

MÁSTER UNIVERSITARIO EN EDUCACIÓN ESPECIAL

**Propuesta de Intervención para Mejorar la
Inserción Sociolaboral de Mujeres Adultas con
Diagnósticos Tardíos de TDAH**

Presentado por:

GÁDOR RUBIAS GONZÁLEZ-ROTHVOSS

Dirigido por:

MARIA DOLORS MIQUEL ABRIL

CURSO ACADÉMICO

2023/2024

Agradecimientos

En palabras de Marilyn Monroe, “Una chica sabia conoce sus límites, pero una chica inteligente sabe que no tiene ninguno”. A lo largo de mi vida he tenido la suerte de estar rodeada de mujeres extraordinarias, cuya sabiduría me ha enseñado a conocer mis límites mientras su inteligencia me animaba a no dejarme frenar por ellos.

Me gustaría darle las gracias, en primer lugar, a la mujer más fuerte y valiente que conozco, que se llama Fátima y es mi madre. Aunque le cueste verlo, es un ejemplo incansable de superación y esfuerzo ante cualquier adversidad. Hace seis años que las dos comenzamos la aventura de los estudios universitarios, y estoy muy orgullosa de sus logros; así como muy agradecida por su apoyo y ejemplo. También a mi hermana, Ayala, por no darse nunca por vencida y enseñarme que yo tampoco debía hacerlo. A mi abuela Piluca, una joven de Cartagena que rompió mil techos de cristal cuando se mudó a Madrid a cumplir su sueño de estudiar Medicina; y a mi abuela Nieves, una mujer que siempre ha seguido adelante, pese a todo. Querría hacer una breve mención de honor masculina para darle las gracias a mi padre, que me ha inculcado la importancia del esfuerzo; a mi abuelo Otelo, de quien he heredado el punto justo de excentricidad; y a mi abuelo Mariano, que nunca fallaba como fan incondicional de todos mis proyectos. Ni él ni mi abuela Piluca han podido verme terminar el grado y posgrado, pero sé que hubieran estado muy orgullosos de mí.

Mis infinitos agradecimiento y cariño a mi tutora, Loles Miquel, su dedicación incansable, su eterna sonrisa de ánimo y su calidez humana. Muchas veces ser una mujer con TDAH se traduce en la sensación de no poder, de no saber, de no llegar y, quizás lo peor, de estar sola. Gracias a la fe incondicional de Loles he comprobado que esto no es cierto, y que lo más bonito de ser una mujer en cuya vida hay desafíos poco convencionales es encontrarse con otras por el camino.

Junto a Loles han estado una serie de docentes extraordinarias del Máster, con las que también tengo una deuda de gratitud: Lluna, Encarna, Almudena, Laura y Paula. También debo destacar la atención de Mireia y Belén, porque sin ellas me habría quedado a medio camino.

Por último, pero no menos importante, debo darle las gracias a mi becario de cuatro patas, Connor. Sin sus lloriqueos para sacarme de paseo, habría escrito este TFM mucho más rápido.

Resumen

Las primeras conceptualizaciones del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como un trastorno de conducta propio de la infancia y del género masculino continúan vigentes, e impiden o demoran el diagnóstico en el género femenino. En consecuencia, muchas mujeres alcanzan la adultez sin haber podido acceder a recursos o apoyos de gestión de sus necesidades, por lo que experimentan una serie de dificultades en los ámbitos social y laboral que deterioran su calidad de vida y su desarrollo profesional. A la luz de este fenómeno, así como de la escasez de recursos específicos para personas adultas con TDAH, se esboza un programa de intervención con la intención de proponer su aplicación a una asociación de personas adultas con TDAH. Tras trazar el perfil de necesidades típico de las mujeres adultas con diagnósticos tardíos de TDAH, así como las competencias clave para la mejora tanto de la empleabilidad como de la calidad de vida, se diseña un programa de diez sesiones de trabajo. En cada una de ellas se aplican diversas metodologías activas para estimular el aprendizaje experiencial de estrategias de gestión del TDAH. Asimismo, se trabaja la autoestima y el autoconcepto, así como las habilidades sociales, y se asesora a cada participante en el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción sociolaboral.

Palabras clave: Diagnósticos tardíos; Empleo mujeres; Inserción sociolaboral; TDAH; Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Abstract

Due to the pervasive stereotypes of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder as a behavioural disorder that only affects children, and is much more frequent in boys than it is in girls, late diagnoses are a frequent phenomenon among females. Oftentimes, women reach adulthood without having had any access to specific resources, or support, for their needs, which in turn makes them struggle with several aspects of social interactions and work environments. As a result of said struggles, women with late diagnoses of ADHD are prone to professional underdevelopment and a poorer quality of life. In response to this phenomenon, as well as the scarcity of ADHD-specific resources for adults with ADHD, this Master's thesis proposes an intervention program that can be offered to associations of adults with ADHD. After describing the difficulties that women with late diagnoses of ADHD often struggle with, as well as the different competences that improve both employability and quality of life, a ten-session program is described. In each session, experiential learning of coping mechanisms and strategies is stimulated through the use of active methodologies. Other relevant areas of work include participants' self-esteem, self-concept, and social skills. In regards to the participants' employment opportunities and skills, individual coaching is provided.

Keywords: ADHD; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Job placement; Late diagnosis; Women's employment.

Índice de Contenidos

1. Introducción.....	7
1.1. Marco Teórico.....	9
1.1.1. Contextualización Histórica de la Inclusión.....	9
1.1.2. Marco Legislativo Vigente.....	12
1.1.3. Sesgos Diagnósticos en la Detección del TDAH.....	14
1.1.3.1. Conceptualización del Sesgo en el Ámbito Clínico.....	14
1.1.3.2. Sesgos de Edad en el Diagnóstico de TDAH.....	17
1.1.3.3. Sesgos de Género en el Diagnóstico de TDAH.....	19
1.1.4. Diagnósticos Tardíos de TDAH en la Mujer Adulta.....	23
1.1.4.2. Características del TDAH en Mujeres.....	26
1.1.5. Procesos de Inserción Sociolaboral.....	27
1.1.5.2. La Inserción Sociolaboral para Personas con Discapacidad.....	28
1.1.5.3. Programas de Inserción Sociolaboral de las Personas con TDAH.....	29
1.2. Justificación.....	30
1.3. Objetivos del Trabajo de Fin de Máster.....	31
2. Desarrollo de la Propuesta.....	33
2.1. Objetivos de la Intervención.....	33
2.1.1. Objetivo General.....	33
2.1.2. Objetivos Específicos.....	33
2.2. Contextualización y Destinatarias.....	34
2.3. Competencias y/o Habilidades.....	34
2.4. Metodología.....	35
2.5. Recursos, Materiales e Infraestructuras.....	38
2.6. Temporalización o Cronograma.....	41
2.7. Evaluación.....	42
2.8. Sesiones de Trabajo.....	44
3. Conclusiones.....	53
3.1. Aportaciones.....	53

3.2. Limitaciones, Propuestas de Mejora y Fortalezas.....	54
3.3. Futuras Líneas de Trabajo.....	55
4. Referencias.....	56
4.1. Referencias Académicas.....	56
4.2. Referencias Legislativas.....	81
Anexos.....	84
Anexo A. Dimensiones de la calidad de vida según Schalock y Verdugo (2002).....	84
Anexo B. Herramientas para la evaluación inicial.....	85
Anexo C. Rúbricas de evaluación formativa.....	86
Anexo D. Rúbricas de evaluación global.....	88
Anexo E. Plantilla para realizar el análisis DAFO y la Matriz de Eisenhower.....	91
Anexo F. Actividad cooperativa “Negociación de prioridades”	93

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Cronograma por sesiones del programa de inserción sociolaboral diseñado</i>	42
Figura 2. <i>Rúbrica para la auto y heteroevaluación iniciales</i>	85
Figura 3. <i>Tickets para la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración”</i>	86
Figura 4. <i>Rúbricas de evaluación formativa para registrar el progreso de cada participante</i>	87
Figura 5. <i>Rúbrica para la autoevaluación global de cada participante</i>	88
Figura 6. <i>Rúbrica para la evaluación global del programa y quien lo imparte</i>	89
Figura 7. <i>Rúbrica para la evaluación global del progreso de cada participante</i>	90
Figura 8. <i>Plantilla para realizar el análisis DAFO</i>	91
Figura 9. <i>Plantilla para realizar la matriz de Eisenhower</i>	92

Índice de Tablas.

Tabla 1. <i>Leyenda de los símbolos correspondientes a cada metodología, contenido y/o objetivo.....</i>	37
Tabla 2. <i>Relación de cada actividad con su metodología, contenido(s) y objetivo(s).....</i>	38
Tabla 3. <i>Inventario de materiales por actividad.....</i>	41
Tabla 4. <i>Descripción de la Sesión 1 del programa.....</i>	45
Tabla 5. <i>Descripción de la Sesión 2 del programa.....</i>	46
Tabla 6. <i>Descripción de la Sesión 3 del programa.....</i>	46
Tabla 7. <i>Descripción de la Sesión 4 del programa.....</i>	47
Tabla 8. <i>Descripción de la Sesión 5 del programa.....</i>	48
Tabla 9. <i>Descripción de la Sesión 6 del programa.....</i>	49
Tabla 10. <i>Descripción de la Sesión 7 del programa.....</i>	50
Tabla 11. <i>Descripción de la Sesión 8 del programa.....</i>	50
Tabla 12. <i>Descripción de la Sesión 9 del programa.....</i>	51
Tabla 13. <i>Descripción de la Sesión 10 del programa.....</i>	52
Tabla 14. <i>Relación de las dimensiones de la calidad de vida y su descripción.....</i>	84

1. Introducción

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico en su quinta edición revisada, (a partir de ahora, DSM-5-TR) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2022), y la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024), los trastornos del neurodesarrollo son un grupo amplio y heterogéneo de condiciones que nacen de la alteración temprana, significativa y persistente del desarrollo neurocerebral.

Dicha alteración afecta al desarrollo de las funciones psicológicas, la regulación emocional y el comportamiento, provocando en último término un deterioro significativo en los ámbitos personal, social, académico, familiar y laboral-ocupacional (López y Förster, 2022; Reichard y Zimmer-Bensch, 2021). Pese a que la adquisición de estrategias de compensación o los cambios vitales pueden provocar fluctuaciones sintomatológicas, se considera que los trastornos del neurodesarrollo son de curso crónico y persisten a lo largo del ciclo vital (Livingston y Happé, 2017; López et al., 2022).

Uno de los más comunes es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), cuya prevalencia ha aumentado en la última década hasta situarse entre el 4 y el 11% en población infanto-juvenil, y entre el 2.5 y el 5% en la población adulta (Attoe y Climie, 2023; Cortese et al., 2023; Diallo et al., 2021; Faraone et al., 2021; Mohammadi et al., 2019; Salari et al., 2023; Song et al., 2021). Si bien históricamente ha sido considerado un trastorno propio de la infancia, (Spitzer et al., 1980), la neurociencia ha revelado que persiste en la adultez en hasta el 80% de los casos (van Lieshout et al., 2016; Morales, 2017).

El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad e impulsividad inadecuados para la etapa del desarrollo de la persona, que provoca un deterioro de la calidad de vida, las habilidades sociales, y el rendimiento académico o laboral-ocupacional (APA, 2022; Ros y Graziano, 2018; OMS, 2024). Dado que los casos de TDAH pueden presentar bien inatención, bien hiperactividad-impulsividad, bien ambas, en el DSM-5-TR y la CIE-11 se distinguen tres presentaciones del TDAH: inatenta, hiperactiva-impulsiva y combinada (APA, 2022; OMS, 2024).

Se denomina inatención a las dificultades para persistir en la tarea, controlar la atención, organizarse y gestionar el tiempo (APA, 2022; Solanto, 2024). Debido a ello, las personas con TDAH

de presentación inatenta se distraen con facilidad, “están en su mundo”, son olvidadizas, no parecen escuchar cuando se les habla y tienen dificultades para seguir instrucciones o completar tareas que exigen un esfuerzo prolongado.

Por su parte, la hiperactividad-impulsividad se refiere a un exceso de actividad motora y/o psicológica, así como déficits en el control de impulsos (APA, 2022). Las personas con TDAH de presentación hiperactiva-impulsiva parecen “impulsadas por un motor”; debido a esta hiperactividad hablan en exceso, se revuelven en el asiento, no logran estar quietas y experimentan gran inquietud interna. Por su parte, la impulsividad provoca que interrumpen a los demás, cojan o hagan cosas sin permiso, les cueste esperar su turno y actúen sin sopesar las consecuencias (Bari y Robbins, 2013).

Entre los procesos neuropsicológicos afectados por el TDAH también se cuentan el desarrollo de las funciones ejecutivas, la adquisición de habilidades sociales y los mecanismos de procesamiento sensorial. Distintos estudios, entre los que destacan los realizados por Bermúdez (2023), Gnanavel et al. (2019), Katzman et al. (2017) o Mohammadi et al. (2021), han vinculado también el TDAH con problemas del sueño, una mayor vulnerabilidad a las adicciones, la desregulación emocional y el alto riesgo de presentar trastornos del estado del ánimo y de ansiedad comórbidos. El TDAH es, así, una condición que afecta al bienestar.

La detección temprana del trastorno, que permite acceder a tratamientos específicos, se traduce en un mejor pronóstico del TDAH (Bermúdez, 2023; Attoe et al., 2023). Se ha observado, asimismo, que la intervención temprana reduce el riesgo de fracaso académico, dificultades sociales y desarrollo de otras condiciones psiquiátricas (Sassi, 2010).

Pero el acceso a tratamientos exige un diagnóstico oficial, que para muchas personas se ve afectado por demoras en la detección, evaluación y diagnóstico. Autores como Terán (2023) señalan a las niñas y mujeres como grupo especialmente vulnerable a la demora diagnóstica, debido a distintos factores entre los que se cuentan los estereotipos sesgados del TDAH como un trastorno de conducta propio del género masculino y la edad infantil.

Además de impedir el acceso al tratamiento, la demora diagnóstica que experimentan muchas mujeres con TDAH afecta al desarrollo del autoconcepto y la autoestima. La aparente ausencia de

una explicación profesional para sus dificultades a menudo desemboca en sentimientos de culpa y vergüenza intensos, ya que estas mujeres atribuyen sus problemas para desenvolverse en el día a día a que son “perezosas”, “estúpidas”, “inútiles”, “irresponsables” o “demasiado dramáticas” (Lynn, 2019). En último término, la calidad de vida de estas mujeres queda deteriorada por las dificultades para desarrollarse plenamente en los ámbitos social, personal y laboral (Terán, 2023).

A la luz de lo anterior, el presente Trabajo de Fin de Máster (en adelante, TFM) propone una intervención para estimular la inserción sociolaboral de las mujeres adultas con diagnóstico tardío de TDAH, dado que el acceso a un empleo y el éxito en el desempeño del mismo inciden, de acuerdo con el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002), sobre el nivel de bienestar personal, elevando la satisfacción en los ámbitos de Autodeterminación, Inclusión social, Desarrollo personal y Relaciones Interpersonales.

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Contextualización Histórica de la Inclusión

A lo largo de la historia, la discapacidad ha sido conceptualizada en múltiples culturas como una lacra social con poco o nada que aportar (Rossa, 2017). La Antigüedad estuvo marcada por una concepción religiosa de la discapacidad como castigo divino, que resultó en el rechazo, aislamiento e incluso infanticidio de quienes nacían con discapacidad (Laes, 2008; Vergara, 2002). Pese a la secularización del concepto que se produjo en la Edad Media, que permitió desvincular la discapacidad de lo sobrenatural, continuó habiendo un nulo reconocimiento de la dignidad y el valor intrínseco de este colectivo (Hernández-Ríos, 2015).

Dado que se consideraba “ineducables” a las personas con discapacidad, este colectivo se vio abocado bien a la mendicidad, bien a cuidados meramente asistenciales, muy vinculados con la virtud cristiana de la caritas (Toboso y Arnau, 2008). No fue hasta el siglo XIX que se comenzó a desarrollar la educación especial para personas con discapacidades sensoriales, segregadas física y curricularmente de sus iguales (Rossa, 2017). Este paradigma educativo, sin dejar de ser un avance importante, se sustentaba sobre el modelo médico de la discapacidad, que postulaba la misma como una deficiencia que restaba valor a las personas (Toboso et al., 2008).

Como consecuencia de la conceptualización de la discapacidad como una deficiencia, e incluso como señal de inferioridad evolutiva (véase Darwin, 1872/2023), la atención a este colectivo continuó siendo principalmente asistencial incluso en las primeras escuelas para personas con discapacidad intelectual fundadas en Europa (Winzer, 2009).

A partir de mediados del siglo XX, sin embargo, se comienzan a producir grandes cambios. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en 1948, recoge por primera vez los derechos fundamentales de todas las personas. Entre ellos se encuentran el derecho a la propiedad (Artículo 17), al trabajo remunerado de libre elección (Artículo 23), a un nivel de vida adecuado en términos de salud, bienestar y servicios sociales (Artículo 25) y a la educación (Artículo 26) (ONU, 1948).

A partir de este momento, en Europa surgen movimientos de defensa de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. La demanda de entornos educativos no restrictivos para las personas con discapacidad queda recogida en la Declaración de Derechos Fundamentales del Deficiente Mental (ONU, 1971), que explicita la necesidad de favorecer la inserción social, educativa, sanitaria y laboral de las personas con discapacidad.

Pero es en 1978, con la publicación del Informe Warnock, que nace el modelo inclusivo actual. Dicho documento acuña el término “necesidades educativas especiales” (NEEs), que define como “toda situación que provoca que un alumno o alumna necesite apoyos adicionales y/o distintos para sus características y sus circunstancias” (Warnock, 1978, p. 41). Ya no se trata de segregar a los niños y niñas “con déficits”, sino de dotar al contexto educativo de recursos que permitan la escolarización conjunta de todo el alumnado.

Esta nueva visión de la educación pronto da lugar a un movimiento internacional por la inclusión. Durante las décadas que siguen al Informe Warnock se celebran distintas lecturas, convenciones y conferencias globales sobre la inclusión educativa, de la mano de organismos como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). La celebración, en 1994, de la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales reivindica la inclusión educativa del alumnado con NEEs, y formula el principio de una educación para todos

(UNESCO, 1995). Este último será ampliado unos años más tarde por Ainscow (2001), cuya obra indica los mecanismos de creación de escuelas y prácticas inclusivas.

Pese a comenzar como una reivindicación relacionada con la educación, esta mentalidad no tarda en extenderse a otros ámbitos en los que las personas con discapacidad aún no gozan de los mismos derechos que los y las demás. En la Declaración del Milenio, proclamada en el año 2000 por la Asamblea General de la ONU, se reitera que “No debe negarse a ninguna persona (...) la posibilidad de beneficiarse del desarrollo” (ONU, 2000, p. 2), aunque sin citar colectivos especialmente vulnerables a la privación de derechos. Sin embargo, esto cambia con la promulgación en 2006, y ratificación en 2008, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El Artículo 4 de la misma explicita la obligación de los 190 Estados Partes de garantizar y proteger la participación en sociedad de las personas con discapacidad (ONU, 2006).

