité de Déficit de Atención/Hiperactividad et al., 2011). Todo esto unido a la falta de posibilidades de realizar actividad física, tan necesaria para este grupo (López, López & Días, 2015)

La situación de confinamiento supone además un cambio en la dinámica familiar en la que los padres se han visto obligados a asumir la responsabilidad educativa de sus hijos. En el caso de los alumnos con TDAH esto puede ser aún más complejo, ya que estos alumnos precisan una adaptación de los contenidos y de las metodologías de aprendizaje, careciendo la mayoría de las familias de los conocimientos y recursos necesarios para afrontar esta cuestión, a la que se une el manejo de todos los problemas emocionales y de comportamiento de los menores las 24 horas, los 7 días de la semana. Este cambio en la dinámica familiar y la falta de herramientas para gestionar la nueva situación pueden exacerbar aún más el malestar psicológico de los niños/as y empeorar sus problemas de comportamiento (Zhang et al, 2020).

Actualmente, se desconoce la respuesta emocional que pueden tener los niños con TDAH y sus familias frente al confinamiento al tratarse de una situación sin precedentes en la historia. Conocer la respuesta emocional y todos los cambios que puedan haber surgido en el contexto personal y familiar, así como en el estilo de vida, permitirá preparar acciones de intervención eficaces durante la desescalada.

1.6. Objetivo del presente estudio.

El **objetivo principal** de esta investigación es conocer el impacto del confinamiento por COVID-19 en niños/as y adolescentes, con TDAH y desarrollo típico, y sus familias.

Conocer estos efectos es importante para realizar una evaluación rápida de las necesidades psicosociales que sirva de base a las actuaciones y diseño de políticas sanitarias, planes de salud mental y programas de atención médica para población infantil. También para la elaboración de guías para padres y cuidadores para ayudar a las familias a enfrentar la enfermedad en los tres momentos de la pandemia, antes, durante y después y para mitigar las consecuencias del confinamiento en el hogar.

Además, los resultados son importantes para el sistema educativo en orden a poder establecer una adecuada respuesta educativa que permita adaptar la presentación de los contenidos y realizar un seguimiento individual adecuado por parte de todo el equipo educativo para ajustarse a las necesidades particulares que puedan derivar de estas condiciones especiales.

Así, el gobierno, las organizaciones no gubernamentales (ONG), la comunidad, la escuela y los padres podrían ser más conscientes de las desventajas de la situación, lo que posibilitaría abordar estos problemas con mayor efectividad, evitando cualquier consecuencia a medio/largo plazo en los menores.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. Participantes.

La muestra objeto de estudio está compuesta por 148 niños y niñas entre 6 y 18 años. El grupo experimental estuvo formado por 69 niños/as con diagnóstico de TDAH y el grupo control por 79 niños/as de desarrollo típico (ver Tabla 1).

	TDAH (n=69)	Controles (n=79)
Edad	11,99 (\pm ,417)	11,44(\pm ,404)
Género (hombre/mujer)	54/15	32/47
Tratamiento Farmacológico		
Antes del confinamiento	53 (76,81%)	

Durante el confinamiento	44 (63,77%)	
Tratamiento Psicológico		
Antes del confinamiento	66 (95,65%)	8 (10,13%)
Durante el confinamiento	30 (43,48%)	3 (3,8%)

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de la muestra. Media y error estándar de la media en la variable Edad. Número y porcentaje de participantes por sexo, tratamiento farmacológico y/o psicológico.

Todos los sujetos fueron reclutados por medio de un Formulario de Google que fue difundido a través de la aplicación de mensajería WhatsApp, correo electrónico y distintas redes sociales.

Para la difusión se contactó con comunidades de todo el territorio nacional, incluyendo asociaciones y fundaciones de TDAH, grupos de investigación, y, en Almería, con población vinculada al Instituto de Neurorehabilitación infantil InPaula y a la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil del Hospital Universitario Torrecárdenas.

Por otro lado, para ambos grupos se registró la asistencia a terapia psicológica y la presencia de tratamiento farmacológico antes y durante el confinamiento (ver Tabla 1). En el caso de los controles, los casos que reciben atención psicológica lo hacen para aprender técnicas de estudio o por dificultades sociales o emocionales no relacionadas con dificultades cognitivas.

2.2. Instrumentos.

El Formulario de Google estaba compuesto por varias secciones de preguntas para recoger información sobre aspectos clínicos y sociodemográficos, la presencia y severidad de la sintomatología del TDAH, y el estrés percibido por los padres, tanto antes como durante el mes de confinamiento. La sección clínica y sociodemográfica estaba compuesta por preguntas no estandarizadas relacionadas con la edad, sexo, curso escolar, y estado de salud de los menores, incluyendo cualquier proceso diagnóstico y de tratamiento. Las secciones de sintomatología y de estrés estaban compuestas por las escalas estandarizadas ADHD Rating Scale (ADHD-RS-IV) y Escala de Estrés Percibido (PSS), respectivamente, que se administraron para que fueran contestadas en relación a la situación del niño y del estrés percibido por los padres antes y durante el confinamiento.