Como resultado de los citados avances, las sociedades actuales reconocen que las personas con discapacidad son un grupo especialmente vulnerable a la desigualdad y a la exclusión, cuyos derechos deben ser protegidos mediante medidas específicas (ONU, 2019). Esta lucha contra la discriminación por razón de discapacidad está reflejada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU (2015). El Objetivo 4, Educación de Calidad, defiende el acceso universal a una educación inclusiva, y el Objetivo 10, Reducción de la Desigualdad, busca garantizar la inclusión de todas las personas e incluye explícitamente a aquellas con discapacidad (ONU, 2015).

Tomando como punto de referencia las directrices propuestas por Ainscow (2001), la ONU ha desarrollado también una Guía para asegurar la inclusión y la equidad en la educación (UNESCO, 2017) como recurso de apoyo al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 4, Educación de Calidad. Dicha guía se hace eco del movimiento mundial de la Educación Para Todos, y busca sentar una serie de bases que permitan garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad para todas las personas. Para ello, subraya la necesidad de abordar las barreras del entorno escolar que provocan desigualdades en el acceso, participación y aprendizaje (UNESCO, 2017, p. 12).

Por otra parte, a fin de coordinar los esfuerzos en materia de inclusión de los distintos países, la ONU cuenta con una Estrategia para la Inclusión de la Discapacidad.

De este breve recorrido histórico se puede deducir, así, que los procesos de inclusión de las personas con discapacidad en plena igualdad de derechos y libertades son todavía un fenómeno reciente. En consecuencia, las sociedades contemporáneas se enfrentan al reto de construir marcos jurídicos, así como entornos sociales e institucionales, que fomenten la inclusión efectiva de todas las personas. Para ello, es necesario generar estructuras legislativas, sociales y políticas inclusivas que tomen como punto de referencia el ordenamiento jurídico internacional establecido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).

1.1.2. Marco Legislativo Vigente

En la actualidad, España cuenta con legislación específica en relación con la defensa de los derechos y libertades, así como los procesos de inclusión social, de las personas con discapacidad. Dicha normativa está desarrollada dentro del marco institucional que marca la Unión Europea (UE), ya que España es un Estado Miembro de la misma que debe, por tanto, respetar el Derecho de la UE en la elaboración de su legislación nacional. Por tanto, elaborar un marco legal completo exige contemplar ambos ordenamientos jurídicos.

A partir de lo recogido en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) y en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), la Unión Europea (UE) ha desarrollado normativas, estrategias y organismos propios. La Comisión Europea ha adoptado la Estrategia por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030, que ofrece una serie de directrices para garantizar la calidad de vida de este colectivo. Asimismo ha promulgado la Ley Europea de Accesibilidad, que obliga a la eliminación de barreras de accesibilidad cognitiva en los servicios y productos en toda la UE (ver Directiva UE 2019/882), y destina parte del Fondo Social Europeo Plus (FSE+) cada año a entidades y proyectos al servicio de las personas con discapacidad (ver Reglamento Europeo 2021/1057).

Otras iniciativas de la UE incluyen la creación del Centro Europeo de Recursos para la Accesibilidad (o AccessibleEU; <https://accessible-eu-centre.ec.europa.eu/>); las Tarjetas Europeas de Discapacidad y de Estacionamiento para personas con discapacidad (Comisión Europea, s.f.b); y la Plataforma sobre Discapacidad para la cooperación y el seguimiento de las prácticas inclusivas en los

Estados Miembro (Comisión Europea, s.f.a). Cada uno de los Estados Miembro, a partir de las directrices dictadas por la ONU y las normativas concretadas por la UE, formula su legislación en torno a la inclusión sociolaboral y educativa de la discapacidad.

A nivel nacional, España ha elaborado medidas para la inclusión de las personas con discapacidad. La normativa de carácter nacional con mayor rango es la Constitución Española, a la que están sujetas todas las demás leyes. En cuanto a las mismas, existe tanto normativa de aplicación a todo el territorio nacional como normativa elaborada por las Comunidades Autónomas dentro de las competencias derivadas, total o parcialmente, a los gobiernos autonómicos.

De acuerdo con la Constitución Española (CE), promulgada en 1978, el Estado está llamado a garantizar la igualdad ante la ley sin que exista discriminación por razón alguna (art. 14 CE), acatando para ello lo establecido en la Convención de los Derechos Humanos y demás tratados internacionales ratificados por España (art. 10 CE). Tiene también el deber de eliminar cualquier barrera a la participación política, económica, social y/o cultural (art. 9.2 CE), así como de crear medidas específicas de atención a la discapacidad (art. 49 CE).

Tras la entrada en vigor de la Constitución de 1978, la primera normativa elaborada y promulgada en materia de discapacidad fue la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). Dicha normativa señalaba que el Estado tiene el deber de garantizar los derechos fundamentales, así como la potestad para ejercerlos, de las personas con discapacidad. La LISMI fue derogada por el Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, que supuso la entrada en vigor de la actual Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, o Ley General de la Discapacidad (en adelante, LGD) mediante la aprobación de un texto refundido de las leyes sobre discapacidad con aplicación en todo el territorio (para más detalle, consultar la Tabla 1 del Anexo 1). Cabe destacar también la reciente Reforma del artículo 49 de la Constitución Española, de 15 de febrero de 2024, dado que ha permitido actualizar la terminología reemplazando el término “disminuidos” por el de “personas con discapacidad”.

Una aportación fundamental de la LGD es la definición actualizada de lo que la ley española entiende por discapacidad, que sigue la estela de las propuestas de Ainscow (2001) al subrayar el

papel fundamental del entorno como agente generador de inclusión-exclusión (art. 2 LGD) en función de cómo interactúen los elementos presentes en el contexto con las características de cada persona. De esta manera, la legislación española se acoge al nuevo paradigma de la inclusión, que aleja el foco de los “déficits” para ponerlo sobre el rol del contexto en la accesibilidad para todos y todas.

1.1.3. Sesgos Diagnósticos en la Detección del TDAH

En la última década se ha constatado un incremento generalizado en las estimaciones de prevalencia del TDAH en la población general (Diallo et al., 2021), en parte vinculada con la mejora de la metodología e instrumentos diagnósticos, el uso de mayores tamaños muestrales en los estudios realizados al respecto y la actualización de los criterios diagnósticos DSM-5 y CIE-11 (APA, 2022; Balbuena, 2016; Dreschler et al., 2020; OMS, 2024).

Sin embargo, estos factores no son suficientes para comprender por qué la prevalencia del TDAH pasa de una media estimada del 7'6% en población infantil al 5'6% en población adolescente, que a su vez desciende hasta el 3'1% en personas adultas y el 2'18% en personas mayores de 65 años (Ayano et al., 2023; Dobrosavljevic et al., 2020; Kooji et al., 2019; Salari et al., 2023). Tampoco da cuenta de por qué las ratios diagnósticas son de 3 niños por cada niña (da Silva et al., 2020), pero de 1 hombre por cada mujer (Faheem et al., 2022; Kooji et al., 2019).

A partir de los datos referidos se observa que las diferencias en las tasas de prevalencia y diagnóstico del TDAH varían, entre otros factores, en función de la edad y el género. Tal y como plantea Funkhouser (2024), el estudio de dichas discrepancias exige analizar si existen sesgos que afecten a los procesos de evaluación y diagnóstico del TDAH de las niñas y mujeres.

1.1.3.1. Conceptualización del Sesgo en el Ámbito Clínico. De acuerdo con la Real Academia Española (s.f., definición 7), el sesgo es un error no aleatorio en un proceso que afecta a sus resultados, y distorsiona de forma sistemática la realidad.

A partir de esta definición general se hace más sencillo comprender el concepto de “sesgo cognitivo” acuñado por Kahneman y Tversky (1972) en el seno de la Psicología, que se refiere a los errores sistemáticos que se producen en los procesos de razonamiento durante la toma de decisiones. Los sesgos cognitivos son una característica del pensamiento humano que permite

agilizar la toma de decisiones, a fin de ahorrar tiempo y recursos cognitivos (Korteling y Toet, 2022). Sin embargo, ser un rasgo propio de la cognición humana no significa que resulten inofensivos.

Siendo automatismos de la mente, los sesgos introducen el citado error sistemático si no se toman las medidas adecuadas para prever y gestionar su efecto. Los procesos de investigación en las disciplinas sanitarias generan conclusiones y datos con los que se formulan los modelos teóricos que guían la práctica clínica (ver Díaz, 2006; Zurita-Cruz y Villasis-Keever, 2021). Empleando dichos modelos, los y las profesionales interpretan los patrones sintomatológicos (Peña, 2012) y, en base al juicio clínico, determinan cómo intervenir; de modo que la presencia de sesgos en el conocimiento teórico-conceptual afecta a la práctica clínica y genera desigualdad (Fandel et al., 2008; Sabin, 2022).

La evidencia ha desvelado la presencia de sesgos étnico-raciales y de género, entre otros, en el conocimiento sanitario, ya que a lo largo de la historia el mismo ha sido generado estudiando la fisiología y anatomía de varones caucásicos (Sabin, 2022; Shi et al., 2021). Durante décadas se ha extrapolado dicho conocimiento a todas las personas como si fuese universal, pero en la actualidad se ha constatado que dichos modelos generan mayores dificultades en el acceso al servicio de salud, así como peor calidad de la atención, menor eficacia de los tratamientos y peores pronósticos, para las personas no caucásicas y/o para el género femenino (ver Carrilero et al., 2023; Cabanillas-Montferrer y Giménez-Bonafé, 2022; Dovidio et al., 2016; Hamed et al., 2022; Maina et al., 2018; Ruiz-Cantero et al., 2020; Samulowitz et al., 2018; Schnitzer et al., 2020; Tasa-Vinyals et al., 2015; Westergaard et al., 2019). De ello se deduce que la falta de conciencia de dichos sesgos teóricos y profesionales afectan al juicio clínico que formulan los y las profesionales en base a los modelos conceptuales de referencia, así como a la planificación de un tratamiento adecuado (Daniel y Wang, 2023).

Esto se aplica también al ámbito de la salud mental y las alteraciones del neurodesarrollo, que infiere el diagnóstico a partir de sintomatología cognitiva, emocional y/o conductual. Para el proceso de diagnóstico del TDAH, el juicio clínico se estructura en torno a una entrevista clínica con la persona y su entorno, a fin de analizar su historia de vida, antecedentes del desarrollo, situación actual y vivencia subjetiva (Terán, 2023). Dicha información se amplía con cuestionarios y test

neuropsicológicos de valoración de procesos psicológicos específicos, aunque el principal factor que determina el diagnóstico es la opinión clínica de la figura profesional.

En el caso del TDAH, la conceptualización y criterios diagnósticos originales que se realizaron a partir de casos de niños con conductas disruptivas e hipermotricidad ha generado un estereotipo que aún hoy continúa sesgando el proceso de detección (Francés et al., 2022; Young et al., 2020). Por una parte, las personas que encajan en el estereotipo reciben el diagnóstico aunque puedan no tener TDAH, mientras que aquellas cuyos síntomas difieren del prototipo no son diagnosticadas aunque puedan tenerlo. El TDAH es una condición a la vez sobrediagnosticada e infradiagnosticada, ya que los grandes sesgos y mitos sobre ella derivan en numerosos diagnósticos erróneos (Kooji et al., 2019).

Diagnosticar un TDAH que no hay, o no diagnosticar uno que sí, tiene consecuencias a varios niveles. Si el diagnóstico se realiza sin antes hacer un diagnóstico diferencial que descarte otras condiciones clínicas, puede darse un enmascaramiento de otros trastornos que producen sintomatología semejante a la del TDAH, y se quedan sin tratar (Sadek, 2023).

En el caso de que se inicie un tratamiento con fármacos, además, los psicoestimulantes pueden afectar al organismo a largo plazo, así como alterar el desarrollo en niños y niñas sin TDAH (Ford-Jones, 2015). Cuando se prescribe una medicación en estas circunstancias, supone una carga para el sistema de salud y para la economía familiar. Por otra parte, si el diagnóstico de TDAH se descarta cuando la persona sí presenta la condición, se impide el acceso a un tratamiento efectivo y, a menudo, a una explicación de los síntomas que no sea culpabilizante para la persona.

En último término, las estimaciones de prevalencia del TDAH y los modelos diagnósticos del mismo sufren una distorsión a causa de los diagnósticos errados. A su vez, esta distorsión impide que se mejoren los modelos teóricos e instrumentos diagnósticos, dado que la evidencia empírica termina por no reflejar la prevalencia y sintomatología reales del trastorno.

A fin de evitar dichos relatos sesgados sobre el TDAH, y lograr una mejor comprensión del mismo, es necesario conocer las variables que más a menudo sesgan los procesos diagnósticos. Son, según señala Ford-Jones (2015), dos: la edad y el género.

1.1.3.2. Sesgos de Edad en el Diagnóstico de TDAH. La idea del TDAH como un trastorno propio de la infancia está presente desde sus primeras descripciones, hechas a partir de la observación de niños “inquietos” que no prestaban atención en clase y dejaban de tener síntomas al llegar a la adultez (véase Crichton, 1798/2022). El manual DSM-II (APA, 1968) incluyó el TDAH como “reacción hiperkinética de la infancia”, y el sistema CIE-10 (OMS, 2019) describía los “Trastornos hiperkinéticos (F90)” como una condición propia de la infancia. Debido a que estas descripciones guiaron durante décadas la práctica profesional, en la actualidad se sigue viendo el TDAH como una condición de la niñez que rara vez persiste durante la adultez. En último término, este estereotipo conduce a la idea equivocada de que el TDAH adulto no existe, así como al diagnóstico erróneo de otras condiciones en su lugar (Vater et al., 2024).

Por otra parte, cada vez son más los estudios que ponen de manifiesto la relación entre el efecto de la edad relativa sobre la probabilidad de recibir un diagnóstico de TDAH. Dicho efecto se da en sistemas educativos que agrupan en un mismo curso a todos los niños y niñas con el mismo año de nacimiento. Esta asignación significa que, en un mismo aula, hay diferencias de edad de hasta doce meses (Urruticoechea et al., 2021), lo que se traduce en una distancia en términos de desarrollo. En consecuencia, ante la misma exigencia académica, el alumnado nacido a finales de año tiene mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de TDAH debido a que sus capacidades se encuentran en una etapa más temprana del desarrollo, pero son percibidas como alteradas por la comparación con los demás (Ford-Jones, 2015; Furzer et al., 2022; Holland y Sayal, 2018).

En tercer lugar, la edad influye sobre la presencia de estrategias de compensación. Cuando una persona con TDAH no recibe diagnóstico ni apoyos específicos, termina por adquirir herramientas y estrategias para compensar sus dificultades (Terán, 2023; Kysow et al., 2017).

Por otra parte se observa una progresiva disminución de la prevalencia del TDAH a lo largo del ciclo vital (Song et al., 2021; Vos y Hartman, 2022). Una de las posibles causas es el concepto que la comunidad científica tuvo del TDAH hasta el DSM-IV (APA, 1994) como un trastorno infantil de conducta, que provocó que aquellos niños y niñas sin conductas marcadamente disruptivas no fuesen diagnosticados de TDAH. Salvo en aquellos casos en los que estas personas hayan sido

diagnosticadas en la adultez, no se las recoge en los cálculos de prevalencia, por lo que las estimaciones realizadas no reflejan la incidencia real del TDAH adulto (Rivas-Vázquez, 2023).

Dicha tendencia al infradiagnóstico en generaciones anteriores conlleva, a su vez, una serie de consecuencias adversas. Se ha constatado que las personas con TDAH tienen mayor riesgo de muerte prematura (Barkley, 2020; Cortese et al., 2023; Diallo et al., 2021; Faraone, 2015; Kooji et al., 2019; Sun et al., 2019; Young, 2015), así como que el uso de medicación reduce de forma significativa la mortalidad de las personas con TDAH (Li et al., 2024; Vasiliadis et al., 2024).

En concreto, el TDAH está vinculado a varios factores de riesgo de muerte prematura, como las hospitalizaciones más frecuentes (Meyers et al., 2010), mayor propensión a las lesiones por accidentes domésticos (Barkley, 2014; Dalsgaard et al., 2015; Sun et al., 2019) y los accidentes de tráfico (Brunkhorst-Kanaan et al., 2021; London y Landes, 2016), mayor vulnerabilidad a los trastornos autoinmunes (Hoekstra, 2019; Zhou et al., 2017), una mayor incidencia de la epilepsia, las migrañas, las alergias y el asma (Kittel-Schneider et al., 2022; Zhou et al., 2017), un mayor riesgo de desarrollar obesidad (Cortese et al., 2015; Cortese, 2019), mayor riesgo de contagiarse de enfermedades de transmisión sexual (Brod et al., 2012), mayor incidencia de la fatiga crónica (Rogers et al., 2016) y mayores comorbilidades médicas (Hodgkins et al., 2011). En el caso de los y las adolescentes con TDAH, se observa asimismo un mayor riesgo de desarrollar conductas autolíticas y de fallecer por suicidio (Sun et al., 2019).

Cuando estas personas alcanzan la tercera edad, a los 65 años, reportan una menor calidad de vida (Michielsen et al., 2015; Thorell et al., 2019). Se ha observado que, en esta población, el impacto negativo acumulado de la sintomatología TDAH está ligado a un mayor riesgo de tener problemas financieros (Brod et al., 2012), mayor vulnerabilidad a la soledad no deseada y al aislamiento social (Michielsen et al., 2013), mayor riesgo de desarrollar demencia y Alzheimer (Fluegge y Fluegge, 2018) y mayores problemas de ansiedad y depresión (Fischer y Nilsen, 2024). Hay aún escasa investigación al respecto (Goodman et al., 2016; Dobrosavljevic et al., 2023).

De este modo, la disminución de la prevalencia estimada del TDAH en edades avanzadas está relacionada con el mayor riesgo de sufrir una muerte prematura, así como con la concepción del

TDAH como un trastorno infantil de conducta (Dobrosavljevic et al., 2020). Como consecuencia, resulta imprescindible tener en cuenta este sesgo derivado de la edad a fin de mejorar el diagnóstico y tratamiento del TDAH en la adultez.

1.1.3.3. Sesgos de Género en el Diagnóstico de TDAH. De acuerdo con equipos de investigación como el de Faraone et al. (2024), existen sesgos de género en los modelos diagnósticos del TDAH. La población infantil experimenta una influencia significativa de los sesgos de género sobre los procesos de detección, evaluación, diagnóstico e intervención del TDAH, que afectan a niños y niñas de distintas formas (de Rossi et al., 2022).

El primer aspecto afectado por los sesgos de género es la precisión diagnóstica. Cada vez es mayor el volumen de estudios poblacionales que revela que las niñas son significativamente vulnerables al infradiagnóstico, incluso cuando cumplen los criterios diagnósticos DSM y/o CIE del TDAH (Furzer et al., 2022; Lynch y Davison, 2022; Martin, 2024; Mowlem et al., 2019; Nussbaoum, 2012; Oroian et al., 2023; Quinn y Wigal, 2004; Skogli et al., 2013; Wright et al., 2015; Young et al., 2020). En cambio, con los niños se observa el fenómeno contrario; el género masculino muestra índices significativos de sobrediagnóstico del TDAH, que distintos estudios relacionan con la patologización de las conductas disruptivas de un niño debido a que encajan en el estereotipo aún vigente del TDAH (Fresson et al., 2018; Furzer et al., 2022; Whitley, 2021). También se ha constatado que a los niños se les prescribe medicación para el TDAH con mayor frecuencia que a las niñas, incluso cuando tienen perfiles sintomatológicos equivalentes (Martin et al., 2024; Mowlem et al., 2019), y que acceden con mayor facilidad a los apoyos educativos específicos (Daniel et al., 2023).

Esta disparidad diagnóstica por género en la etapa infantil se ve reflejada en las ratios de prevalencia actuales. En población infantil, la proporción diagnóstica por género es de 3 niños por cada niña (da Silva et al., 2020); sin embargo, en población adulta se produce un fenómeno de igualación, quedando la proporción diagnóstica del TDAH por género en 1 hombre por cada mujer (Faheem et al., 2022; Kooji et al., 2019).

La presencia de una progresiva igualación en las ratios diagnósticas está vinculada con el segundo aspecto del proceso diagnóstico sesgado por género: la demora del diagnóstico en el

género femenino. Múltiples estudios han puesto de manifiesto las tasas elevadas de diagnósticos tardíos que sufren las mujeres, tanto con distintas patologías orgánicas (ver Cabanillas-Montferrer et al., 2022; Carrilero et al., 2023; Ruiz-Cantero et al., 2020; Saunders-Pullman et al., 2011; Sempere et al., 2023) como con la mayoría de alteraciones del neurodesarrollo y condiciones de salud mental (ver Faheem et al., 2022; Garb, 2021; Mayes et al., 2020).

Los estudios sobre la relación entre género y TDAH desvelan que las mujeres reciben su diagnóstico con varios años de retraso, en comparación con los hombres, y a menudo tras recibir al menos un diagnóstico psiquiátrico previo (Bermúdez, 2023; Holthe y Langvik, 2017; Klefsjo et al., 2021; Martin, 2024; Nussbaum, 2012). De acuerdo con Skoglund et al. (2023), la demora diagnóstica del TDAH en mujeres se sitúa en una cifra promedio de 4 años, siendo las medias de edad en el momento del diagnóstico de 14 años para los varones, y de 19 años para las mujeres.

Una de las causas de esta demora, que además está muy relacionada con los fenómenos de sobre e infradiagnóstico, es la ausencia de diagnósticos diferenciales del TDAH en el proceso de evaluación. Todo proceso de evaluación clínica debe realizar un diagnóstico diferencial, que consiste en valorar y descartar otras condiciones que podrían producir cuadros clínicos como el observado; se trata de comprobar que la causa de la sintomatología sea la que se diagnostica y no otra (APA, 2018).

Cuando no se realizan dichos diagnósticos diferenciales, la fiabilidad de los diagnósticos se reduce, de modo que es más probable que se realicen diagnósticos erróneos. En el caso de los niños, la falta de dichos diagnósticos diferenciales guarda relación con el fenómeno del sobrediagnóstico de TDAH. Cuando un niño presenta los comportamientos disruptivos e inatentos recogidos en la visión estereotipada del TDAH, la derivación se produce por sospecha de TDAH, y es frecuente que se le diagnostique dicha condición sin realizar primero una evaluación neuropsicológica exhaustiva, o un diagnóstico diferencial que compruebe si se cumple algún criterio de exclusión (Bruchmüller et al., 2012; Ford-Jones, 2015; Fresson et al., 2019; Petre, 2019; Sadek, 2023).

Debido a este fenómeno, en el género masculino se obvian a menudo la valoración del contexto sociofamiliar, las variables psicosociales, la posibilidad de que haya problemas médicos no detectados o diversos trastornos de salud mental (Fresson et al., 2018; Furzer et al., 2022; Sadek,

2023; Whitley, 2021). Por otra parte, se ha observado una interacción entre el género y el citado efecto de la edad relativa, ya que los niños nacidos a finales de año corren un mayor riesgo de que se patologicen las conductas propias de su etapa del desarrollo y se sobreestimen sus dificultades (Mowlem et al., 2019).

Los mismos mecanismos inciden, además, en el infradiagnóstico del TDAH en el género femenino, que a menudo comienza el proceso de evaluación de TDAH con por lo menos un diagnóstico psiquiátrico previo y, en la mayoría de los casos, erróneo o incompleto (Martin et al., 2024; Sempere et al., 2023). Dado que el TDAH femenino se manifiesta con un cuadro clínico de corte internalizante, que produce una sintomatología distinta a la masculina por su carácter menos disruptivo (Funkhouser, 2024; Hinshaw et al., 2021; Klesfjo et al., 2021; Martin, 2024; Mayes et al., 2020; Mendaña, 2023; Terán, 2023), las derivaciones a servicios de evaluación se producen con menor frecuencia y, cuando ocurren, son por sospecha de trastorno del estado de ánimo o de ansiedad (Attoe et al., 2023; Funkhouser, 2023; Oroian et al., 2023).

Por otra parte, durante mucho tiempo se ha afirmado que la presentación de TDAH más común en las niñas y mujeres es la inatenta, dado que distintos estudios señalan una menor intensidad de la sintomatología hiperactiva-impulsiva en comparación con los varones (Bruchmüller et al., 2012; Hinshaw et al., 2021; Young et al., 2020) y relacionan la mayor sutileza de los problemas de inatención con la menor tasa de diagnósticos infantiles de TDAH en niñas (Furzer et al., 2022; Funkhouser, 2024; Oroian et al., 2023). Nuevos estudios, sin embargo, plantean que la hiperactividad-impulsividad de las niñas quizás no sea menos frecuente, o tenga menor intensidad, sino que se expresa de forma diferente y, por ello, pasa desapercibida en el hogar y la escuela (Skogli et al., 2013; Slobodin y Davidovitch, 2019).

A esto se añade otra posibilidad, que es que las niñas se esfuercen por compensar u ocultar la sintomatología disruptiva como las interrupciones, los olvidos, la competitividad o los estallidos emocionales. Pese a que la presencia de conductas como las mencionadas aumentan la probabilidad de que se produzcan la derivación y diagnóstico de TDAH (Mowlem et al., 2018), se ha constatado que las niñas a menudo desarrollan estrategias de compensación y enmascaramiento debido a que, a

nivel social, esta sintomatología es castigada por considerarse que se trata de comportamientos poco femeninos (Ellemers, 2018; Sullivan et al., 2022). Como consecuencia, en muchas ocasiones no se trata de que haya menor nivel de hiperactividad, sino de que las niñas realizan grandes esfuerzos por enmascararla mediante hábitos y patrones obsesivos, rígidos o perfeccionistas que, al ocultar la sintomatología disruptiva, dificultan el diagnóstico de TDAH y los consiguientes apoyos e intervención (Bermúdez, 2023; Hindshaw et al., 2021; Martin, 2024; Mendaña, 2023; Sullivan et al., 2022).

Estas dos afirmaciones en relación con la sintomatología TDAH en niñas, que plantean por una parte un carácter internalizante y por la otra la presencia de síntomas externalizantes, comparten un origen común en los estereotipos de género. Se entiende por estereotipo un conjunto de creencias sobre cómo es un determinado grupo, al que se asocia una serie de rasgos distintivos (Ellemers, 2018). Asimismo, los estereotipos dictan qué capacidades, atributos y comportamientos se consideran adecuados y esperables de dicho grupo, y cuáles son inapropiados (Castillo-Mayén y Montes-Berges, 2014; Hentschel et al., 2019), e incluso susceptibles de ser castigados.

En relación con el género, los estereotipos sobre las mujeres caracterizan al género femenino como más propenso a la inestabilidad emocional y las vivencias afectivas más intensas, y asocian a la mujer rasgos como la tendencia a sentir ansiedad con facilidad, la menor autoestima debido a un autodiálogo interno de carácter muy crítico, la tendencia a la depresión, la mayor distractibilidad, el perfeccionismo, los cambios de humor o el habla excesiva (Castillo-Mayén et al., 2014). Como consecuencia de la asunción de que la ansiedad, la inquietud o las ensoñaciones y distracciones son parte de la naturaleza femenina, se suele restar importancia a la sintomatología anímico-ansiosa, inatenta e hipersensible de las niñas (Mendaña, 2023; Mowlem et al., 2019; Sullivan et al., 2022).

Cuando la intensidad de los síntomas internalizantes es tal que provoca una derivación a los servicios de salud mental, las estrategias de compensación que enmascaran los síntomas más disruptivos del TDAH reducen la probabilidad de que se baraje dicho diagnóstico. Sumado a la presencia de síntomas internalizantes, esto provoca que a menudo se diagnostiquen trastornos del estado de ánimo, de ansiedad u obsesivo-compulsivos sin realizar un diagnóstico diferencial previo que contemple el TDAH como una posibilidad (Mendaña, 2023). Las niñas con TDAH que sí son

diagnosticadas en la infancia suelen presentar una mayor gravedad de los síntomas, así como un mayor deterioro de la calidad de vida, que los niños (de Rossi et al., 2022).

A modo de conclusión, la evidencia comentada evidencia que existen diversos sesgos de género que afectan a la fiabilidad de los diagnósticos. En relación con las niñas y adolescentes con TDAH, a menudo provocan que no sean evaluadas o, si lo son, que reciban diagnósticos psiquiátricos vinculados con la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Como consecuencia, el TDAH femenino tiende a ser infradiagnosticado en edad infantoadolescente, y por tanto muchas mujeres alcanzan la adultez sin haber podido acceder al diagnóstico y tratamiento adecuados para sus dificultades (Mowlem et al., 2018; Young et al., 2020).

1.1.4. Diagnósticos Tardíos de TDAH en la Mujer Adulta

El análisis realizado sobre los sesgos diagnósticos lleva a plantear qué implicaciones tienen. ¿Por qué al alcanzar la edad adulta sí se diagnostica de TDAH a personas que no fueron evaluadas en su infancia o adolescencia? ¿Qué sucesos detonan la sospecha diagnóstica, derivación y diagnóstico en la adultez? ¿Hay cambios en la sintomatología? ¿Afecta al bienestar personal y el desarrollo de estas personas el hecho de haber experimentado esta demora diagnóstica? ¿Cómo es la vivencia subjetiva de estas personas, en especial de las mujeres, del diagnóstico adulto de TDAH?

1.1.4.1. Diagnóstico y Sintomatología del TDAH Adulto. Una de las razones por las que durante décadas se ha conceptualizado el TDAH como un trastorno de la infancia, que en la mayoría de los casos remite de forma espontánea con la llegada a la adultez, es el cambio en la sintomatología del TDAH que se produce al dejar atrás la etapa infantojuvenil (Robinson et al., 2023). Distintos estudiosos del TDAH en personas adultas, como Ayano et al. (2023), han cuestionado la validez de los diagnósticos tardíos de TDAH precisamente por no haberse producido en la etapa infantil, sugiriendo que podría tratarse de diagnósticos erróneos. Sin embargo, estudios como los de Kittel-Schneider et al. (2022), van Lieshout et al. (2016) Rivas-Vázquez et al. (2023), Song et al. (2021) y Vater et al. (2024), así como las Declaraciones sobre el Consenso Europeo respecto al TDAH adulto publicadas por Kooji et al. (2019), así como las Declaraciones de la Federación Mundial de TDAH enunciadas por Faraone et al. (2021), rechazan esta idea. De acuerdo con estas y otras

publicaciones, los diagnósticos de TDAH realizados en la etapa adulta son juicios clínicos válidos de esta condición neuropsicológica, que a menudo se han visto demorados por los sesgos descritos en apartados anteriores (Breda et al., 2021).

Como consecuencia de la maduración neurobiológica, se ha observado que las personas adultas con TDAH muestran menores niveles de hiperactividad-impulsividad externalizante, siendo la sintomatología más frecuente la inatenta (Gómez Montero de Espinosa, 2023; Kooji et al., 2019; Terán, 2023). La misma se traduce en dificultades para organizar tanto el tiempo como las tareas y responsabilidades, que a menudo afectan tanto a la productividad académico-laboral como a la conciliación familiar, las relaciones sociales e incluso las tareas del hogar, tanto de limpieza como de mantenimiento y pago de seguros y recibos (Adamou et al., 2013; Dorr y Armstrong, 2019). Si bien a menudo estas personas terminan por desarrollar estrategias de compensación de sus dificultades, y mecanismos con los que prevenir consecuencias adversas de las mismas, esto supone un sobreesfuerzo que puede afectar a la salud emocional y el bienestar psicológico (Kysow et al., 2017).

A diferencia del TDAH infantojuvenil, el TDAH adulto está vinculado a la desregulación emocional. Si bien aún no ha sido incluida en los sistemas diagnósticos CIE-11 ni DSM-5-TR, autores como Beheshti et al. (2020) o Soler-Gutiérrez et al. (2023) subrayan los elevados niveles de inestabilidad emocional que experimentan las personas adultas con TDAH, en comparación con sus pares sin la condición. Pese a que aún no se conocen las causas exactas de esta desregulación, se ha sugerido que podría tratarse de un cambio en la expresión de la hiperactividad-impulsividad, que pasaría a tener un carácter mucho más internalizante tanto en varones como en mujeres (Groves et al., 2020). En consecuencia, las personas adultas con TDAH experimentan dificultades para gestionar sus emociones y reacciones a situaciones de la vida cotidiana, con las consiguientes repercusiones en sus relaciones sociales y su estado de ánimo (Faheem et al., 2022; Terán, 2023).

Por otra parte, se ha observado que las personas adultas con TDAH a menudo experimentan déficits de las funciones ejecutivas, que son aquellas que permiten autorregular la conducta, en los planos cognitivo, conductual y emocional (Antshel et al., 2014; Faraone et al., 2021). Dichas afectaciones ejecutivas se manifiestan de múltiples maneras, entre las que se cuentan las dificultades

para sostener el esfuerzo en las tareas, los problemas para trabajar en pos de recompensas demoradas en el tiempo o los comportamientos impulsivos en relación con el dinero, las conductas delictivas, el puesto de trabajo o las relaciones sociofamiliares (Brod et al., 2012; Cristofori et al., 2019; Fletcher y Wolfe, 2009; Sjöwall y Thorell, 2019).

Como consecuencia de la desregulación, con los consiguientes altibajos vitales, las personas adultas con TDAH presentan una mayor prevalencia de las diferentes comorbilidades psiquiátricas (Hodgkins et al., 2011; Reale et al., 2017), así como una mayor vulnerabilidad a las conductas autolíticas y tentativas suicidas (Sun et al., 2019), un mayor riesgo de desarrollar adicciones a sustancias (Norton et al., 2016; Oliva et al., 2021; Rohner et al., 2023) o al alcohol (Ohimeier et al., 2008) y una mayor tendencia a mostrar conductas sexuales de riesgo (Brod et al., 2012), con frecuencia vinculadas con las enfermedades de transmisión sexual e incluso los embarazos no deseados en los primeros años de la edad adulta (Mendaña, 2023).

Otros problemas asociados al TDAH adulto son las alteraciones de la calidad del sueño y el mayor riesgo de desarrollar muy diversos problemas de salud física, entre los que se cuentan las migrañas, las gastralgias, la fatiga crónica, los trastornos neurodegenerativos, la fibromialgia o la obesidad, los problemas de salud cardíaca y las muertes prematuras por causas no naturales (Brod et al., 2012; Daisgaard et al., 2015; Fluegge et al., 2018; Hodgkins et al., 2011; Katzman et al., 2017; London et al., 2016; Mendaña, 2023).

De esta manera, el TDAH en la adultez está caracterizado por una mayor vulnerabilidad a distintas adversidades psicosociales y diferentes problemas de salud, que en conjunto suponen una reducción de la calidad de vida de estas personas.

1.1.4.2. Características del TDAH en Mujeres. De acuerdo con lo expuesto en lo tocante a los sesgos de género en el diagnóstico del TDAH, la sintomatología de las niñas, adolescentes y mujeres es diferente a la de los varones, dado que presenta un carácter más internalizante que cursa con sintomatología de carácter ansioso, anímico, autocrítico e inquieto (Bruchmüller et al., 2012; Hinshaw et al., 2021; Mendaña, 2023; Mohammadi et al., 2019; Mowlem et al., 2019; Sullivan et al., 2022; Young et al., 2020). No es extraño, por tanto, que en la adultez las mujeres con TDAH sean propensas a las comorbilidades psiquiátricas del espectro obsesivo-compulsivo, del estado de ánimo o de ansiedad (Mendaña, 2023).

Con la llegada a la edad adulta, esta sintomatología internalizante supone una serie de retos y dificultades en relación con el ámbito laboral y las relaciones interpersonales (Faheem et al., 2022; Oroian et al., 2023). Debido a los olvidos y despistes, que se complejizan hasta exceder las estrategias de compensación adquiridas durante la infancia y adolescencia, a las mujeres adultas con TDAH les resulta complicado conciliar con éxito su vida social, familiar y laboral, por lo que con frecuencia sus relaciones con otras personas se resienten y la sensación de ser un fracaso, un fallo o un “bicho raro” aumenta aún más (Terán, 2023). Esto genera niveles muy elevados de ansiedad, así como sensación de descontrol y de estar sobrepasadas, de modo que precipitan brotes sintomatológicos por los que son derivadas a los servicios de evaluación psiquiátrica (Holthe et al., 2017; Mendaña, 2023).

1.1.4.3. Consecuencias de los Diagnósticos Tardíos de TDAH en la Mujer. Pese a que el momento del diagnóstico ofrece una explicación a las dificultades que durante muchos años han complicado la vida de estas mujeres, es frecuente que expresen sentimientos de tristeza, pesimismo e incluso ira por no haber sido diagnosticadas antes (Morgan, 2023).

Tener una explicación temprana a sus dificultades hubiese supuesto no achacarlas a ellas mismas, así como haber podido acceder a atención educativa específica para sus necesidades, y a los apoyos pertinentes tanto terapéuticos como educativos (Severance y Howell, 2017). Asimismo hubiese prevenido la grave afectación de la autoestima, el autoconcepto y el bienestar psicológico que nace de la sensación de no encajar; de no ser suficiente; de no ser capaces de hacer lo mismo

que las compañeras, o de necesitar el doble de tiempo y esfuerzo para ello (Kotha y Mo, 2024; di Lorenzo et al., 2021; Mendaña, 2023; Terán, 2023).