ADHD Rating Scale (ADHD-RS-IV)

La ADHD Rating Scale IV (ADHD-RS-IV) es una escala de 18 ítems para la valoración de los síntomas de atención, la hiperactividad e impulsividad del TDAH (Ramos & Pérez-Salas, 2016) (ver Anexo I). Esta escala cuenta con versiones independientes para padres y profesores, permitiendo una administración tanto individual como colectiva. Cada ítem describe el comportamiento específico exhibido por el niño en el contexto que cada uno de ellos puede observar (en la casa para los padres y en la escuela para los profesores) durante los últimos 6 meses o desde el inicio del curso escolar si el profesor ha conocido al niño desde hace menos de 6 meses (Ortiz, Carbones, Riera & Ezpeleta, 2008). En este estudio, solo se administró la versión para padres. Se trata de una escala tipo Likert en la que cada ítem se califica de 0 a 3 puntos (nunca/rara vez, algunas veces, con frecuencia, con mucha frecuencia). La puntuación total se calcula como la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los 18 ítems. Además de la puntuación total, se obtiene la puntuación en dos subescalas de Inatención (IA) e Hiperactividad-Impulsividad (H-I), cada una compuesta por 9 ítems (Valdivieso et al, 2019; Ortiz, Carbones, Riera & Ezpeleta, 2008). La dimensión déficit de atención evalúa aspectos cognitivos relacionados con el proceso atencional, mientras que la dimensión hiperactividad/impulsividad, evalúa aspectos conductuales involucrados en la regulación del comportamiento.

Tiene una duración aproximada de 8 y 10 minutos (incluyendo aplicación y corrección) (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998).

Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

La Escala de Estrés Percibido (PSS-14) es una de las más utilizadas para medir el grado en que las situaciones de vida son percibidas como estresantes (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) (ver Anexo II). Concretamente, evalúa el grado de control subjetivo sobre las situaciones impredecibles o inesperadas y el malestar que acompaña a la falta de control percibido (Remor, 2001). El estrés percibido sirve como indicador de una respuesta global que impacta de forma negativa en la salud en la medida en que esta respuesta es más intensa y sostenida en el tiempo (Cohen, Janicki, & Miller, 2007).

Esta escala está conformada por 14 ítems que incluyen preguntas directas sobre los niveles de estrés experimentados en el último mes, su tiempo aproximado de

aplicación es de 8-10 minutos. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 5 alternativas, con un rango de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo) (Torres y cols., 2015).

La escala puntúa de 0 a 56. Las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido. La escala PSS-14 ha demostrado ser fiable y válida para evaluar el estrés en diversas poblaciones: mujeres, hombres, estudiantes, inmigrantes, pacientes cardiopatas, hemofílicos, renales, con enfermedades de la piel o con VIH positivo (Torres y cols., 2015).

2.3.Procedimiento.

Se elaboró un Formulario de Google en el que se incluyó un apartado de información clínica y sociodemográfica y se trasladaron los ítems pertenecientes a los instrumentos ADHD-RS-IV y la Escala de Estrés Percibido. Previamente a la cumplimentación del formulario, en la primera página se detallaba la afiliación del estudio (grupo de investigación en salud (CTS-280) de la Universidad de Almería), los criterios necesarios para participar (rango de edad, presencia de TDAH o desarrollo típico), una breve descripción de sus objetivos, la duración estimada, y un apartado de consentimiento informado. La encuesta era anónima y voluntaria y se podía abandonar en cualquier momento. Se proporcionó un teléfono de contacto y un correo electrónico para poder realizar cualquier consulta u obtener más información del estudio. Todos los datos se recogieron de forma anónima y se trataron de acuerdo a la vigente ley de Protección de Datos Personales (Ley Orgánica 3/2018).

2.4. Análisis de los datos.

El análisis de los datos obtenidos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24. El estudio cuenta con dos variables independientes (VI) con dos niveles. La primera VI es una variable intra-sujeto: Momento temporal ([Antes del confinamiento], [Durante el confinamiento]); mientras que la segunda es una variable inter-sujeto: el Grupo ([TDAH], [Control]). Por otro lado, las variables dependientes corresponden a las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas del ADHD-RS-IV (“Inatención”, “Hiperactividad-Impulsividad”, “Total de síntomas”) y la escala de Estrés Percibido (“Estrés total”).

En primer lugar, se comprobaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad para la variable demográfica *Edad*. Dado que no se cumplieron los supuestos se realizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para comparar ambos grupos (control y TDAH).

En segundo lugar, se comprobaron los supuestos estadísticos para las variables dependientes objeto de estudio. Dado que los supuestos no se cumplieron para ninguna de las subescalas, el análisis estadístico se realizó con pruebas no paramétricas. Las comparaciones inter-sujeto se realizaron con la prueba U de Mann Whitney, mientras que las comparaciones intra-sujeto con la prueba de Wilcoxon.

3. RESULTADOS.

3.1. Comparación demográfica.

Una vez realizados los análisis oportunos, no se encontraron diferencias significativas en la variable demográfica *Edad* ($p=0,67$) (ver Tabla 2).