Esta es quizá la consecuencia más dolorosa del diagnóstico tardío. Estas mujeres alcanzan la adultez con la sensación de ser un fracaso; de ser tontas; de no “servir” para estudiar o trabajar; de ser personas poco fiables; y, en último término, de ser “defectuosas”, de no poder hacer las cosas de manera autónoma y de estar condenadas a ser un fracaso durante toda su vida (Attoe et al., 2023; Lynn, 2019). Debido a ello, a las dificultades emocionales, de gestión del tiempo y planificación, de inatención o de comportamientos impulsivos se añade, en el caso de las mujeres, la carga adicional de haber sufrido las consecuencias de no cumplir las expectativas sobre cómo debían ser durante años, que deja la autoestima maltrecha debido a múltiples inseguridades y es un importante factor de malestar. Se trata, de este modo, de uno de los aspectos clave a trabajar con ellas.

1.1.5. Procesos de Inserción Sociolaboral

1.1.5.1. Inserción Sociolaboral y Calidad de Vida. En relación con la mejora de la calidad de vida, uno de los referentes al respecto es el modelo de Schalock y Verdugo (2002), que postula la existencia de una serie de dimensiones subjetivas que modulan la percepción de bienestar subjetivo de las personas. Varias de estas dimensiones incluyen aspectos relacionados con el ámbito sociolaboral, por lo que trabajar en el mismo, permite estimular la percepción de calidad de vida que tienen las personas (Gómez et al., 2010; Verdugo et al., 2005; Verdugo et al., 2021) y, a la vez, aliviar la carga que suponen bien el desempleo, bien la incapacidad para mantener un empleo, bien la sensación de no estar teniendo éxito real en el puesto de trabajo (Gil et al., 2023).

En términos legislativos, los procesos de inserción sociolaboral son estimulados mediante una serie de programas, denominados “políticas activas de empleo”, que pueden dirigirse a cualquier persona con dificultades para la empleabilidad o a colectivos específicos que tengan una especial vulnerabilidad al desempleo. De acuerdo con el Artículo 31 de la Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo, las políticas activas de empleo se definen como:

El conjunto de servicios y programas de orientación, intermediación, empleo, formación en el trabajo y asesoramiento para el autoempleo y el emprendimiento dirigidas a impulsar la

creación de empleo y a mejorar las posibilidades de acceso a un empleo digno, por cuenta ajena o propia (...). (Ley 3/2023, de 28 de febrero, p.31)

De acuerdo con esta definición, los programas de inserción sociolaboral cuyo objetivo sea mejorar la empleabilidad de las personas, de modo que faciliten la obtención y conservación de un puesto de trabajo remunerado y digno, forman parte de dichas políticas activas de empleo. Aquellas diseñadas y ofertadas por el Sistema Nacional de Empleo están reguladas por el Real Decreto 818/2021, de 28 de septiembre. Por su parte, aquellas dirigidas a las personas con discapacidad, como la que propone este TFM, quedan estructuradas por el Real Decreto 870/2007, de 2 de julio.

Cabe concluir, de esta manera, que los procesos de inserción sociolaboral van más allá de la búsqueda de un puesto de trabajo, e involucran competencias interpersonales y comunicativas tanto para la obtención de un empleo como para el éxito laboral en relación con proyectos en equipo y las relaciones informales con otras personas que trabajan en la misma empresa.

1.1.5.2. La Inserción Sociolaboral para Personas con Discapacidad.

Pese a la existencia de legislación específica como la citada, que proporciona directrices específicas para la inclusión de la diversidad en el ámbito laboral, todavía no existe una igualdad efectiva en el acceso al trabajo ni en las oportunidades de desarrollo profesional de las personas con y sin discapacidad (Bonaccio et al., 2020). De acuerdo con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (2023), la tasa de empleo de las personas con discapacidad es del 27'8% (frente a la tasa del 68'1% para las personas sin discapacidad), mientras que la tasa de paro de dicho colectivo asciende al 21'4% (que es mayor a la tasa del 12'8% de las personas sin discapacidad). La brecha entre las personas con y sin discapacidad en términos de empleo asciende, por tanto, a una diferencia de 42'7 puntos en relación con la proporción de personas con un empleo, poniendo de manifiesto una situación de desventaja desproporcionada en los procesos de búsqueda, obtención y conservación de un puesto de trabajo.

Uno de los factores que median la brecha de oportunidades laborales entre las personas con y sin discapacidad es la percepción que se tiene de su potencial, o de sus habilidades, en comparación con los de personas sin discapacidad. Pese a que las personas con discapacidad pueden tener una

formación reglada igual a la de sus pares sin discapacidad, así como diferentes habilidades que no están relacionadas con su discapacidad, se ha constatado que existen fuertes prejuicios hacia estas personas, que limitan su contratación y las oportunidades que se les da (McKinney y Swartz, 2021; Sevak et al., 2015). Con el objetivo de reducir dichos prejuicios y crear oportunidades para este colectivo, se han desarrollado programas de inserción sociolaboral, a menudo restringidos a personas con discapacidad física, sensorial o intelectual.

Sin embargo, las personas con TDAH presentan una serie de necesidades específicas que, en interacción con distintos aspectos del contexto laboral, también dificultan su empleabilidad.

1.1.5.3. Programas de Inserción Sociolaboral de las Personas con TDAH

La mayoría de iniciativas que buscan promover la inclusión de las personas con TDAH en el entorno laboral consisten en recopilatorios de directrices en forma de guías y páginas web para las empresas, como la guía de la Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Afectats de TDAH (s.f.) o las directrices redactadas por Hendel (12 de junio de 2024). Se pueden encontrar asimismo algunos recursos con recomendaciones dirigidas a las propias personas con TDAH, como por ejemplo el artículo publicado por Neurodiversi sobre TDAH y empleo (s.f.). En estos documentos se ofrece una breve psicoeducación acerca del TDAH, y se da cuenta de las formas en que se manifiesta en el lugar de trabajo y las distintas estrategias con las que se puede responder a las dificultades producidas por la sintomatología TDAH.

Por otra parte, existen proyectos dirigidos a las personas con discapacidad y/o problemas de salud mental en los que pueden solicitar plaza las personas adultas con TDAH, como es el caso de Xarxa Capacitem II (Cermi, 8 de julio de 2024) o del programa Incorpora de la Fundació la Caixa (s.f.). Desde la fundación AFNADAH (s.f.) se ha impartido un taller de inserción laboral para personas con TDAH de entre 16 y 30 años de edad, y desde la asociación FEAADAH (s.f.) se han incluido ponencias en congresos sobre proyectos de inserción laboral de personas jóvenes con TDAH.

No existen, sin embargo, programas de intervención para personas adultas con TDAH con problemas de empleabilidad. Las intervenciones que afloran al consultar diversos repositorios y bases de datos se dirigen a población infantojuvenil, y tienen un carácter psicoeducativo que se limita a las

capacidades cognitivas, la adquisición de contenidos curriculares o el desarrollo de competencias relacionadas con el currículo académico, la gestión emocional y las habilidades sociales. Si bien las personas con TDAH pueden acceder a puestos de trabajo a través del cupo de plazas reservado a personas con discapacidad, en caso de tener reconocido oficialmente un grado superior al 33%, sigue sin tratarse de una iniciativa específicamente dirigida a esta población, que por tanto no aborda sus necesidades específicas ni ofrece apoyo alguno más allá de la reserva de plazas.

1.2. Justificación

Mediante la revisión teórica realizada se ha comprobado que las mujeres adultas con diagnósticos tardíos de TDAH presentan una serie de necesidades específicas, que están relacionadas tanto con las diferencias de género en la sintomatología del TDAH como con las consecuencias de no haber recibido el diagnóstico a edades tempranas. En consecuencia, el diseño de intervenciones dirigidas a esta población debe partir de la especificidad de sus necesidades, a fin de crear recursos útiles para responder a sus demandas de apoyo.

También se ha explorado el concepto de inserción sociolaboral, que engloba el proceso de acceso al mercado laboral; la búsqueda de empleo; el acceso a un empleo; la conservación del mismo; y el aprovechamiento del puesto de trabajo para estimular el pleno desarrollo profesional de cada persona. Esto ha permitido comprender que el fomento de la inserción sociolaboral no puede limitarse a la búsqueda de un puesto de trabajo; sino que es un proceso que debe dotar a cada persona de las competencias necesarias para sobreponerse a las distintas barreras que pueda encontrar en cada etapa del proceso de inserción sociolaboral.

Pese a que el marco legislativo vigente ampara la creación de programas de inserción sociolaboral para dar respuesta a necesidades específicas derivadas de la discapacidad, se ha comprobado la escasez de intervenciones dirigidas a las personas con alteraciones del desarrollo que no sean la discapacidad intelectual o el autismo; así como que los pocos programas diseñados para personas adultas con TDAH tienden a obviar las diferencias de género en cuanto a sintomatología y necesidades, así como las dificultades añadidas derivadas de los diagnósticos tardíos.

Todo ello ha permitido constatar la ausencia, en la actualidad, de programas de inserción sociolaboral diseñados para mujeres adultas con TDAH que, además, hayan recibido el diagnóstico en la adultez. Sin embargo, también ha permitido perfilar cuáles son las necesidades específicas de este colectivo, y la importancia del desarrollo profesional para el bienestar subjetivo de estas mujeres.

Como resultado de todo lo anterior, en este TFM se diseña una propuesta de intervención consistente en un programa de inserción sociolaboral para el colectivo de mujeres adultas con diagnóstico tardío de TDAH, que se estructura a partir de las directrices de la normativa vigente y toma como referencia otros programas de inserción sociolaboral para personas con necesidades específicas derivadas de una discapacidad.

1.3. Objetivos del Trabajo de Fin de Máster

1.3.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención que fomente la inserción sociolaboral de las mujeres adultas con diagnóstico tardío de TDAH a través de la adquisición de las distintas competencias relacionadas con la empleabilidad.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Desarrollar una búsqueda y revisión bibliográficas sobre los últimos hallazgos en relación con el TDAH en la adultez, las características distintivas del TDAH en mujeres y las causas de los diagnósticos tardíos, a fin de comprender qué necesidades atenderá la propuesta.
2. Ahondar en las causas de las demoras diagnósticas, comprender su prevalencia en la población femenina y determinar a qué dificultades específicas puede dar lugar.
3. Identificar los retos y desafíos principales que encuentran las mujeres con TDAH de diagnóstico tardío en las distintas etapas del proceso de inserción sociolaboral, y determinar las competencias clave que estimulan la empleabilidad de este colectivo.
4. Diseñar un programa que estimule el desarrollo de dichas competencias clave para fomentar la inserción sociolaboral de estas mujeres, estructurado en varias sesiones con actividades de puesta en práctica de las competencias y estrategias trabajadas.

5. Elaborar sistemas de evaluación inicial, sumativa y global para conocer las necesidades e intereses de las mujeres participantes, así como la efectividad de la propuesta de intervención diseñada en el desarrollo de la empleabilidad de cada una de ellas.
6. Llevar a la práctica las distintas competencias de evaluación e intervención adquiridas a lo largo del Máster en Educación Especial, aplicándolas a situaciones de aprendizaje no formal.

2. Desarrollo de la Propuesta

2.1. Objetivos de la Intervención

2.1.1. Objetivo General

El objetivo general que guía la propuesta de intervención es fomentar la calidad de vida de las mujeres adultas con diagnósticos tardíos de TDAH a través de la mejora de su inserción sociolaboral.

2.1.2. Objetivos Específicos

El objetivo general enunciado se desgrana en una serie de objetivos de carácter más preciso y específico, agrupados en tres áreas relevantes para la empleabilidad que se hallan interrelacionadas.

1. Ámbito social-interpersonal.

- a. Trabajar las habilidades sociales para contribuir a la mejora de las interacciones con otras personas, tanto en el ámbito laboral como en contextos de ocio.
- b. Desarrollar estrategias de resolución de conflictos mediante el entrenamiento en escucha activa y la comunicación asertiva.
- c. Estimular la capacidad de trabajo en equipo realizando dinámicas cooperativas y role-playings que exijan colaborar con otras personas.

2. Ámbito profesional-laboral

- a. Orientar a las participantes mediante la elaboración de itinerarios personalizados de inserción sociolaboral ajustados a sus intereses, formación y destrezas.
- b. Promover el acceso al mercado laboral de las participantes mediante la formación en procesos de búsqueda de empleo.

3. Ámbito personal.

- a. Promover el autoconocimiento, así como el desarrollo de un autoconcepto equilibrado que incluya tanto fortalezas como áreas de mejora.
- b. Fortalecer la capacidad de mantener la atención selectiva en una tarea mediante el entrenamiento cognitivo.
- c. Mejorar la gestión de la ansiedad con estrategias de prevención y manejo del estrés.

- d. Fomentar la sensación de autoeficacia, así como la autonomía, mediante el uso de herramientas de planificación diaria y organización del tiempo.

2.2. Contextualización y Destinatarias

La propuesta de intervención se contextualiza en la Comunidad de Madrid, donde se encuentra la Asociación Madrileña de Adultos con TDAH (en adelante, AMATDAH). Creada por y para personas adultas con TDAH en respuesta a la falta de recursos específicos para el TDAH adulto (AMATDAH, s.f.-c), la entidad persigue como objetivo principal la defensa de los derechos de estas personas mediante proyectos y actividades que fomenten su crecimiento personal (AMATDAH, s.f.-b).

Ya que la propuesta de intervención busca estimular la empleabilidad de las mujeres adultas con TDAH con el fin de mejorar su calidad de vida, es coherente con la misión de AMATDAH, por lo que se ha diseñado el programa para ofrecerlo a la asociación y que valore su potencial inclusión en su próximo ciclo de actividades. En relación con el aforo, los grupos de apoyo de AMATDAH ya cuentan con un espacio apalabrado que usan con regularidad, cuyo aforo es de unas 15 personas (AMATDAH, s.f.-a). A fin de aprovechar dicho espacio la oferta será de 15 plazas.

En relación con la población diana, se ha enfocado la propuesta a mujeres adultas con diagnóstico tardío de TDAH cuyas edades estén comprendidas entre los 29 y 34 años de edad. Se ha escogido dicho intervalo porque las iniciativas de inserción sociolaboral a menudo se dirigen a población joven de entre 18 y 28 años de edad. Debido a ello, se pretende ofrecer este programa a una franja etaria que a menudo carece de programas de inserción sociolaboral para sí.

2.3. Competencias y/o Habilidades

De acuerdo con el modelo de la calidad de vida que plantean Schalock y Verdugo (2002), la sensación de bienestar subjetivo está vinculada con ocho dimensiones, que son transversales a todos los ámbitos vitales de la persona y constan de una serie de indicadores específicos (ver Anexo 1). Si bien la intervención está enfocada de manera explícita a la empleabilidad de las participantes, el objetivo general establece que la finalidad última es incidir sobre la calidad de vida.

Con este objetivo final en mente, las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock et al., 2002) han sido tomadas como referencia para escoger los contenidos y las

competencias a trabajar a lo largo de la intervención. En el proceso se han incorporado asimismo las ampliaciones y actualizaciones que se han realizado desde la publicación del manual original. En concreto, se han empleado los desarrollos planteados por Gómez et al. (2010), Verdugo et al. (2005) y Verdugo et al. (2021).

Una vez planteadas las competencias clave que se desea trabajar, se las ha incluido como Objetivos del programa. A continuación se han tomado las necesidades específicas de las mujeres con diagnósticos tardíos de TDAH, y se ha desarrollado el diseño de los contenidos a abordar con ellas en mente como áreas de mejora para esta población.

2.4. Metodología

Una vez determinados los objetivos y los contenidos, se ha reflexionado respecto a qué metodologías, estrategias didácticas y formato de las actividades permitirán aprovechar al máximo la naturaleza grupal que tendrá cada una de las sesiones. Gracias a que la propuesta plantea ofertar 15 plazas, genera una serie de valiosas oportunidades para trabajar las habilidades interpersonales, de modo que se han elegido las metodologías a emplear con la intención de sacar partido al grupo como elemento potenciador del aprendizaje.

De acuerdo con el enfoque experiencial que plantea Dewey (2010/1938), los aprendizajes significativos son aquellos que la persona adquiere mediante la experiencia en primera persona. En esta concepción, la persona que adquiere aprendizaje se convierte en un agente activo que guía la interacción con la actividad propuesta. Con el objetivo de generar aprendizajes significativos y funcionales, cada actividad está diseñada de modo que permita a cada persona tener una experiencia única, individualizada y contextualizada en la vida cotidiana.

El programa aplica este enfoque mediante el uso de metodologías activas, que suponen una puesta en práctica de la pedagogía experiencial de Dewey al convertir a quienes aprenden en las figuras protagonistas del proceso (Gutiérrez et al., 2023). Se ha escogido cuatro de ellas en base a su capacidad para generar situaciones de aprendizaje funcionales, contextualizadas en la vida cotidiana e intercompetenciales. Se va a trabajar con: dinámicas cooperativas, gamificación, role-playing y aprendizaje basado en retos.

El término “dinámica cooperativa” engloba todas aquellas actividades planteadas de forma que su resolución satisfactoria exija poner en práctica la capacidad de trabajar en equipo (Johnson y Johnson, 2014). A su vez, el trabajo en grupo exige utilizar habilidades sociales, así como establecer una comunicación positiva, para alcanzar los objetivos con éxito (Pachay et al., 2020), de modo que cualquier actividad planteada desde esta dinámica trabaja competencias sociocomunicativas sin que sean el contenido explícito de la actividad. Se trata de un planteamiento que permite a las participantes trabajar las competencias interpersonales aplicándolas a distintas situaciones o exigencias, de modo que les otorga funcionalidad (Juárez-Pulido et al., 2019).

Por su parte, la gamificación consiste en diseñar las actividades a partir de los principios, mecánica y elementos propios de un juego, a menudo virtual; con fin de incrementar la motivación intrínseca por realizar la tarea, mediante la presentación de los contenidos en un formato interactivo (Christopoulos y Mystakidis, 2023). Cabe destacar que, como refleja el gran número de juegos multijugador que existen, la gamificación puede combinarse con una dinámica cooperativa para crear situaciones de aprendizaje con los beneficios de ambas (Fonseca et al., 2023).

Asimismo se va a utilizar el role-playing, una estrategia pedagógica consistente en realizar representaciones teatralizadas de situaciones reales. Resolverlas exige poner en marcha una serie de habilidades, recursos y competencias, de modo que permite prepararse para la futura práctica profesional o desenvolvimiento en la vida real (Westrup y Planader, 2013). Su introducción en este programa pretende ofrecer a las participantes la oportunidad de poner en práctica habilidades sociales, competencias comunicativas y estrategias de trabajo en equipo en situaciones simuladas de entornos del ámbito laboral (Jackson y Back, 2011; Nair, 2018).

La última metodología activa escogida es el aprendizaje basado en retos, que plantea un problema de la vida cotidiana a resolver mediante la aplicación de competencias clave (Gilbert et al., 2018). Al consistir en un problema enmarcado en un contexto real, permite comprender la conexión que guardan los contenidos y competencias trabajados con las situaciones cotidianas que pueden darse en los futuros contextos laborales de las participantes (Bustos et al., 2019).

La Tabla 1 recoge una leyenda de los emoticonos asignados a cada metodología, contenido y objetivo. Dado que los emoticonos han sido escogidos en base al parecido físico que guardan con los elementos descritos, o con su puesta en práctica, tienen una función facilitadora de cara a la interpretación del inventario de actividades de la Tabla 2.

En conjunto, las Tablas 1 y 2 pretenden esquematizar todo lo hasta ahora expuesto, así como relacionarlo con las actividades incluidas en el programa a fin de exponer el valor y estructuración de cada una de ellas.

Tabla 1.


































Leyenda de los símbolos correspondientes a cada metodología, contenido y/u objetivo.

Metodologías		Contenidos		Objetivos / Competencias	
Dinámicas cooperativas		Autoevaluación		Habilidades sociales	
Gamificación		Mejora del autoconcepto y de la autoestima		Autoconocimiento y autoaceptación	
Role-playing		Mejora de la autoeficacia en el ámbito sociolaboral		Entrenamiento cognitivo	
Aprendizaje basado en retos		Gestión del estrés y manejo de la ansiedad		Gestión emocional sana	
		Entrenar la atención y las funciones ejecutivas		Comunicación efectiva	
		Escucha activa y comunicación asertiva		Mejora de la empleabilidad	
		Trabajo en equipo y resolución de conflictos		Capacidad de planificación y organización cotidianas	
		Herramientas para la organización y la planificación diarias		Hábitos saludables	
		Recibir evaluaciones y críticas constructivas			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.

Relación de cada actividad con su metodología, contenido(s) y objetivo(s).

Actividad	Metodología	Contenidos	Objetivos
Conocernos cómo somos, conocer cómo queremos ser			
Bote de los cumplidos			
Habilidades sociales y comunicación efectiva I: Negociar prioridades y cooperación laboral			
Habilidades sociales y comunicación efectiva II: Gestionar conflictos sociolaborales			
Estrategias de gestión de la ansiedad y prevención del estrés			
Taller de mejora del perfil profesional y la empleabilidad			
Taller de autocuidado I: Quererse bien. Gratitud y la meditación			
Taller de autocuidado II: Ejercitar las capacidades cognitivas			
Asesoramiento individualizado para el itinerario sociolaboral			
Digitalización para el bienestar y el aumento de la productividad			
¿En quiénes nos hemos empezado a convertir? Scrapbooking			

Fuente: Elaboración propia

2.5. Recursos, Materiales e Infraestructuras

El principal propósito del programa de intervención es el desarrollo de hábitos, así como la adquisición de competencias que resulten funcionales, en términos de aliviar las necesidades específicas que afrontan las mujeres adultas con diagnósticos tardíos de TDAH en su vida cotidiana, y que, a menudo, dificultan su inserción sociolaboral. De este modo, se escogen los recursos y

materiales con los que se trabajará en base a su funcionalidad, consistente en si permiten adquirir habilidades para la participación activa y la autonomía cotidianas (Schelstraete, 2016).

Dado que las dificultades específicas de las personas con TDAH no quedan restringidas a un único ámbito, sino que se manifiestan en las diversas áreas vitales, se ha optado por trabajar en la medida de lo posible con los *smartphones* y ordenadores con conexión a internet. De acuerdo con lo señalado por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), los teléfonos móviles se encuentran presentes en el 99'5% de los hogares españoles, y los ordenadores o tablets, en el 82'6%. Al tratarse de dispositivos que las personas a menudo llevan consigo en los diferentes contextos en los que se mueven, e incluso utilizan como medio de trabajo o estudio, incluirlos en el programa de intervención permite sacarle partido a los mismos mediante distintas aplicaciones diseñadas para contribuir a la planificación, la organización del tiempo e incluso el entrenamiento de las habilidades cognitivas.

Además del uso de aplicaciones digitales que las participantes utilizan desde las sesiones iniciales y con diferentes fines, también se han diseñado varias actividades en formato papel y bolígrafo. Las principales razones para ello han sido dos.

Un primer motivo está relacionado con lo hallado por Duran y Frederick (2013), más adelante respaldado por el metaanálisis de Flanigal et al. (2024): en comparación con el uso de dispositivos electrónicos, anotar sobre papel la información mejora su comprensión, retención y aplicación. Dado que hay algunos contenidos en el programa que tienen una parte teórico-explicativa, como son los pasos a seguir para realizar una relajación muscular progresiva o las técnicas de escucha activa, se espera que la toma de notas en papel contribuya al aprendizaje de los mismos.

Por este motivo, en la inscripción al programa se pedirá a las participantes que acudan a las sesiones con cuaderno y bolígrafo. Al final de cada sesión, la persona que imparte el programa se ofrecerá a recoger y guardar las libretas hasta el siguiente encuentro, ya que uno de los síntomas frecuentes del TDAH es el olvido o la pérdida del material. En previsión de que pueda haber extravíos del material, dicha persona acudirá a las sesiones con cuadernos, lápices y bolígrafos de repuesto.

La segunda razón por la que se han diseñado actividades de papel y bolígrafo tiene que ver con el impacto positivo de las técnicas de *scrapbooking*, portafolio o *journaling* sobre el bienestar

emocional, la concentración, la creatividad, la motivación intrínseca, la mejora de la autoestima y el recuerdo (FioRito et al., 2020; Martínez-Frutos y Herrera-Gutiérrez, 2019). Así, en este programa, se aprovecha el potencial creativo y de mejora de la autoestima que ofrecen estas técnicas a través de la actividad “El bote de los cumplidos”, que se realizará en todas las sesiones.

La misma consiste en que cada participante deberá, durante el transcurso de la sesión, escribir en trozos de papel diferentes un cumplido para ella misma, y por lo menos dos para otras compañeras. Dichos papeles se doblarán e introducirán en un bote, y se dedicará el último cuarto de hora de la sesión a que, por turnos, cada participante saque del bote un papel y lo lea en voz alta. Después, los cumplidos se guardarán en una caja para utilizarlos en la última sesión, y en ella se emplearán materiales artísticos para *scrapbooking* para que cada participante cree su propia composición.

El hecho de trabajar tanto con medios digitales como con formatos en papel permite, además, que las participantes experimenten con ambas formas de trabajo, de modo que puedan familiarizarse con ambas para emplear una u otra en función de sus preferencias.

Por último, la infraestructura o entorno físico en el que se desarrollará el programa será la Sala de reuniones nº1 de la Biblioteca Pública Municipal “Eugenio Trías”-Casa de las Fieras, ubicada en el Parque del Retiro de la Comunidad de Madrid. Se trata de un espacio que la asociación ya emplea para otras actividades, como los grupos de apoyo para personas adultas con TDAH (AMATDAH, s.f.-a), de modo que ya hay una comunicación establecida entre AMATDAH y la figura responsable de administrar la cesión de espacios de la biblioteca.

Cabe destacar el aforo de la Sala. Pese a que, como ya se ha señalado, el aforo es de 15 personas sentadas, hay espacio para algunas más que se queden de pie, de modo que se puede trabajar con el cuerpo levantándose del asiento y retirando las sillas. Esto resulta especialmente beneficioso para aquellas participantes que experimenten inquietud motora e hiperactividad, dado que les permite desplazarse por el espacio cuando lo necesiten.

A continuación, en la Tabla 3 se expone un breve inventario de los materiales que se prevé utilizar para cada una de las actividades.

Tabla 3.*Inventario de materiales por actividad.*

Actividad	Materiales
Conocernos cómo somos, conocer cómo queremos ser	Fotocopia de la plantilla de análisis DAFO (ver Anexo 5)
Bote de los cumplidos	Pedazos de papel; un bote de plástico, el “bote de los cumplidos”
Habilidades sociales y comunicación efectiva I: Negociar prioridades y cooperación laboral	3 fotocopias con el ejercicio “Náufragos a la deriva”
Habilidades sociales y comunicación efectiva II: Gestionar conflictos sociolaborales	N/A
Taller de habilidades sociales IV: Gestionar conflictos sociolaborales	N/A
Estrategias de gestión de la ansiedad y prevención-reducción del estrés	Esterillas de yoga
Taller de mejora del perfil profesional y la empleabilidad	Smartphones para utilizar apps; fotocopias con el análisis DAFO
Taller de autocuidado I: Quererse bien a través de la gratitud y la meditación	Smartphones para utilizar apps
Taller de autocuidado II: Ejercitar las capacidades cognitivas	Smartphones para utilizar apps; fotocopias de sudokus
Asesoramiento individualizado en la creación de itinerarios sociolaborales	N/A
Digitalización para el bienestar y el aumento de la productividad	Smartphones para utilizar apps; matriz de Eisenhower (ver Anexo 5)
¿En quiénes nos hemos empezado a convertir? Scrapbooking	Fotocopia en blanco con plantilla de análisis DAFO

Fuente: Elaboración propia

2.6. Temporalización o Cronograma

La temporalización del programa no puede asignarse a unos meses concretos, dado que se trata de una propuesta a ofertar a la asociación. Valorada la propuesta, es AMATDAH quien decide

poner en marcha el programa y cuándo celebrar cada una de las sesiones. En cambio, sí se ha realizado una temporalización de la distribución de las actividades en sesiones, que se recoge a continuación en la Figura 1 en forma de diagrama de Gantt.

Figura 1.

Cronograma por sesiones del programa de inserción sociolaboral diseñado.

TEMPORALIZACIÓN POR SESIONES										
SESIONES DE TRABAJO	PRIMER MES				SEGUNDO MES				TERCER MES	
	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2
Sesión 1. Conocer cómo somos y queremos ser	■									
Sesión 2. Habilidades sociales y comunic. I		■								
Sesión 3. Habilidades sociales y comunic. II			■							
Sesión 4. Estrategias de gestión de ansiedad				■						
Sesión 5. Mejora perfil profesional y empleab.					■					
Sesión 6. Autocuidado I						■				
Sesión 7. Autocuidado II							■			
Sesión 8. Asesoramiento individualizado								■		
Sesión 9. Digitalización para el bienestar									■	
Sesión 10. Scrapbooking										■

Fuente: Elaboración propia

2.7. Evaluación

La evaluación del programa consta de las tres modalidades que, de acuerdo con Castillo y Cabrerizo (2010), permiten generar el bucle de evaluación-acción y ajustarlo a medida que avanza el proceso, proporcionando retroalimentación tanto a las participantes como a la persona que esté implementando el programa.

La evaluación inicial permite sondear la situación de partida de cada participante: qué desea aprender, qué dificultades tiene y cómo es su perfil actual (Castillo et al., 2010). Este programa cuenta con dos evaluaciones iniciales. La primera consiste en una rueda de evaluación, con espacio para comentarios adicionales, sobre qué competencias, fortalezas y dificultades perciben en sí mismas las participantes; y qué contenidos les gustaría trabajar con el programa (ver la Figura 1, en el Anexo 2). La segunda sería esa misma rúbrica de autoevaluación, pero aplicada a la persona que imparte las sesiones, de modo que permita recoger la impresión de dicha persona sobre esas mismas competencias y, asimismo, comparar sus anotaciones con las de las participantes para comenzar a observar qué distorsiones del autoconcepto pueden estar experimentando.

La evaluación formativa o procesual permite valorar el progreso de cada participante durante el desarrollo del programa, a fin de monitorizar qué necesidades pueden emerger o qué objetivos va logrando (Castillo et al., 2010). Se trata de una estrategia que permite ayudar a cada participante a aprender cómo regular su propio proceso de aprendizaje, ya que exige pensar en los contenidos trabajados en busca de errores o dudas (Pérez et al., 2017). Al constituir en un proceso que ofrece retroalimentación continua sobre el propio proceso de aprendizaje, así como respecto a sus frutos, este tipo de evaluación moviliza la competencia de “aprender a aprender”, que es la metacognición (Zapata-Zapata y Vesga, 2023). Debido a que hace conscientes a las personas de cómo funciona su proceso de aprendizaje, la metacognición da lugar no sólo al conocimiento sobre el mismo, sino también a una mayor autonomía para conocer qué estrategias resultan más útiles a cada persona para regular su proceso de aprendizaje (Goldstein y Calero, 2022; Moreno et al., 2021).

En el contexto del presente programa, las evaluaciones formativas pretenden movilizar estos procesos de metacognición mediante las conocidas como “rutinas de pensamiento”. Desarrolladas en el Proyecto Cero de la Universidad de Harvard, las rutinas de pensamiento son técnicas que hacen visible el aprendizaje con el objetivo de mejorar la adquisición de conocimiento; tanto sobre el contenido como sobre los procesos de aprendizaje (Ritchhart y Perkins, 2008). En el contexto del programa planteado, se utilizará una rutina de pensamiento conocida como “Palabra-Frase-Oración”, que fue diseñada para promover la comprensión lectora pero puede ser adaptada a otros usos (se

puede consultar la rutina original en <https://pz.harvard.edu/resources/word-phrase-sentence>). Para el programa de intervención planteado, se ha diseñado un “ticket de salida” con tres líneas, sobre las que deberán escribir una palabra con la que englobar lo hecho en la sesión; una frase que les haya gustado; y una oración que crean que resume lo que han aprendido (ver Anexo 3).

Por otra parte, la persona que imparte las sesiones del programa tendrá una plantilla de rúbrica en la que anotará lo observado durante el transcurso de la sesión: qué progresos ha hecho cada participante respecto de lo evaluado inicialmente, y qué dificultades o retos es necesario continuar trabajando con cada una de ellas (ver Anexo 3).

Por último, la evaluación global es aquella que se realiza al terminar el programa, y permite valorar en qué grado ha adquirido cada una de las participantes las competencias objetivo, así como cuál ha sido su vivencia subjetiva del proceso (Castillo et al., 2010). Para obtener un producto final, las participantes dedicarán la última sesión a compartir experiencias mientras se realiza una actividad de *scrapbooking*. Una vez finalizada, se entregará a las participantes una diana de evaluación como la empleada en la primera sesión a fin de que puedan contemplar su propio progreso, que en esta ocasión incluirá dos preguntas para movilizar la metacognición sobre el progreso realizado, y lo aprendido. Asimismo se les entregará una breve encuesta para que valoren su grado de satisfacción con el programa y la persona que lo haya impartido (ver Figuras 4 y 5, en el Anexo 4).

Por su parte, la persona que coordine las sesiones rellenará durante este último encuentro las mismas ruedas de evaluación, a fin de valorar el progreso que ha observado en cada participante, y debajo podrá dejar comentarios finales basados en lo que se ha ido registrando en las rúbricas formativas en cada sesión (ver Figura 6, en el Anexo 4).

2.8. Sesiones de Trabajo

Tal y como recoge el Cronograma, se han distribuido las actividades en 10 sesiones de trabajo, cuya duración será en torno a 1 hora y media (90'). A continuación, las Tablas 4 a 13 recogen en mayor grado de detalle el contenido de cada una de las sesiones, cuyos materiales pueden ser consultados en la Tabla 3.

En todas las sesiones se realizará, en los últimos 10 o 15 minutos, la actividad transversal del Bote de los Cumplidos, por lo que en todas ellas se incluyen las competencias, objetivos y recursos propios de dicha actividad.

Tabla 4.

Descripción de la Sesión 1 del programa.

Sesión 1. Conocer quiénes somos, conocer cómo queremos ser	
Competencias	Habilidades sociales; autoconocimiento y autoaceptación; Comunicación efectiva; Hábitos saludables
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Autoevaluación; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	Fotocopia de la plantilla del análisis DAFO (ver Anexo 2); encuesta inicial (ver Anexo 2); tickets de salida (ver Figura 2 en el Anexo 3); pedazos de papel; bote de los cumplidos.
Desarrollo	<p>En primer lugar se realizará una breve bienvenida a las participantes, a fin de poner en contexto el programa y que se familiaricen con la persona que lo va a impartir. Después, se les pedirá rellenar una breve encuesta sobre qué aspectos les parecen más relevantes, cuáles son sus mayores fortalezas y necesidades laborales y cómo consideran que es su perfil sociolaboral actual.</p> <p>Una vez realizada la presentación, en que se explicitan los contenidos que se va a trabajar, se hará una dinámica cooperativa a fin de que las participantes comiencen a conocerse entre ellas y practicar la capacidad de hablar en público; por ejemplo, el juego “Dos verdades y una mentira”. La actividad principal de la sesión será “Conocer cómo somos, conocer cómo queremos ser”, que comienza con una explicación sobre lo que es el método de análisis DAFO para que cada participante, a continuación, realice el suyo (ver Figura 7, en el Anexo 5).</p> <p>Se enfatizará que, a la hora de conocerse, las fortalezas son tan relevantes como los puntos de mejora, a los que se evitará denominar “debilidades” para ofrecer en su lugar la percepción de que son áreas susceptibles de ser desarrolladas. Asimismo se subrayará la diferencia entre amenazas y puntos de mejora, a fin de hacer ver a las participantes que no son culpables o responsables de determinados aspectos del proceso de inserción sociolaboral.</p> <p>Cuando las participantes terminen, se realizará una rueda expositiva, a fin de que puedan encontrar puntos en común con otras personas y escuchar críticas constructivas por parte de las demás compañeras. En último lugar se dedicarán unos minutos a la dinámica del Bote de los Cumplidos.</p>
Evaluación	Se realizará la evaluación inicial de las participantes mediante la rúbrica de evaluación inicial (ver Figura 1 en el Anexo 2), que será autoaplicada por las participantes y heteroaplicada por la figura profesional. Por otra parte, al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que

moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.

Tabla 5.

Descripción de la Sesión 2 del programa.

Sesión 2. Habilidades sociales y comunicación efectiva I	
Competencias	Habilidades sociales; Mejora de la empleabilidad; Gestión emocional sana; Comunicación efectiva; Hábitos saludables
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Entrenar la atención y las funciones ejecutivas; Escucha activa y comunicación asertiva; Trabajo en equipo y resolución de conflictos; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	3 fotocopias con el ejercicio “Náufragos a la deriva”; tickets de salida (ver Figura 2 en el Anexo 3); pedazos de papel; bote de los cumplidos.
Desarrollo	<p>Tras la bienvenida, se comenzará la sesión mediante la dinámica “Caras de emoji”, que exige a las participantes simular, por turnos, la expresión de un emoticono que las demás deberán adivinar. Se trata de un ejercicio de diseño gamificado, que busca trabajar la autoconfianza, la interpretación de las emociones y la capacidad de recibir críticas.</p> <p>Al finalizar dicha dinámica, se hará una breve psicoeducación respecto a qué son las habilidades sociales, y cuáles son los aspectos clave de las mismas. Se hará especial hincapié en la comunicación asertiva en tono positivo como la forma más efectiva de comunicarse. A continuación, se realizará el Taller de Habilidades Sociales I, que comenzará con el juego “Negociación de prioridades” en tres grupos de 5. Dicho juego exige que los grupos se pongan de acuerdo para determinar el orden de prioridades de una serie de objetos, en un contexto de supervivencia en el desierto (ver Anexo 6).</p> <p>Después se realizarán role-playings para trabajar la capacidad de cooperar en el lugar de trabajo, por ejemplo representando un problema de fechas.” En último lugar se dedicarán unos minutos a la dinámica del Bote de los Cumplidos.</p>
Evaluación	Al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.