3.2. ADHD Rating Scale (ADHD-RS-IV).

Una vez realizados los análisis requeridos, en la dimensión de inatención, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos TDAH y control antes del confinamiento ($Z= -8,457$, $p=0,000$) y durante el confinamiento ($Z= -7,748$, $p=0,000$). Además, en el grupo control se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el momento temporal (antes-durante el confinamiento) ($Z= -2,300$, $p=0,021$) mientras que, para el grupo TDAH, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del momento temporal ($Z= -0,957$, $p=0,339$) (ver Gráfico 1).

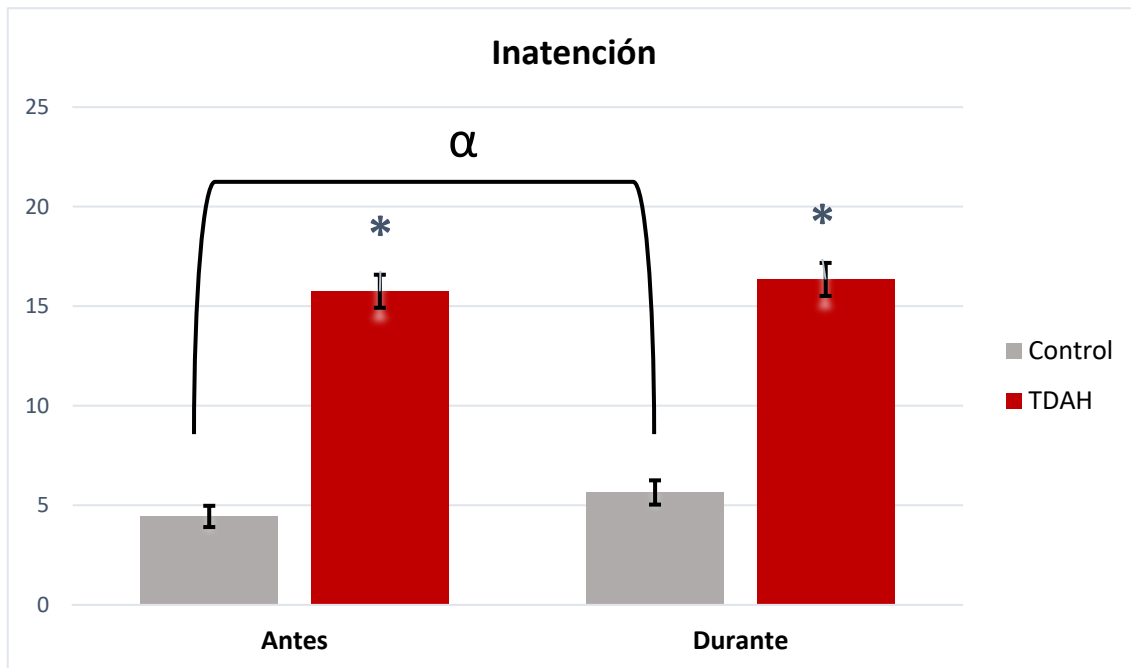


Gráfico 1. Puntuaciones medias, error estándar de la media y significación en función de las variables inter-sujeto (grupo: TDAH y controles) e intra-sujeto (momento: antes y durante el confinamiento) para la dimensión Inatención (ADHD Rating Scale, ADHD-RS-IV). Significación comparación inter-sujeto (* = $p < 0,05$); significación comparación intra-sujeto ($\alpha = p < 0,05$)

Para la dimensión hiperactividad-impulsividad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas inter-sujeto antes del confinamiento ($Z = -7,324$, $p = 0,000$) y durante el confinamiento ($Z = -7,039$, $p = 0,000$). Asimismo, tanto el grupo control ($Z = -3,23$, $p = 0,001$) como el TDAH ($Z = -3,198$, $p = 0,001$) tuvieron diferencias significativas en esta dimensión según el momento temporal (antes-durante el confinamiento) (ver Gráfico 2).