Tabla 6.

Descripción de la Sesión 3 del programa.

Sesión 3. Habilidades sociales y comunicación efectiva II

Competencias	Autoconocimiento y autoaceptación; Comunicación efectiva; Habilidades sociales; Mejora de la empleabilidad; Gestión emocional sana; Hábitos saludables
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Mejora de la autoeficacia en el ámbito sociolaboral; Escucha activa y comunicación asertiva; Trabajo en equipo y resolución de conflictos; Recibir evaluaciones y críticas constructivas;
Recursos	Tickets de salida (ver Figura 2 en el Anexo 3); pedazos de papel; bote de los cumplidos.
Desarrollo	<p>La actividad principal de la sesión será “Conocer cómo somos, conocer cómo queremos ser”. Esta tarea comienza con una explicación sobre lo que es el método de análisis DAFO para que cada participante, a continuación, realice el suyo (ver Figura 7, en el Anexo 5).</p> <p>Se enfatizará que, a la hora de conocerse, las fortalezas son tan relevantes como los puntos de mejora, a los que se evitará denominar “debilidades” para ofrecer en su lugar la percepción de que son áreas susceptibles de ser desarrolladas. Asimismo se subrayará la diferencia entre amenazas y puntos de mejora, a fin de hacer ver a las participantes que no son culpables o responsables de determinados aspectos del proceso de inserción sociolaboral.</p> <p>Cuando las participantes terminen, se realizará una rueda expositiva, a fin de que puedan encontrar puntos en común con otras personas y escuchar críticas constructivas por parte de las demás compañeras. En último lugar se dedicarán unos minutos a la dinámica del Bote de los Cumplidos.</p>
Evaluación	Al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.

Tabla 7.

Descripción de la Sesión 4 del programa.

Sesión 4. Taller de gestión de la ansiedad y prevención del estrés

Competencias	Habilidades sociales; Mejora de la empleabilidad; Comunicación efectiva; Hábitos saludables; Capacidad de planificación y organización cotidianas
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Mejora de la autoeficacia en el ámbito sociolaboral; Gestión del estrés y manejo de la ansiedad; Entrenar la atención y las funciones ejecutivas; Herramientas para la organización y la planificación diarias; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	Esterillas de yoga; pedazos de papel; bote de los cumplidos.

Desarrollo	<p>Tras una acogida y puesta en común de cómo ha ido la semana, se trabajará sobre el concepto de ansiedad, poniendo énfasis en que se trata de una reacción fisiológica natural del cuerpo que no es mala o buena, sino que sirve de sistema de alerta. A continuación se diferenciará la ansiedad que alerta de la que paraliza, y se trabajará con distintas técnicas para saber cómo gestionar esta última. En concreto, se ofrecerán pinceladas sobre técnicas de respiración, relajación muscular progresiva de Jacobson.</p> <p>También se citarán las estrategias para prevenir los momentos de estrés que desencadenan la ansiedad, como por ejemplo, el uso de calendarios y agendas cada día para no olvidar fechas importantes; la rutina diaria de consultar la lista de cosas por hacer para organizarse desde primera hora de la mañana; o el establecimiento de mini-tareas y notificaciones de recordatorio.</p> <p>Para finalizar la sesión, se realizará un breve ejercicio de iniciación al <i>mindfulness</i>, que será una meditación guiada con un componente visual a fin de facilitar que las participantes se mantengan concentradas en el ejercicio. En último lugar se dedicarán unos minutos a la dinámica del Bote de los Cumplidos.</p>
Evaluación	<p>Al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.</p>

Tabla 8.

Descripción de la Sesión 5 del programa.

Sesión 5. Taller de mejora del perfil profesional y la empleabilidad	
Competencias	Habilidades sociales; Mejora de la empleabilidad; Comunicación efectiva; Hábitos saludables
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Mejora de la autoeficacia en el ámbito sociolaboral; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	Smartphones para utilizar apps; fotocopias de la Sesión 1 con el análisis DAFO; pedazos de papel; bote de los cumplidos.
Desarrollo	<p>Tras una acogida y puesta en común de cómo ha ido la semana, se trabajará sobre las etapas del proceso de inserción sociolaboral, y cómo abordar cada uno de ellos. Se utilizarán los análisis DAFO para señalar a cada participante de qué formas mejorar diversas dificultades y, sobre todo, qué fortalezas y aptitudes destacar en su currículum.</p> <p>A continuación, se trabajará la utilidad de aplicaciones como LinkedIn, JobToday, CornerJob o InfoJobs para la búsqueda de empleo, y se explicarán los aspectos básicos que debe tener un perfil en cualquiera de ellas para presentar</p>

candidaturas exitosas a las empresas. Se puede plantear el visionado de breves vídeos que muestren entrevistas de trabajo para trabajar cuáles son los errores más comunes, y cómo evitarlos, a la hora de presentarse candidatas para un puesto de trabajo. Asimismo se puede repasar una serie de orientaciones respecto a cómo elaborar un buen currículum, qué elementos evitar en el mismo y cómo encontrar ofertas de trabajo ajustadas a las fortalezas de cada una.

En último lugar se dedicarán unos minutos a la dinámica del Bote de los Cumplidos.

Evaluación

Al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.

Tabla 9.

Descripción de la Sesión 6 del programa.

Sesión 6. Taller de autocuidado mediante la gratitud y meditación

Competencias	Habilidades sociales; Comunicación efectiva; Hábitos saludables
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Gestión del estrés y manejo de la ansiedad; Entrenar la atención y las funciones ejecutivas; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	Smartphones para utilizar apps; pedazos de papel; bote de los cumplidos.
Desarrollo	<p>Tras una acogida y puesta en común de cómo ha ido la semana, se trabajará sobre el concepto de gratitud como método de autocuidado, y se dará una serie de técnicas para practicarla en el día a día. Entre ellas, se destacará el uso de un “bote de la gratitud” en el hogar; la escritura terapéutica al final del día, citando tres cosas que han sido buenas de la jornada y tres que se quiere mejorar en el futuro; la escritura de correos electrónicos o cartas de gratitud a seres queridos; la técnica de la piedra de la gratitud; y las meditaciones guiadas específicamente relacionadas con la gratitud.</p> <p>En último lugar se dedicarán unos minutos a la dinámica del Bote de los Cumplidos, que se subrayará como una forma de practicar la gratitud hacia otras personas que las participantes pueden poner en marcha en sus propias casas.</p>
Evaluación	Al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.

Tabla 10.

Descripción de la Sesión 7 del programa.

Sesión 7. Taller de entrenamiento cognitivo	
Competencias	Habilidades sociales; Comunicación efectiva; Hábitos saludables
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Autoevaluación; Entrenar la atención y las funciones ejecutivas; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	Smartphones para utilizar apps; fotocopias de sudokus; pedazos de papel; bote de los cumplidos.
Desarrollo	<p>Tras una acogida y puesta en común de cómo ha ido la semana, se trabajará sobre las diversas funciones ejecutivas (atención, gestión del tiempo, planificación, etc.), y se revisarán distintas apps con las que estimular su desarrollo. Entre ellas se citarán BrainHQ, Brain Wars, ClockWork Brain, CogniFit, Lumosity, Memorado, NeuroNation y Unobrain. También se señalará cómo otras actividades, entre las que se cuentan los crucigramas, los sudokus, los autodefinidos, la lectura o las labores manuales artísticas, ejercitan de forma natural la atención sostenida en una tarea.</p> <p>Una vez repasados los conceptos, y sugeridas aplicaciones con las que trabajar en las distintas áreas afectadas por el TDAH, se repartirán unos sudokus a las participantes, que pueden optar en su lugar por utilizar alguna de las apps recomendadas durante la sesión. En último lugar se dedicarán unos minutos a la dinámica del Bote de los Cumplidos.</p>
Evaluación	Al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.

Tabla 11.

Descripción de la Sesión 8 del programa.

Sesión 8. Asesoramiento individualizado para el itinerario sociolaboral	
Competencias	Habilidades sociales; Mejora de la empleabilidad; Comunicación efectiva; Hábitos saludables
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Mejora de la autoeficacia en el ámbito sociolaboral; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	Smartphones para utilizar apps; fotocopias de la Matriz de Eisenhower; pedazos de papel; bote de los cumplidos.
Desarrollo	Tras una acogida y puesta en común de cómo ha ido la semana, por turnos se trabajará en el itinerario sociolaboral y dificultades específicas de cada una de

	las participantes. Las demás podrán ofrecer feedback constructivo.
Evaluación	Al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.

Tabla 12.

Descripción de la Sesión 9 del programa.

Sesión 9. Digitalización para el bienestar y el aumento de la productividad	
Competencias	Habilidades sociales; Comunicación efectiva; Hábitos saludables; Capacidad de planificación y organización cotidianas
Objetivos	Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Mejora de la autoeficacia en el ámbito sociolaboral; Gestión del estrés y manejo de la ansiedad; Herramientas para la organización y la planificación diarias; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	Smartphones para utilizar apps; pedazos de papel; bote de los cumplidos.
Desarrollo	<p>Tras una acogida y puesta en común de cómo ha ido la semana, se trabajará sobre distintos recursos digitales de gestión del tiempo, de organización de las tareas cotidianas y de apoyo a la productividad mediante la reducción de distracciones. Entre ellas, cabe destacar BlockSite, Boomerang for Gmail, Calendars de Google, Focus To-Do, Forest, Notas del teléfono; Pomodoro, el gestor de pestañas Toby, Todoist, o Toggl.</p> <p>Asimismo, se destacará el modo Concentración del teléfono, así como el submenú de Bienestar digital de los ajustes y las funciones de bloqueo de uso de las aplicaciones mediante límites máximos de uso diario de las mismas. A lo largo de la sesión, se hará especial énfasis en que utilizar estas herramientas no es un fracaso, sino que se trata de estrategias para cuidarse a una misma. Se procurará subrayar que no tiene nada de malo utilizar apoyos y recursos de esta naturaleza, sino que se trata de una manera válida de contribuir a la productividad. El objetivo es prevenir cualquier tipo de sensación de culpa, o vergüenza, por utilizar estas aplicaciones que otras personas del entorno pueden no necesitar, dado que en estas mujeres es frecuente tener estos sentimientos por utilizar recursos específicos.</p> <p>En último lugar se dedicarán unos minutos a la dinámica del Bote de los Cumplidos.</p>
Evaluación	Al término de la sesión se realizará la evaluación formativa mediante el ticket de salida, que moviliza la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración” (ver Figura 2 en el Anexo 3), para las participantes; y mediante las rúbricas de los progresos de cada participante (ver Figura 3 en el Anexo 3) para la figura profesional.

Tabla 13.

Descripción de la Sesión 10 del programa.

Sesión 10. ¿En quiénes nos hemos empezado a convertir? Despedida y cierre	
Competencias	Habilidades sociales; Comunicación efectiva; Hábitos saludables
Objetivos	Autoevaluarse; Mejora del autoconcepto y de la autoestima; Escucha activa y comunicación asertiva; Recibir evaluaciones y críticas constructivas
Recursos	Fotocopias de las rúbricas de evaluación global incluidas en el Anexo 4 (Figuras 4, 5, 6); pedazos de papel; bote de los cumplidos
Desarrollo	<p>Las participantes dedicarán la última sesión a compartir experiencias mientras se realiza una actividad de <i>scrapbooking</i> con los cumplidos acumulados durante el programa, los tickets de salida y los elementos decorativos que deseen. El objetivo es que puedan crear un reflejo tangible del proceso vivido durante las sesiones, que les permita recordarlas en un ambiente distendido.</p> <p>Con esta actividad se pretende afianzar los posibles vínculos de amistad surgidos durante las sesiones, a fin de que estas mujeres desarrollen la sensación de ser acogidas como parte de una red de personas que comprenden sus dificultades y pueden ser apoyos en el futuro.</p>
Evaluación	<p>Al término de la sesión se realizará la evaluación global de varias formas. Primero, se pedirá a las participantes rellenar la rueda de evaluación (ver Figura 4 en el Anexo 4) a modo de autoevaluación global, y también se les solicitará evaluar la satisfacción global con el programa, así como con la persona que lo ha impartido, mediante una breve encuesta (ver Figura 5 en el Anexo 4). Por otra parte, la persona que haya impartido el programa rellenará una rúbrica para la evaluación global del progreso de cada participante, y añadirá el feedback pertinente (ver Figura 6 en el Anexo 4).</p>

3. Conclusiones

3.1. Aportaciones

Con el presente TFM se ha elaborado una propuesta de programa de intervención, que se ha contextualizado en una población y problemática muy concretos debido a la escasez de recursos al respecto. Su población diana ha sido el colectivo de mujeres adultas con diagnósticos tardíos de TDAH, puesto que se trata de un grupo con dificultades específicas derivadas tanto de las diferencias sintomatológicas respecto de los varones; como de los síntomas que caracterizan al TDAH adulto. En concreto, se ha decidido trabajar con aquellas mujeres con TDAH que han recibido el diagnóstico de forma tardía debido a que dicha demora significa que no han recibido una intervención temprana en su infancia adolescencia, y por tanto, presentan mayores dificultades para gestionar la sintomatología del TDAH y los desafíos que genera en el día a día. Además, se ha decidido trabajar con la franja de edad comprendida entre los 29 y los 35 años de edad porque los programas de inserción sociolaboral existentes suelen dirigirse a personas más jóvenes, en la veintena, de modo que apenas se les ofertan a personas de las edades seleccionadas.

Por lo general, las mujeres con TDAH de diagnóstico tardío presentan problemas de baja autoestima (Kotha et al., 2024; Lynn, 2019), dificultades con las relaciones sociales (Orolan et al., 2023), vivencias emocionales muy intensas debido a la desregulación emocional (Antshel et al., 2014; Faraone et al., 2021; Sjöwall y Thorell, 2019; Terán, 2023), así como problemas anímicos y de ansiedad (Mendaña, 2023; Mohammadi et al., 2019). Estos aspectos recorren de manera transversal todos los ámbitos vitales en los que se cimienta la calidad de vida, y entre ellos se encuentra el laboral. Es frecuente que estas mujeres experimenten problemas para encontrar un puesto de trabajo, para mantenerlo, para desarrollar su pleno potencial en él, para tener relaciones interpersonales con los compañeros y las compañeras de trabajo; y/o con el síndrome de *burnout* (Adamou et al., 2013; Bonaccio et al., 2020; Owens et al., 2017).

Como se ha constatado en el marco teórico, hay una gran carencia de programas dirigidos a este colectivo concreto, en parte debido a que el reconocimiento del TDAH como un trastorno del neurodesarrollo que persiste durante la adultez, así como de la sintomatología diferencial femenina

del mismo, son recientes. Por tanto, el presente programa supone una iniciativa novedosa para la atención a un colectivo no solo infradiagnosticado, sino a menudo invisibilizado.

Si bien el programa ha hecho énfasis en el ámbito sociolaboral por su gran relevancia en la vida adulta, así como porque es la fuente de ingresos principal de las personas, las competencias que trabaja son transversales a todos los ámbitos vitales. Debido a ello, desarrollarlas permite una mejoría generalizada de la calidad de vida y el bienestar personal (Schalock et al., 2002; Verdugo et al., 2005; Verdugo et al., 2021), así como un aumento de la autoestima gracias a la percepción de saber cómo gestionar las dificultades y aprendizaje por sí mismas.

Pese a que el programa de intervención no plantea tareas en exceso complejas, sí introduce una serie de metodologías activas, que por tanto lo distingue de otros programas de inserción sociolaboral con un carácter más marcadamente teórico o de poca participación. Esto supone una adaptación a las características de las personas con TDAH, dado que las involucra como agentes activos de su aprendizaje en todo momento, y permite cultivar las competencias diana mediante la acción y la vivencia experiencial. Además, resulta original en términos de su carácter holístico, dado que va más allá del trabajo en los diversos aspectos de la inserción sociolaboral para incluir el trabajo en la autoestima, en la gestión emocional o en la autoestima.

3.2. Limitaciones, Propuestas de Mejora y Fortalezas

La principal limitación del programa propuesto es su carácter proposicional, ya que no se ha podido llevar a cabo todavía. Debido a ello, no se poseen resultados con los que estudiar el nivel de consecución de los objetivos propuestos.

Por otra parte, existe una limitación por edad, dado que el programa no está enfocado a mujeres de más de 35 años que también puedan experimentar dificultades. Dado que se trata de un colectivo especialmente vulnerable a los problemas de salud mental, y las dificultades para la empleabilidad, resulta interesante estudiar la ampliación del programa a otras franjas de edad.

Por otra parte, la principal fortaleza de este programa es su especificidad en relación con las mujeres adultas con diagnósticos tardíos de TDAH. Como se ha señalado a lo largo del trabajo, se trata de un colectivo con necesidades complejas y específicas derivadas de su condición, de las

diferencias de género en cuanto a la sintomatología y, sobre todo, de la falta de comprensión, diagnóstico y apoyos que han experimentado durante décadas. Por tanto, un programa de intervención dirigido a ellas supone un avance en materia de inclusión de las personas con TDAH, así como un paso al frente en materia de reducción de las desigualdades de género.

3.3. Futuras Líneas de Trabajo

A modo de conclusión, el programa de intervención diseñado abre múltiples líneas de trabajo futuro. En primer lugar, y quizás la más evidente, está la aplicación práctica del programa, a fin de ponerlo a prueba con mujeres adultas reales que puedan beneficiarse de él y ofrecer sugerencias de mejora.

Hecho esto, también se puede plantear replicarlo en otras Comunidades Autónomas que no sean la Comunidad de Madrid, a fin de que mujeres de todo el territorio nacional puedan beneficiarse de este programa y mejorar su empleabilidad. En este sentido, a partir del feedback de las participantes, una vez aplicado, se puede estudiar la posibilidad de incorporar otras competencias, reajustar los objetivos y contenidos o añadir sesiones adicionales para trabajar más aspectos del proceso de inserción sociolaboral, como por ejemplo, qué adaptaciones se pueden solicitar en el lugar de trabajo.

Por último, sería interesante realizar sesiones de seguimiento con las participantes que finalicen el programa, a fin de comprobar si se mantienen los aprendizajes y la utilidad que han tenido en la vida de estas mujeres.