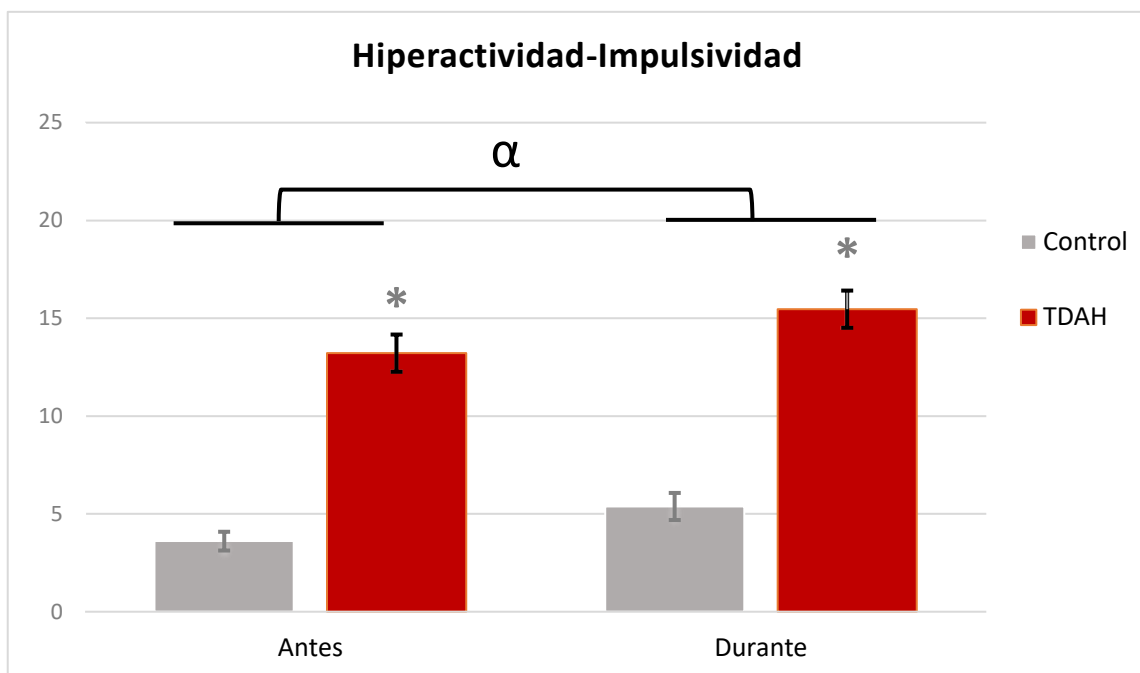


Gráfico 2. Puntuaciones medias, error estándar de la media y significación en función de las variables inter-sujeto (grupo: TDAH y controles) e intra-sujeto (momento: antes y durante el confinamiento) para la dimensión Hiperactividad-Impulsividad (ADHD Rating Scale, ADHD-RS-IV). Significación comparación inter-sujeto (* = $p < 0,05$); significación comparación intra-sujeto ($\alpha = p < 0,05$)

Por último, para la dimensión total de síntomas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos TDAH y controles antes del confinamiento ($Z = -8,627$, $p = 0,000$) y durante el confinamiento ($Z = -7,885$, $p = 0,000$). Por otro lado, en ambos grupos se encontraron diferencias significativas según el momento temporal (antes-durante el confinamiento): grupo control ($Z = -2,976$, $p = 0,003$) y grupo TDAH ($Z = -2,361$, $p = 0,018$) (ver Gráfico 3).

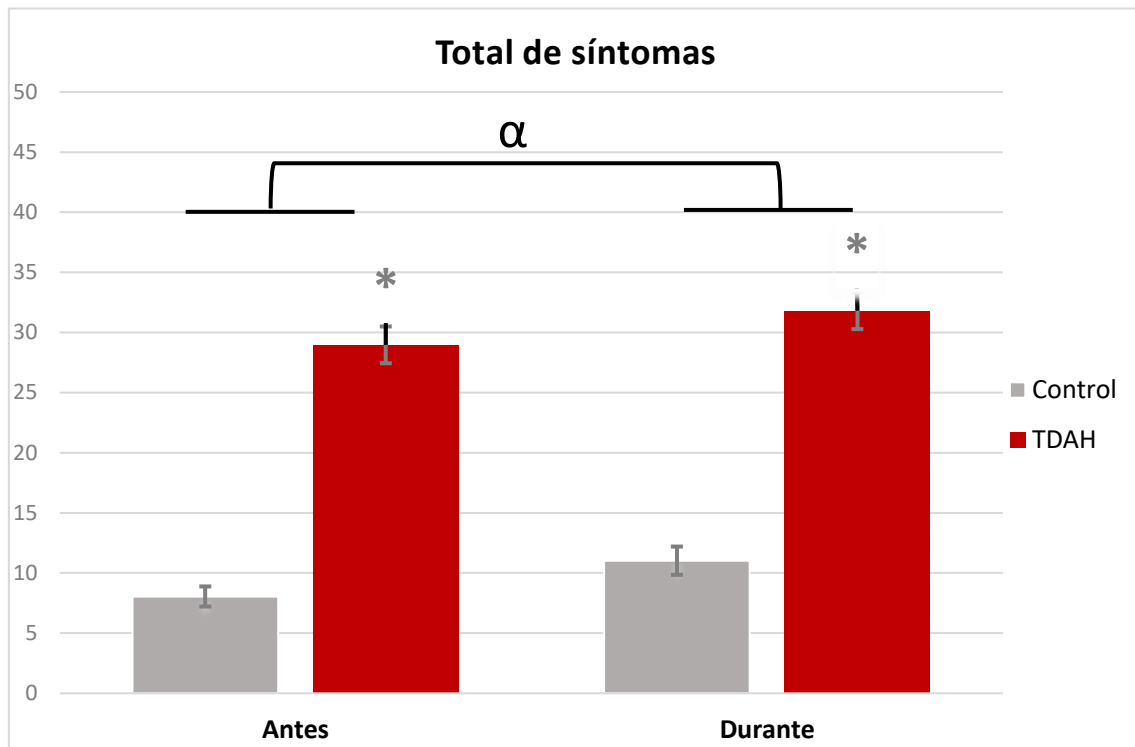


Gráfico 3. Puntuaciones medias, error estándar de la media y significación en función de las variables inter-sujeto (grupo: TDAH y controles) e intra-sujeto (momento: antes y durante el confinamiento) para la dimensión Total de síntomas (ADHD Rating Scale, ADHD-RS-IV). Significación comparación inter-sujeto (* = $p < 0,05$); significación comparación intra-sujeto ($\alpha = p < 0,05$)

3.3. Escala de Estrés Percibido (PSS-14).

En estrés, al realizar las comparaciones entre el grupo TDAH y el grupo control, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de estrés antes del confinamiento ($Z = -1,975$, $p = 0,048$), mientras que no se encontraron diferencias en estrés durante el confinamiento ($Z = -0,173$, $p = 0,862$). En cuanto a las comparaciones intra-sujeto, según el momento del confinamiento (antes-durante el confinamiento), se encontraron diferencias significativas en el grupo control ($Z = -2,974$, $p = 0,003$). Sin embargo, para el grupo TDAH, no se encontraron diferencias significativas ($Z = -1,029$, $p = 0,304$) (ver Gráfica 4).

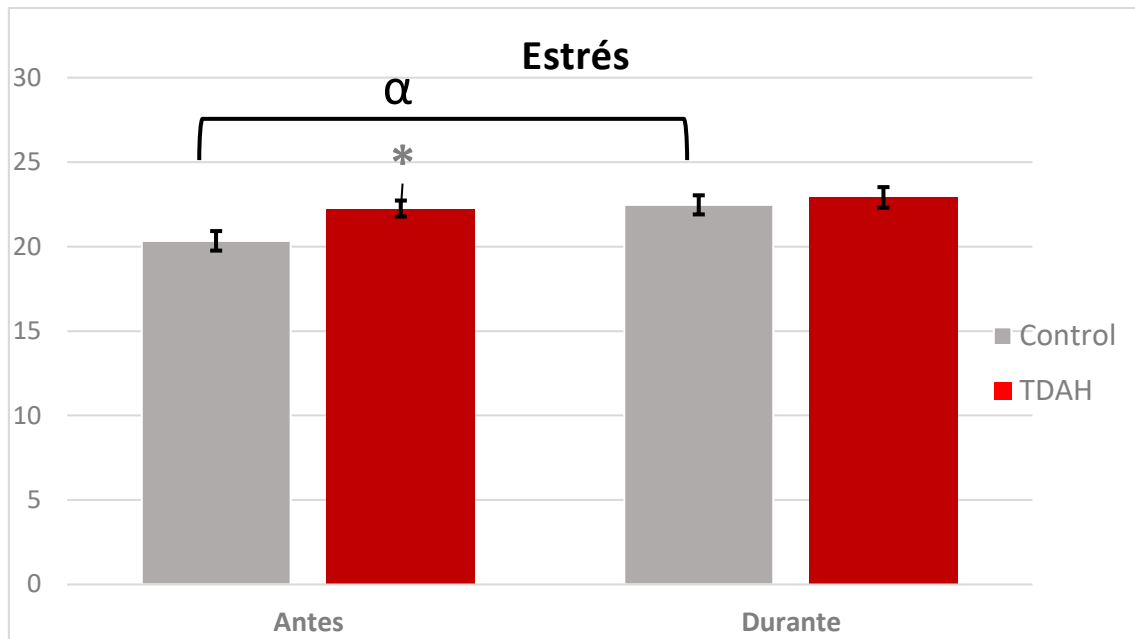


Gráfico 4. Puntuaciones medias, error estándar de la media significación en función de las variables inter-sujeto (grupo: TDAH y controles) e intra-sujeto (momento: antes y durante el confinamiento) para la dimensión Estrés (Escala de estrés percibido, PSS-14). Significación comparación inter-sujeto (* = $p < 0,05$); significación comparación intra-sujeto ($\alpha = p < 0,05$)

A modo de resumen, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos TDAH y control en las puntuaciones de todas las subescalas: inatención, hiperactividad-impulsividad y total de síntomas (ver Tabla 2).

	TDAH (n=69)	Controles (n=79)	
Edad	11,99 (\pm ,417)	11,44(\pm ,404)	($p=0,67$)
Género (hombre/mujer)	54/15	32/47	
<u>ADHD-RS-IV</u>			
Inatención			
Antes del confinamiento	15,75 (\pm ,829)	4,443 (\pm ,534)	($p=0,000$)*
Durante el confinamiento	16,35 (\pm ,88)	5,646 (\pm ,609)	($p=0,000$)*
Hiperactividad-Impulsividad			
Antes del confinamiento	13,22 (\pm ,952)	3,61 (\pm ,48)	($p=0,000$)*
Durante el confinamiento	15,46 (\pm ,998)	5,38 (\pm ,692)	($p=0,000$)*
Total de Síntomas			
Antes del confinamiento	28,97 (\pm 1,53)	8,05 (\pm ,834)	($p=0,000$)*
Durante el confinamiento	31,81 (\pm 1,72)	11,03 (\pm 1,18)	($p=0,000$)*

Estrés Percibido (PSS—14)

Antes del confinamiento	22,25 (\pm ,475)	20,34 (\pm ,578)	($p=0,048$)*
Durante el confinamiento	22,91 (\pm ,609)	22,47 (\pm ,565)	($p=0,862$)

Tabla 2. Media, error estándar de la media y valor de la significación en la variable Edad y en las puntuaciones de las subescalas de ADHD-RS-IV y la escala de Estrés Percibido (= $p<0,05$).*

4. DISCUSIÓN.

El objetivo de este trabajo consistía en conocer el impacto del confinamiento por COVID-19 en niños/as y adolescentes de 6 a 18 años, diagnosticados con TDAH y de desarrollo típico, por medio de las escalas ADHD-RS-IV (Inatención, Hiperactividad-impulsividad y Total de síntomas) y Estrés percibido por los padres (PSS-14).