4. Referencias

4.1. Referencias Académicas

- Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T.-C., Bolea, B., Coghill, D., Guðjónsson, G., Halmøy, A., Hodgkins, P., Müller, U., Pitts, M., Trakoli, A., Williams, N., y Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry*, 13(59).
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-59>
- AFNADAH. (s.f.). Taller de inserción laboral para personas con TDAH, cofinanciado por el FSE.
<https://afnadah-gandia.org/taller-de-insercion-laboral-para-personas-con-tdah-cofinanciado-por-el-fse/>
- Ainscow, M. (2001). *Desarrollo de escuelas inclusivas. Ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares*. Narcea.
- Antshel, K.M., Hier, B.O., y Barkley, R.A. (2014). Executive Functioning Theory and ADHD. En S. Goldstein y J. Naglieri (Eds.), *Handbook of Executive Functioning* (pp. 107-120). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8106-5_7
- Asociación Americana de Psicología. (s.f.). *ADHD*. apa.org/topics/adhd
- Asociación Americana de Psicología. (2018). *Differential diagnosis*.
<https://dictionary.apa.org/differential-diagnosis>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). Neurodevelopmental Disorders. En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ª ed., texto revisado).
https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x01_Neurodevelopmental_Disorders
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1968). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2ª ed.).
- Asociación Madrileña de Adultos con TDAH (s.f.-a). *Grupo de apoyo*.
<https://amatdah.org/grupo-de-apoyo/>
- Asociación Madrileña de Adultos con TDAH (s.f.-b). *Objetivos*. <https://amatdah.org/objetivos/>
- Asociación Madrileña de Adultos con TDAH (s.f.-c). *¿Quiénes somos?*
<https://amatdah.org/sobre-amatdah/>

- Attoe, D.E., y Climie, E.A. (2023). Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 645-657. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>
- Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., Necho, M., Yohannes, K., Abraha, M., Demelash, S., Anbesaw, T., y Alati, R. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. *Psychiatry Research*, 328, 115449. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115449>
- Balbuena, F. (2016). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología Educativa*, 22(2), 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>
- Bari, A., y Robbins, T.W. (2013). Inhibition and impulsivity: Behavioral and neural basis of response control. *Progress in Neurobiology*, 108, 44-79. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.06.005>
- Barkley, R.A. (2014). ADHD and Injuries: Accidental and Self-Inflicted. *The ADHD Report*, 22(2). <https://doi.org/10.1521/adhd.2014.22.2.1>
- Barkley, R.A. (2020). ADHD Adversely Impacts Health, Mortality Risk, and Estimated Life Expectancy by Adulthood. *ADHD Report*, 28(1). <https://doi.org/10.1521/adhd.2020.28.4.1>
- Beheshti, A., Chavanon, M.L., y Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(20). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>.
- Bermúdez, E. (2023). Tratamiento del TDAH en la mujer. En TDA-H Palencia (Ed.), *Niñas, mujeres y TDAH. Ponencias XII Jornada sobre TDAH en Palencia* (1ª ed., pp. 99-112). Psylicom Ediciones.
- Blair, K.N., y Kim, M.Y. (2023). Sex and Gender Differences in Attention-Deficit / Hyperactive disorder (ADHD): A Literature Review [Póster]. Research Day 2023 (Philadelphia Campus), Philadelphia, Estados Unidos. https://digitalcommons.pcom.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1741&context=research_day.

- Bonaccio, S., Connelly, C.E., Gellatly, I.R., Jetha, A., y Martin Ginis, K.A. (2020). The Participation of People with Disabilities in the Workplace Across the Employment Cycle: Employer Concerns and Research Evidence. *Journal of Business and Psychology*, 35, 135-158.
<https://doi.org/10.1007/s10869-018-9602-5>
- Breda, V., Rohde, L.A., Baptista, A.M., Anselmi, L., Caye, A., Rovaris, D.L., Vitola, E.S., Dotto, C.H., y Grevet, E.H. (2021). The neurodevelopmental nature of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *The British Journal of Psychiatry*, 218, 43-50.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.200>
- Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., y Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: A qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(47). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-47>
- Brod, M., Schmitt, E., Goodwin, M., Hodgkins, P., y Niebler, G. (2012). ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Quality of Life Research*, 21, 795-799.
<https://doi.org/10.1007/s11136011-9981-9>
- Bruchmüller, K., Margraf, J., y Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 128-138. <https://doi.org/10.1037/a0026582>
- Brunkhorst-Kanaan, N., Libutzki, B., Reif, A., Larsson, H., McNeill, R., y Kittel-Schneider, S. (2021). ADHD and accidents over the life span - A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 125, 582-591. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiorev.2021.02.002>
- Bustos Jiménez, A., Castellano Hinojosa, V., Calvo Ramos, J., Mesa Sánchez, R., Quevedo Blasco, V.J., y Aguilar Mendoza, C. (2019). El aprendizaje basado en retos como propuesta para el desarrollo de las competencias clave. *Padres y Maestros*, (380), 50-55.
<https://doi.org/10.1442/pym.i380.y2019.008>
- Cabanillas-Montferrer, T., y Giménez-Bonafé, P. (2022). El sesgo de género en la asistencia sanitaria. Definición, causas y consecuencias en los pacientes. *MUSAS: Revista de investigación en mujer, salud y sociedad*, 7(1), 106-129. <https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num1.6>

- Carrilero, N., Pérez-Jover, V., Guilabert-Mora, M., y García-Altés, A. (2023). Gender bias in pediatric care: Health professionals' opinions and perceptions. *Health Science Reports*, 6(10), e1615. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1615>
- Castillo Arredondo, S., y Cabrerizo Diago, J. (2010). Sentido actual de la evaluación en educación. En *Evaluación educativa de aprendizajes y competencias* (pp. 1-56). Pearson Educación, S.A.
- Castillo-Mayén, R., y Montes-Berges, B. (2014). Análisis de los estereotipos de género actuales. *Anales de Psicología*, 30(3), 1044-1060. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.138981>
- Cermi. (2024, 08 de julio). *Arranca Xarxa Capacitem II: el Projecte de CERMI CV y LABORA para la inclusión sociolaboral de personas con discapacidad*. <https://cermi.es/noticia/arranca-xarxa-capacitem-ii-el-proyecto-de-cermi-cv-y-labora-para-la-inclusion-sociolaboral-de-personas-con-discapacidad>
- Christopoulos, A., y Mystakidis, S. (2023). Gamification in Education. *Encyclopedia*, 3(4), 1223-1243. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia3040089>
- Cortese, S. (2019). The Association Between ADHD and Obesity: Intriguing, Progressively More Investigated, but Still Puzzling. *Brain Sciences*, 9(19), 256. <https://doi.org/10.3390/brainsci9100256>
- Cortese, S., Moreira-Maia, C.R., St. Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L.A., y Faraone, S.V. (2015). Association Between ADHD and Obesity A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 173(1), 34-43. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020266>
- Cortese, S., Song, M., Farhat, L.C., Keon Yon, D., Won Lee, S., Seo Kim, M., Park, S., Won Oh, J., Lee, S., Cheon, K.-A., Smith, L., Gosling, C.J., Polanczyk, G.V., Larsson, H., Rohde, L.A., Faraone, S.V., Koyanagi, A., Dragioti, E., Radua, J., ..., y Solmi, M. (2023). Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the Global Burden of Disease study. *Molecular Psychiatry*, 28, 4823-4830. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02228-3>

- Crichton, A. (2022). *An Inquiry Into The Nature And Origin Of Mental Derangement*. Legare Street Press. (Trabajo original publicado en 1798).
- Cristofori, I., Cohen-Zimmerman, S., y Grafman, J. (2019). Executive functions. En M. D'Esposito y J.H. Graffman. (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology*, 163 (pp. 197-219). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804281-6.00011-2>
- Dalsgaard, S., Østergaard, S.D., Leckman, J.F., Mortensen, P.B., y Pedersen, M.G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*, 385(9983), 2190-2196.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61684-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61684-6)
- Daniel, J., y Wang, H. (2023). Gender differences in special educational needs identification. *Review of Education*, 11(3), e3437. <https://doi.org/10.1002/rev3.3437>
- Darwin, C. (2023). *El origen de las especies* (D. Otero-Piñeiro, Trad.). Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1872).
- Davis, S., y Hall, L. (2022). *ADHD Toolkit for Women (2 Books In 1): Workbook & Guide To Overcome ADHD Challenges and Win At Life*. Kindle Direct Publishing.
- Dewey, J. (2010). *Experiencia y Educación*. (Trad. L. Luruziaga). Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1938).
- Diallo, F.B., Pelletier, É., Vasiliadis, H.-M., Rochette, L., Vincent, A., Palardy, S., Lunghi, C., Gignac, M., y Lesage, A. (2021). Morbidity and mortality of diagnosed attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) over the youth lifespan: A population-based retrospective cohort study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 31(1), e1903.
<https://doi.org/10.1002/mpr.1903>
- Díaz, N. (2006). Técnicas de muestreo. Sesgos más frecuentes. *Revistas Sedén*, 9, 121-132.
- Dobrosavljevic, M., Solares, C., Cortese, S., Andershed, H., y Larsson, H. (2020). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 118, 282-289.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.042>

- Dobrosavljevic, M., Larsson, H., y Cortese, S. (2023). The diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in older adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 23(19), 883-893. <https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2250913>
- Dodson, W. (21 de mayo de 2024a). *3 Defining Features of ADHD That Everyone Overlooks*. ADDitude. <https://www.additudemag.com/symptoms-of-add-hyperarousal-rejection-sensitivity/>
- Dodson, W. (22 de mayo de 2024b). *New Insights into Rejection Sensitive Dysphoria*. ADDitude. <https://www.additudemag.com/rejection-sensitive-dysphoria-adhd-emotional-dysregulation/>
- Dorr, M.M., y Armstrong, K.J. (2019). Executive functioning and impairment in emerging adult college students with ADHD symptoms. *Journal of Attentional Disorders*, 23, 1759-1765. <https://doi.org/10.1177/1087054718787883>
- Dovidio, J.F., Eggly, S., Albrecht, T.L., Hagiwara, N., y Penner, L.A. (2016). Racial Biases in Medicine and Healthcare Disparities. *TPM - Testing, Psychometrics., Methodology in Applied Psychology*, 23(4), 489-510. <https://doi.org/10.4473/TPM23.4.5>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., y Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(05), 315-335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
- Duran, K.S., y Frederick, C.M. (2013). Information Comprehension: Handwritten vs. Typed Notes. *Undergraduate Research Journal for the Human Sciences*, 12(1).
- Ellemers, N. (2018). Gender Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 69, 275-298. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719>
- Faheem, M., Akram, W., Akram, H., Khan, M.A., Siddiqui, F.A., y Majeed, I. (2022). Gender-based differences in prevalence and effects of ADHD in adults: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 75, 103205. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103205>
- Fandel, T.M., Pfnür, M., Schäfer, S.C., Bacchetti, P., Mast, F.W., Corinth, C., Ansorge, M., Melchior, S.W., Thüroff, J.W., Kirkpatrick, C.J., y Lehr, H.-A. (2008). Do we truly see what we think we

see? The role of cognitive bias in pathological interpretation. *The Journal of Pathology*, 216(2), 192-200. <https://doi.org/10.1002/path.2395>

Faraone, S.V. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder and premature death. *The Lancet*, 385(9983), 2132-2133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61822-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61822-5)

Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M.A., Newcorn, J.H., Gignac, M., Al Saud, N.M., Manor, I., Rohde, L.A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M.A., Albatti, T.H., Aljoudi, H.F., Alqahtani, M.M.J., ..., y Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

Faraone, S.V., Bellgrove, M.A., Brikell, I., Cortese, S., Hartman, C.A., Hollis, C., Newcorn, J.H., Philipsen, A., Polanczyk, G.V., Rubia, K., Sibley, M.H., y Buitelaar, J.K. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0>

FEAADAH. (s.f.). Llamada a Proyecto de Inserción Laboral para Jóvenes con TDAH. 5º Congreso Nacional TDAH. Barcelona. <https://www.feadah.org/llamada-a-proyecto-de-insercion-laboral-para-jovenes-con-tdah-5o-congreso-nacional-tdah-barcelona/>

Federació Catalana d'Associacions de Familiars i Afectats de TDAH. (s.f.). *TDAH, implicaciones laborales. Guía para empleadores*. Recuperado de <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2019/07/Guia-TDAH-para-empleadores.pdf>

Fiorito, T.A., Geiger, A.R., y Routledge, C. (2020). Creative Nostalgia: Social and Psychological Benefits of Scrapbooking. *Journal of the American Art Therapy Association*, 38(2), 98-103. <https://doi.org/10.1080/07421656.2020.1748986>

Fischer, S., y Nilsen, C. (2024). ADHD in older adults - a scoping review. *Aging & Mental Health*, 28(9), 1189-1196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2339994>

- Flanigan, A.E., Wheeler, J., Colliot, T., Lu, J., y Kiewra, K.A. (2024). Typed Versus Handwritten Lecture Notes and College Student Achievement: A Meta-Analysis. *Educational Psychology Review*, 36(78). <https://doi.org/10.1007/s10648-024-09914-w>
- Fletcher, J., y Wolfe, B. (2009). Long-term Consequences of Childhood ADHD on Criminal Activities. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12(3), 119-138.
- Fluegge, K., y Fluegge, K. (2018). Antecedent ADHD, dementia, and metabolic dysregulation: A U.S. based cohort analysis. *Neurochemistry International*, 112, 255-258. <https://doi.org/10.1016/j.neuint.2017.08.005>
- Fonseca, I., Caviedes, M., Chantré, J., y Bernate, J. (2023). Gamification and Game-Based Learning as Cooperative Learning Tools: A Systematic Review. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (IJET)*, 18(21), 4-23. <https://doi.org/10.3991/ijet.v18i21.40035>
- Ford-Jones, P.C. (2015). Misdiagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: 'Normal behaviour' and relative maturity. *Paediatrics & Child Health*, 20(4), 200-202. <https://doi.org/10.1093/pch/20.4.200>
- Francés, L., Quintero, J., Fernández, A., Ruiz, A., Caules, J., Fillon, G., Hervás, A., y Soler, V. (2022). Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: A systematic review in accordance with the PRISMA criteria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(27). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00462-1>
- Fresson, M., Meulemans, T., Dardenne, B., y Geurten, M. (2018). Overdiagnosis of ADHD in boys: Stereotype impact on neuropsychological assessment. *Applied Neuropsychology: Child*, 8(3), 231-245. <https://doi.org/10.1080/21622965.2018.1430576>
- Friedman, L.A., y Rapoport, J.L. (2015). Brain development in ADHD. *Current Opinion in Neurobiology*, 30, 106-111. <https://dx.doi.org/10.1016/j.conb.2014.11.007>
- Fundación "la Caixa". (s.f.). *Incorpora*. <https://incorpora.fundacionlacaixa.org/>
- Funkhouser, T. (2024). The gender lens on ADHD: A critical assessment of diagnostic patterns and pitfalls. *BUHealth*, 2(1). <https://digitalcommons.butler.edu/buhealth/vol2/iss1/3>

- Furzer, J., Dhuey, E., y Laporte, A. (2022). ADHD misdiagnosis: Causes and mitigators. *Health Economics*, 31(9), 1926-1953. <https://doi.org/10.1002/hec.4555>
- Garb, H.N. (2021). Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 90, pags. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102087>
- García-Barrera, A. (2023). Cambiando el paradigma inclusivo: las necesidades educativas personales. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 29, 147-160. <https://doi.org/10.1590/1980-54702023v29e0115>
- Gil Jaurena, I., López Martín, C., y Valencia Cobo, J.A. (2023). ¿Cómo acompañar la inclusión? Elementos de protección y buenas prácticas en programas de inserción sociolaboral. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, (42), 75-92.
- Gilbert Delgado, R. del P., Rojo Hernández, M., Torres Morales, J.G., y Becerril Mendoza, H. (2018). Aprendizaje Basado en Retos. *Revista Electrónica ANFEI Digital*, (9).
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., y Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420-2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- Goldstein, J., y Calero, C.I. (2022). What do we mean by metacognition inside the classroom? *Journal of Neuroeducation*, 3(1), PAGES. <https://doi.org/10.1344/joned.v3i1.39565>
- Gómez, L.E., Verdugo, M.Á., y Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: Avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.
- Gómez Montero de Espinosa, P. (2023). Tratamiento psicológico en niñas y mujeres jóvenes y adultas con TDAH. En TDA-H Palencia (Ed.), *Niñas, mujeres y TDAH. Ponencias XII Jornada sobre TDAH en Palencia* (1ª ed., pp. 113-122). Psylicom Ediciones.
- Goodman, D.W., Mitchell, S., Rhodewalt, L., y Surman, C.B.H. (2016). Clinical Presentation, Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Older Adults: A Review of the Evidence and its Implications for Clinical Care. *Drugs & Aging*, 33, 27-36. <https://doi.org/10.1007/s40266-015-0327-0>

- Groves, N.B., Kofler, M.J., Wells, E.L., Day, T.N., y Chan, E.S.M. (2020). An Examination of Relations Among Working Memory, ADHD Symptoms, and Emotional Regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 525-537. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00612-8>
- Guevara Alban, G.P., Verdesoto Argüello, A.E., y Castro Molina, N.E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(3), 163-173. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
- Gutiérrez Curipoma, C.N., Narváez Ocampo, M.E., Castillo Cajilima, D.P., y Tapia Peralta, S.R. (2023). Metodologías activas en el proceso de enseñanza–aprendizaje: implicaciones y beneficios. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 7(3), 3311-3327. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6409
- Hamed, A.M., Kauer, A.J., y Stevens, H.E. (2015). Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters. *Frontiers in Psychiatry*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00168>
- Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B.M., y Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: A scoping review. *BMC Public Health*, 22(988). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y>
- de Haro, R., Ayala, A., y del Rey, M.V. (2020). Promoviendo la equidad en los centros educativos: identificar las barreras al aprendizaje y a la participación para promover una educación más inclusiva. *Revista Complutense de Educación*, 31(1), 341-352. <https://doi.org/10.5209/rced.63381>
- Henkel. (2024, 12 de junio). *Cómo convertir las empresas en lugares inclusivos para personas con TDAH*. <https://www.henkel.es/actualidad/2024-06-12-como-convertir-las-empresas-en-lugares-inclusivos-para-personas-con-tdah-1964132>
- Hentschel, T., Heilman, M.E., y Peus, C.V. (2019). The Multiple Dimensions of Gender Stereotypes: A Current Look at Men’s and Women’s Characterizations of Others and Themselves. *Frontiers in Psychology*, 10(11). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00011>