Unos de los primeros objetivos era confirmar que los grupos estaban bien establecidos. Los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones de los dos grupos antes del confinamiento en la escala ADHD-RS-IV (Inatención, Hiperactividad-impulsividad y Total de síntomas) muestran una mayor puntuación en todas las subescalas en el grupo con TDAH respecto a los controles. Dado que estos resultados coinciden con los expuestos en una extensa bibliografía en la que el TDAH es considerado como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones en el mantenimiento de la atención para realizar actividades académicas o lúdicas y por la presencia de un patrón elevado de impulsividad y una excesiva actividad motora (Faraone & Doyle, 2001; Barkley, 2011; Wang et al., 2017), podemos confirmar la validez del diagnóstico del grupo TDAH.

Las comparaciones entre grupos e intra-grupo en función del momento temporal realizadas a través de estas escalas, han puesto de manifiesto diferencias estadísticamente significativas que apoyan la hipótesis de que la situación de confinamiento tiene un impacto en la infancia y adolescencia. Contrariamente a nuestras hipótesis, no encontramos un incremento de la sintomatología propia del TDAH en los niños/as con este diagnóstico, salvo un ligero aumento en los niveles de hiperactividad/impulsividad; ni un mayor nivel de estrés percibido en sus padres debido a la situación de confinamiento. Sin embargo, los resultados indican que son los menores con desarrollo típico los que sufren una disminución en sus niveles de atención y un incremento en sus

niveles de hiperactividad e impulsividad: y que sólo los padres de este grupo ven incrementados sus niveles de estrés durante el confinamiento, en contraste con la estabilidad del nivel de estrés que experimentan los padres de los menores con TDAH antes y durante el confinamiento. A continuación, vamos a tratar de discutir estos resultados.

Centrándonos en la inatención (escala ADHD-RS-IV) se constata que, el grupo TDAH no muestra diferencias en sus puntuaciones de inatención según el momento del confinamiento mientras que el grupo control sí. A pesar de que estos resultados pudieran parecer sorprendentes, existe literatura que los apoya. Por un lado, los resultados de los participantes controles son consistentes con lo recogido en estudios como el de Tyng, Amin, Saad & Malik (2017), en el que se sostiene que la emoción tiene una fuerte influencia sobre la capacidad de mantener la atención (especialmente la atención selectiva). Además, como ya se ha puesto de manifiesto, la atención sufre una fuerte disminución en situaciones de estrés y ansiedad (Gallagher, 2014). Por tanto, los cambios emocionales producidos por el confinamiento, han podido reducir la capacidad de atención de la muestra control. Sin embargo, no hubo cambios en los niveles de atención en los menores con TDAH, estos resultados pueden tener dos explicaciones. Por un lado, este grupo puede tener unos niveles tan altos de inatención que estén en un efecto techo. No parece que este sea el caso ya que la puntuación máxima de la escala de inatención es de 27 puntos y en nuestro caso se quedaron en una media de entre 15 y 16 puntos. Por otro lado, Zhang et al. (2020) señalan en su estudio sobre estrés agudo, síntomas comportamentales y estado de ánimo en población TDAH en edad escolar durante el COVID-19 que los síntomas TDAH se redujeron conforme mayor era el tiempo empleado en el estudio online, consiguiendo, además, que pasasen más tiempo concentrados y atentos. En el presente trabajo no hemos encontrado esa reducción, pero sí una ausencia de efecto del confinamiento en estos niños/as. La explicación más plausible, teniendo en cuenta la falta de conocimiento al respecto, podría ser que la vida escolar y las actividades extra-escolares habituales ya suponen una situación estresante diaria para los menores con TDAH, ya que ponen a prueba constantemente sus recursos atencionales. En este sentido, la situación de confinamiento podría no haber aportado un mayor nivel de demanda del que están acostumbrados. No obstante, esta es una hipótesis preliminar que requiere de posterior confirmación mediante estudios experimentales que la pongan a prueba.

Respecto al aumento de las puntuaciones en Hiperactividad-Impulsividad y en los síntomas totales durante el confinamiento en ambos grupos, los resultados coinciden con estudios que señalan que la pérdida de la rutina diaria y la falta de interacción interpersonal y social son factores de riesgo potenciales para problemas de salud mental (Brazendale et al., 2017; Brooks et al., 2020; Zhang et al., 2020). En concreto, la retirada de hábitos durante el confinamiento (p. ej., no asistir a clase, no poder realizar ejercicio físico) y la instauración de otros no saludables como el sedentarismo, las dietas poco saludables, los patrones de sueño irregulares o un mayor uso de pantallas han podido influir en un incremento de los niveles de inatención, impulsividad e hiperactividad en ambas poblaciones (Brazendale et al., 2017)

En cuanto a los niveles de estrés, obtenidos a través de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), antes y durante el confinamiento, vemos que el grupo de padres de niños/as con TDAH, tiene una puntuación significativamente superior respecto a los padres de niños/as con desarrollo típico antes del confinamiento. Sin embargo, durante el confinamiento, solo los padres del grupo control obtuvieron un aumento significativo de su puntuación en estrés. Estos resultados pueden explicarse en base a conocimientos propios de psicología de emergencias sanitarias y catástrofes. Desde esta área se recoge que durante la fase de impacto (fase donde tienen lugar las consecuencias de la catástrofe) las consecuencias negativas pueden mitigarse o incluso anularse cuando la población ya tiene experiencias previas parecidas y supo asimilarlas, si tiene un entrenamiento previo (Rivera, 2001; Baloian, chia, Comejo & Paverini, 2007). Dado que, los datos representan una evaluación subjetiva de los niveles de estrés de los niños controles, sería interesante, realizar más estudios en el futuro para confirmar los resultados. Así se abre una nueva línea de investigación en la que poder descubrir si el alto estrés diario en la crianza de los hijos reportado por padres de niños/as con TDAH (Pelham & Lang, 1999; Yousefia et al., 2011) actúa como un entrenamiento que permite mitigar las consecuencias negativas en situaciones como la pandemia COVID-19.

5. CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo consistía en conocer el impacto del confinamiento por COVID-19 en niños y adolescentes de 6 a 18 años, diagnosticados con TDAH y en sujetos con desarrollo típico, por medio de las escalas ADHD-RS-IV y Estrés percibido (PSS-14). Con el objeto de desarrollar planes de acción que amortigüen el impacto de esta pandemia a medio/largo plazo sobre población infantil.

Los resultados muestran que para población infantil en general, independiente de su condición, es especialmente importante adoptar medidas destinadas a minimizar los efectos sobre la atención y la hiperactividad-impulsividad, y en especial, dotar de herramientas de afrontamiento a las familias ante situaciones de estrés.

Por tanto, aunque los niños/as y adolescentes no han sido considerados población vulnerable en la pandemia del COVID-19 en términos de tasa de mortalidad, el impacto psicológico podría ser fatal a medio/largo plazo, siendo aún más grave en niños/as con TDAH cuyos síntomas ya suponen una predisposición para la aparición de otros problemas relacionados con la salud mental.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

La mayor limitación a la que se enfrenta este estudio es la evaluación indirecta de los participantes. Las puntuaciones obtenidas están basadas en las percepciones subjetivas de los padres, cuando lo ideal sería haber empleado tareas que permitiesen obtener puntuaciones objetivas y directas del grado de inatención, impulsividad e hiperactividad de los menores.

En segundo lugar, otra de las limitaciones del estudio se vincula a las limitaciones intrínsecas de los cuestionarios: posible falta de sinceridad, respuestas poco reflexivas, posibles dificultades en la comprensión y sesgos en la interpretación.

Por último, para próximos estudios, sería interesante tener en cuenta otros factores que pueden estar modulando los resultados entre los que se incluyen los cambios en la dinámica familiar (aparición de conflictos y acercamientos entre los miembros de la familia), la higiene del sueño, la alimentación o la actividad física, como posibles moduladores del impacto del confinamiento.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- Arrondo, G., Murillo, J. I., & Bernacer, J. (2019). Hábitos positivos y negativos en el TDAH. *Cuadernos de Pedagogía*, (501), 65–70.
- Arslan, G., Yıldırım, M., Tanhan, A., Bulus, M., & Allen, K. (2020). Coronavirus Stress, Optimism-Pessimism, Psychological Inflexibility, and Psychological Health: Psychometric Properties of the Coronavirus Stress Measure. *PsyArXiv*.
- Baloian, I., Chia, E., Cornejo, C. & Paverini, C. (2007). *Intervención Psicosocial en situaciones de emergencia y desastres: Guía para el primer apoyo psicológico*. Chile: ONEMI.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395, 912-920.
- Cifuentes-Faura, J. (2020). Consecuencias del cierre de escuelas por el COVID-19 en las desigualdades educativas. *Revista internacional de educación para la justicia social*, 9(3).
- Colomer-Diago C, Miranda-Casas A, Herdoiza-Arroyo P & Presentación-Herrero, MJ. (2012). Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. *Revista de Neurología*, 54(1), 117-126.
- Cortese, S., Asherson, P., Sonuga-Barke, E. Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Coghill, D., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Santosh, P., Rothenberger, A., Soutullo, C., Steinhausen, H., Taylor, E., Van der Oord, S., Wong, I., Zuddas, A. & Simonoff, E. (2020). ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *Lancet Child Adolesc Health*, 4(6).
- De la Rubia, J. M., & De León, F. C. (2014). Validación de la escala de estrés percibido (PSS-14) en la población de dentistas colegiados de monterrey. *Ansiedad y estrés*, 20(2), 193-209.

- DuPaul, G., Power, T., Anastopoulos, A. & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV*. New York: The Guilford Press.
- Frick, P. & Nigg, J. (2012) Current issues in the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 77-107
- García, M. T. I., Fernández, N. G., Loew, S. J., & Pérez, C. R. (2016). Hábitos y técnicas de estudio en adolescentes con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *European Journal of Education and Psychology*, 9(1), 29-37.
- Gallagher, W. (2014). *RAPT: Attention and the Focused Life*. New York: The Penguin Press.
- Gonzalez de Rivera, J. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 35-51.
- Hyman, S. (2010). The Diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Huarcaya-Victoria. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2).
- Krueger RF, Watson D, Barlow DH. (2005) Introduction to the special section: toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 491–493.
- Leung, C. Lam, T. & Cheng, K. (2020). Mass masking in the COVID-19 epidemic: People need guidance. *The Lancet*, 395.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *BOE*, 294, 119788-119857.
- McGrath, J. (2020). ADHD and Covid-19: Current roadblocks and future opportunities. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 1-22.
- Morganstein, J. (2020) The Role of Psychiatrists during the coronavirs Outbreak. *Psychiatric Times*, 37(5).

- O'Connor, K., Wrigley, M., Jennings, R., Hill, M. & Niazi, A. (2020). Mental Health Impacts of COVID-19 in Ireland and the need for a secondary care, Mental Health Service Response. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 1-18.
- Orden SND/370/2020, de 25 de abril, sobre las condiciones en las que deben desarrollarse los desplazamientos por parte de la población infantil durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *BOE*, 116, 30361-30364.
- Orden SND/380/2020, de 30 de abril, sobre las condiciones en las que se puede realizar actividad física no profesional al aire libre durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *BOE*, 121, 30925-30929.
- Orgilés, M., Morales, A., Delveccio, E., Mazzeschi, C. & Espada, J. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Psyarxiv*.
- Párraga, J., Pérez, B., Martín, S., Albert, J., Fernández-Mayoralas, D., Perrone, A., & Jaén, A. (2019). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y hábitos de vida en niños y adolescentes. *Actas españolas de psiquiatría*, 47(4), 158-164.
- Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B., & García Campos, N. (2011). Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico ya la comorbilidad. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 22(96), 101-108.
- Ramos, C., & Pérez-Salas, C. (2016). Propiedades psicométricas: ADHD Rating Scale IV en formato autoreporte. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(1), 9-18.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *BOE*, 67, 25390-25400.
- Sánchez, G. F. L., Sánchez, L. L., & Suárez, A. D. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y actividad física. *EmásF: revista digital de educación física*, (32), 53-65.
- Santander, O. (2018). Programa de hábitos escolares para mejorar el bajo rendimiento académico en estudiantes de bachillerato de un colegio público de Popayán-Colombia. *Encuentros*, 16(2), 117-133.

- Sauceda, J. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(5).
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T. (1998). Growth Deficits in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 102, 501-506.
- Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería universitaria*, 12(3), 122-133.
- Tying, C., Amin, H., Saad, M. & Malik, A. (2017). The influences of emotion on Learning and Memory. *Frontiers in Psychology*, 8(1454).
- Vallejo-Valdivieso, M. Soutullo, C., Castro-Manglano, P., Marin-Méndez, J.& Díez-Suárez, A. (2019). Validation of a Spanish-language version of the ADHD Rating Scale IV in a Spanish sample. *Neurología*, 3(9), 563-572.
- Vera-Villaruel, P. (2020). Psicología y COVID-19: Un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 10-18.
- Zhang, J., Shuai, L., Yu, H., Wang, Z., Meihui, Q., Lu, L., Cao, X., Xia, W., Wang, Y. & Chen, R. (2020). Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51.

ANEXO I. ADHD Rating Scale (ADHD-RS-IV)

Instrucciones: Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha actuando el niño en los últimos 6 meses. Si el hijo(a) ha tenido cambios durante este período, describa la conducta más reciente.

Recuerde, debe contestar todo el cuestionario sin omitir ninguna pregunta.

	Nunca o rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
IA1 No presta atención a las cosas o comete errores por descuido				
IA2 Tiene dificultad en mantener la atención en actividades o juegos				
IA3 No parece escuchar lo que se le está diciendo				
IA4 Tiene dificultad en completar/terminar tareas o no sigue instrucciones				
IA5 Tiene dificultad en organizarse (actividades, etc.)				
IA6 Evita actividades que requieren mucho esfuerzo mental (deberes, etc)				
IA7 Pierde cosas necesarias para actividades o deberes				
IA8 Se distrae fácilmente por estímulos externos (por el ambiente...)				
IA9 Es olvidadizo de actividades diarias				
HA1 Mueve manos y pies o se mueve en su asiento				
HA2 Se levanta en clase o en otras situaciones cuando no debe				
HA3 Corre o se sube a sitios/cosas cuando se le dice que no lo haga				

HA4 Tiene dificultad para jugar en silencio				
HA5 Actúa como si estuviera activado por un motor. “No se le gastan las pilas”				
HA6 Habla excesivamente				
HA7 Responde abruptamente/impulsivamente antes de terminar la pregunta				
HA8 Tiene dificultad en esperar su turno en actividades de grupo				
HA9 Interrupe a la gente o se mete en conversaciones o juegos				

ANEXO II. Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

European Spanish version of the Perceived Stress Scale

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

Ítems	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

ANEXO III. Informe de originalidad Turnitin

Bejarano

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE
INTERNET

3%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Nacional Abierta y a
Distancia, UNAD, UNAD

Trabajo del estudiante

3%

2

Submitted to Pontificia Universidad Catolica
Madre y Maestra PUCMM

Trabajo del estudiante

2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 2%

Excluir bibliografía

Activo