- Hinshaw, S.P., Nguyen, P.T., O'Grady, S.M., y Rosenthal, E.A. (2021). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13574>
- Hodgkins, P., Montejano, L., Sané, R., y Huse, D. (2011). Cost of Illness and Comorbidities in Adults Diagnosed With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Retrospective Analysis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13(2), e1-e12. <https://doi.org/10.4088/PCC.10m01030>
- Hoekstra, P.J. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder: is there a connection with the immune system? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 601-602. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01344-2>
- Holland, J., y Sayal, K. (2018). Relative age and ADHD symptoms, diagnosis and medication: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1417-1429. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1229-6>
- Holthe, M.E.G., y Langvik, E. (2017). The Strives, Struggles, and Successes of Women Diagnosed With ADHD as Adults. *SAGE Open*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/2158244017701799>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *El Empleo de las Personas con Discapacidad (EPD). Año 2022*.
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2023*.
- Jackson, V.A., y Back, A.L. (2011). Teaching Communication Skills Using Role-Play: An Experience-Based Guide for Educators. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 775-780. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0493>
- Johnson, D.W., y Johnson, R.T. (2014). Cooperative Learning in 21st Century. *Anales de Psicología*, 30(3), 841-851. <https://dx-doi.org/10.6018/analesps.30.3.201241>

- Jordán Padrón, M., Pachón González, L., Blanco Pereira, M.A., y Achiong Alemañy, M. (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 540-546.
- Juárez-Pulido, M., Rasskin-Gutman, I., y Mendo-Lázaro, S. (2019). El Aprendizaje Cooperativo, una metodología activa para la educación del siglo XXI: una revisión bibliográfica. *Humanismo Digital: Fronteras y Vías Libres entre la Tecnología y la Conciencia*, 26, pags. DOI.
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1972). Subjective probability: A judgment of representativeness. *Cognitive Psychology*, 3(3), 430-454. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(72\)90016-3](https://doi.org/10.1016/0010-0285(72)90016-3)
- Katzman, M.A., Bilkey, T.S., Chokka, P.R., Fallu, A., y Klassen, L.J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(302). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- van Kernebeek, M.W., y Crunelle, C.L. (2024). The Beginnings of Attention Deficit in a Dutch 18th Century Medical Treatise. *Journal of Attention Disorders*, 28(8), 1236-1241. <https://doi.org/10.1177/10870547241238926>
- Kittel-Schneider, S., Arteaga-Henriquez, G., Arias Vasquez, A., Asherson, P., Banaschewski, T., Brikell, I., Buitelaar, J., Cormand, B., Faraone, S.V., Freitag, C.M., Ginsberg, Y., Haavik, J., Hartman, C.A., Kuntsi, J., Larsson, H., Matura, S., McNeill, R.V., Ramos-Quiroga, J.A., Ribases, M., ..., y Reif, A. (2022). Non-mental diseases associated with ADHD across the lifespan: Fidgety Philipp and Pippi Longstocking at risk of multimorbidity? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 1157-1180. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.035>
- Kooji, J.J.S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J.M., Richarte, V., Kjems, A., Pehlivanidis, A., ..., y Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of Adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>

- Klefsjo, U., Kantzer, A.K., Gillberg, C., y Billstedt, E. (2021). The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD - gender differences in the diagnostic process. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75, 301-305.
- Korteling, J.E., y Toet, A. (2022). Cognitive biases. En S. Della Sala (Ed.), *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* (2^a ed., Vol. 3, pp. 610-619). Elsevier ScienceDirect. <https://doi.org/10.1016/8978-0-12-809324-5.24105-9>
- Kotha, A., y Mo, J.Q. (2024). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in girls and young women. *Journal of High School Science*, 8(3), 91-107.
- Kysow, K., Park, J., y Johnston, C. (2017). The use of compensatory strategies in adults with ADHD symptoms. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9, 73-88. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0205-6>
- Laes, C. (2008). Learning from Silene: Disabled Children in Roman Antiquity. *Arctos-Acta Philologica Fennica*, 42, 85-122.
- Li, L., Zhu, N., Zhang, L., Kuja-Halkola, R., D'Onofrio, B.M., Brikell, I., Lichtenstein, P., Cortese, S., Larsson, H., y Chang, Z. (2024). ADHD Pharmacotherapy and Mortality in Individuals With ADHD. *Journal of the American Medical Association*, 331(10), 850-860. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.0851>
- van Lieshout, M., Luman, M., Twisk, J.W.R., van Ewijk, H., Groenman, A.P., Thissen, A.J.A.M., Faraone, S.V., Heslenfeld, D.J., Hartman, C.A., Hoekstra, P.J., Franke, B., Buitelaar, J.K., Rommelse, N.N.J., y Oosterlaan, J. (2016). A 6-year follow-up of a large European cohort of children with attention-deficit/hyperactivity disorder - combined subtype: outcomes in late adolescence and young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1007-1017. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0820-y>
- Livingston, L.A., y Happé, F. (2017). Conceptualising compensation in neurodevelopmental disorders: Reflections from autism spectrum disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 729-742. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiorev.2017.06.005>

- London, A.S., y Landes, S.D. (2016). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and adult mortality. *Preventive Medicine*, 90, 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.021>
- López, I., y Förster, J. (2022). Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 367-378. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.004>
- di Lorenzo, R., Balducci, J., Poppi, C., Arcolin, E., Cutino, A., Ferri, P., D'Amico, R., y Filippini, T. (2021). Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: a systematic review of long-term outcomes. *Acta Neuropsychiatrica*, 33(6), 283-298. <https://doi.org/10.1017/neu.2021.23>
- Lynch, A., y Davison, K. (2022). Gendered expectations on the recognition of ADHD in young women and educational implications. *Irish Educational Studies*, 43(1), 61-81. <https://doi.org/10.1080/03323315.2022.2032264>
- Lynn, N.M. (2019). Women & ADHD functional impairments: beyond the obvious. [Tesis de Máster, Universidad Estatal Grand Valley]. <https://scholarworks.gvsu.edu/theses/933/>
- Maina, I.W., Belton, T.D., Ginzberg, S.G., Singh, A., y Johnson, T.J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, 199, 219-229. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009>
- Martínez-Frutos, M.T., y Herrera-Gutiérrez, E. (2019). El portafolio como recurso didáctico en el proceso de aprendizaje del alumnado con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Educatio Siglo XXI*, 37(2), 245-266. <https://doi.org/10.6018/educatio.387111>
- Martin, J. (2024). Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males? *The Lancet Psychiatry*, 11, 303-310. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00010-5)
- Martin, J., Langley, K., Cooper, M., Ruquette, O.Y., John, A., Sayal, K., Ford, T., y Thapar, A. (2024). Sex differences in ADHD diagnosis and clinical care: A national study of population healthcare records in Wales. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12987>

- Mayes, S.D., Castagna, P.J., y Waschbusch, D.A. (2020). Sex Differences in Externalizing and Internalizing Symptoms in ADHD, Autism, and General Population Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42, 519-526.
<https://doi.org/10.1007/s10862-020-09798-4>
- McKinney, E.L., y Swartz, L. (2021). Employment integration barriers: experiences of people with disabilities. *The International Journal of Human Resource Management*, 32(10), 2298-2320.
<https://doi.org/10.1080/09585192.2019.1579749>
- Mendaña, M. (2023). Ponencia 1: Desarrollo psicológico en niñas y chicas adolescentes con TDAH. En TDA-H Palencia (Ed.), *Niñas, mujeres y TDAH. Ponencias XII Jornada sobre TDAH en Palencia* (1ª ed., pp. 21-32). Psylicom Ediciones.
- Meyers, J., Classi, P., Wietecha, L., y Candrilli, S. (2010). Economic burden and comorbidities of attention-deficit/hyperactivity disorder among pediatric patients hospitalized in the United States. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(31).
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-31>
- Michielsen, M., Comijs, H.C., Aartsen, M.J., Semeijn, E.J., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., y Kooij, J.J.S. (2013). The Relationships Between ADHD and Social Functioning and Participation in Older Adults in a Population-Based Study. *Journal of Attention Disorders*, 19(5). 368-379.
<https://doi.org/10.1177/1087054713515748>
- Michielsen, M., de Kruif, J.Th.C.M., Comijs, H.C., van Mierlo, S., Semeijn, E.J., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., y Kooij, J.J.S. (2015). The Burden of ADHD in Older Adults: A Qualitative Study. *Journal of Attention Disorders*, 22(6), 591-600.
<https://doi.org/10.1177/1087054715610001>
- Mohammadi, M.-R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S.-A., Ahmadi, A., Alavi, S.-S., Shakiba, A., y Salmanian, M. (2019). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, 25(8), 1058-1067. <https://doi.org/10.1177/1087054719886372>

- Morales, I.M. (2017). *Calidad de vida en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: disfunción ejecutiva y comorbilidad* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/44512/>
- Moreno Muro, J.P., Pérez Vargas, C.G.A., y Montenegro Camacho, L. (2021). La metacognición como factor de desarrollo de competencias en la educación peruana. *Revista de Educación*, 46(1).
<https://doi.org/10.15517/revedu.v46i1.43724>
- Morgan, J. (2023). Exploring women's experiences of diagnosis of ADHD in adulthood: a qualitative study. *Advances in Mental Health*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/18387357.2023.2268756>
- Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E., y Asherson, P. (2019). Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 272, 765-773.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
- Mowlem, F.D., Rosenqvist, M.A., Marti, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., y Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 481-489. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>
- Nair, B.T. (2018). Role play - An effective tool to teach communication skills in pediatrics to medical undergraduates. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(1), 18.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_162_18
- Neurodiversi. (s.f.). *TDAAH y empleo. Recomendaciones*.
<https://neurodiversi.org/tdah-y-empleo-recomendaciones/>
- Nieto Muriel, D.M. (2021). Evolución del concepto de competencias laborales y su aporte al proceso de selección. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de América]. Repositorio Institucional Lumieres.
<https://repository.uamerica.edu.co/bitstream/20.500.11839/8723/1/510809-2021-2-GTH.pdf>
- Norton, D.P., Pavlicova, M., Glass, A., Mariani, J.J., Mahony, A.L., Brooks, D.J., y Levin, F.R. (2016). ADHD is Highly Prevalent in Patients Seeking Treatment for Cannabis Use Disorders.

Journal of Attention Disorders, 24(11). 1487-1492.

<https://doi.org/10.1177/1087054716640109>

Ohlmeier, M.D., Peters, K., Te Wildt, B.T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., Emrich, H.M., y Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism*, 43(3), 300-304.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agn014>

Oliva, F., Mangiapane, C., Nibbio, G., Berchialla, P., Colombi, N., y Vigna-Taglianti, F.D. (2021). Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 587-598. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.021>

Oroian, B.A., Nechita, P., Marusic, R.-I., Pătrașcu, C., y Szalontay A. (2023). Gender dynamics in ADHD: understanding ADHD in females from childhood to adulthood. *Bulletin of Integrative Psychiatry*, 29(4).

Organización Mundial de la Salud. (2019) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (10ª ed.). <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>

Organización Mundial de la Salud. (2024) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (11ª ed.). <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es>

Owens, E.B., Zalecki, C., Gillette, P., y Hinshaw, S.P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 723-736. <https://doi.org/10.1037/ccp0000217>

Pachay López, M.J., Rodríguez Gámez, M., y Vera Pachay, L.M. (2020). Aprendizaje cooperativo, una metodología activa innovadora. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*.

Peña, L. (2012). La naturaleza dual del proceso diagnóstico y su vulnerabilidad a los sesgos cognitivos. *Revista médica de Chile*, 140(6), 806-810.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000600017>

Pérez Pino, M., Enrique Clavero, J.O., Carbó Ayala, J.E., y González Falcón, M. (2017). La evaluación formativa en el proceso enseñanza aprendizaje. *Edumecentro*, 9(3), 263-283.

- Petre, I. (2019). *Explaining Gender Differences in the Diagnosis of ADHD in Children*. En S. Nagel (Ed.), *Shaping Children* (pp. 183-197). Springer, Charm.
- Quinn, P., y Wigal, S. (2004). Perceptions of Girls and ADHD: Results From a National Survey. *Medscape General Medicine*, 6(2).
- Ramírez-Díaz, J.L. (2020). El enfoque por competencias y su relevancia en la actualidad: Consideraciones desde la orientación ocupacional en contextos educativos. *Educare*, 24(2), 475-489. <https://dx.doi.org/10.15359/ree.24-2.23>
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Constantino, M.A., Canevini, M.P., Termine, C., y Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 1443-1457. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>
- Reichard, J., y Zimmer-Bensch, G. (2021). The Epigenome in Neurodevelopmental Disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 15. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.776809>
- Rendón-Macías, M.E., Valenzuela, M., y Villasis-Keever, M.Á. (2021). Sesgos en los estudios de pruebas de diagnóstico: implicación en la estimación de la sensibilidad y especificidad. *Revista alergia México*, 67(2), 165-173. <https://doi.org/10.29262/ram.v6i2.771>
- Ritchhart, R., y Perkins, D. (2008). Making Thinking Visible. *Educational Leadership*, 65(5), 57-61.
- Rivas-Vázquez, R.A., Díaz, S.G., Visser, M.M., y Rivas-Vázquez, A.A. (2023). Adult ADHD: Underdiagnosis of a Treatable Condition. *Journal of Health Service Psychology*, 49, 11-19. <https://doi.org/10.1007/s42843-023-00077-w>
- Robinson, R., Girchenko, P., Pulakka, A., Heinonen, K., Lähdepuro, A., Lahti-Pulkkinen, M., Hovi, P., Tikanmäki, M., Bartmann, P., Lano, A., Doyle, L.W., Anderson, P.J., Cheong, J.L.Y., Darlow, B.A., Woodward, L.J., Horwood, L.J., Indredavik, M.S., Evensen, K.A.I., Marlow, N., (,,), y Räikkönen, K. (2023). ADHD symptoms and diagnosis in adult preterms: systematic review, IPD meta-analysis, and register-linkage study. *Pediatric Research*, 93, 1399-1409. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01929-1>

- Rogers, D.C., Dittner, A.J., Rimes, K.A., y Chalder, T. (2016). Fatigue in adult attention deficit hyperactivity disorder population: A trans-diagnostic approach. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 33-52. <https://doi.org/10.1111/bjc.12119>
- Rohner, H., Gaspar, N., Philipsen, A., y Schulze, M. (2023). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1275. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021275>
- Ros, R., y Graziano, P.A. (2018). Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(2018), 213-235. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1266644>
- Rossa, C. (2017). The history of special education. *Journal for Perspectives of Economic, Political and Social Integration*, 23(1-2), 209-227. <https://doi.org/10.1515/pepsi-2017-0011>
- de Rossi, P., Pretelli, I., Menghini, D., D'Aiello, B., Di Vara, S., y Vicari, S. (2022). Gender-Related Clinical Characteristics in Children and Adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 385. <https://doi.org/10.3390/jcm11020385>
- Ruiz-Cantero, M. T.; Blasco-Blasco, M.; Chilet-Rosell, E.; y Peiró, A.M. (2020). Gender bias in therapeutic effort: from research to health care. *Farmacia Hospitalaria*, 44(3), 109-113. <https://doi.org/10.7399/fh.11394>
- Sabin, J.A. (2022). Tackling Implicit Bias in Health Care. *The New England Journal of Medicine*, 387(2), 105-107. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2201180>
- Sadek, J. (2023). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Misdiagnosis: Why Medical Evaluation Should Be a Part of ADHD Assessment. *Brain Sciences*, 13(11), 1522. <https://doi.org/10.3390/brainsci13111522>
- Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M.H., Hashemian, A.H., Akbari, H., y Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(48). <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>

- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., y Helsing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*, 2018(1), 6358624. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Saunders-Pullman, R., Wang, C., Stanley, K., y Bressman, S.B. (2011). Diagnosis and Referral Delay in Women With Parkinson's Disease. *Gender Medicine*, 8(3), 209-217. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2011.05.002>
- Schalock, R.L., y Verdugo, M.Á. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation.
- Schelstraete, G. (2016). Aprendizaje académico funcional. Líneas de acción en el adolescente con síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*, 33(128), 2-6.
- Schnitzer, K., Merideth, F., Macias-Konstantopoulos, W., Hayden, D., Shtasel, D., y Bird, S. (2020). Disparities in Care: The Role of Race on the Utilization of Physical Restraints in the Emergency Setting. *Academic Emergency Medicine*, 27(10), 943-950. <https://doi.org/10.1111/acem.14092>
- Sempere, L., Bernabeu, P., Cameo, J., Gutiérrez, A., García, M.G., García, M.F., Aguas, M., Belén, O., Zapater, P., Jover, R., van-der Hofstadt, C., y Ruiz-Cantero, M.T. (2023). Gender Biases and Diagnostic Delay in Inflammatory Bowel Disease: Multicenter Observational Study. *Inflammatory Bowel Diseases*, 29(12), 1886-1894. <https://doi.org/10.1093/ibd/izad001>
- Sevak, P., Houtenville, A.J., Brucker, D.L., y O'Neill, J. (2015). Individual Characteristics and the Disability Employment Gap. *Journal of Disability Policy Studies*, 26(2). <https://doi.org/10.1177/1044207315585823>
- Severance, S., y Howell, E. (2017). On Gender Disparities in Disability Identification and Special Education Services. *Journal of Gender and Power*, 8(2), 27-34.
- Shi, Y., Hunter-Guevara, L.R., Dykhoff, H.J., Sangaralingham, L.R., Phelan, S., Zaccariello, M.J., y Warner, D.O. (2021). Racial Disparities in Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity

Disorder in a US National Birth Cohort. *JAMA Network Open*, 4(3), e210321.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.0321>

- da Silva, A.G., Malloy-Diniz, L.F., García, M.S., y Rocha, R. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder and women. En J. Renno Jr., G. Valadares, A. Cantilino, J. Mendes-Ribeiro, R. Rocha, A.G. da Silva (Eds.), *Women's Mental Health. A Clinical and Evidence-Based Guide* (1ª ed., pp. 215-219). Springer Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-29081-8>
- Sjöwall, D., Roth, L., Lindqvist, S., y Thorell, L.B. (2012). Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 619-627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12006>
- Sjöwall, D., y Thorell, L.B. (2019). Neuropsychological deficits in relation to ADHD symptoms, quality of life, and daily life functioning in young adulthood. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(1), 32-40. <https://doi.org/10.1080/23279095.2019.1704287>
- Skogli, E.W., Teicher, M.H., Andersen, P.N., Hovik, K.T., y Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys - gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13(298). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Skoglund, C., Sundström Poromaa, I.S., Leksell, D., Ekholm Selling, K.E., Cars, T., Giacobini, M., Young, S., y Kopp Kallner, H. (2023). Time after time: failure to identify and support females with ADHD—a Swedish population register study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(6), 832-844. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13920>
- Slobodin, O., y Davidovitch, M. (2019). Gender differences in objective and subjective measures of ADHD among clinic-referred children. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 441. DOI
- Solanto, M.V. (2 de julio de 2024). *What Is Inattentive ADHD? Symptoms, Characteristics, Diagnostic Considerations*. ADDitude. <https://www.additudemag.com/what-is-inattentive-adhd-add-symptoms-signs-treatment/>
- Soler-Gutiérrez, A.-M., Pérez-González, J.C., y Mayas, J. (2023). Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PLOS*, 18(1), e0280131. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280131>

- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., y Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 04009. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., y Skodol, A.E. (1980). DSM-III: The major achievements and an overview. *The American Journal of Psychiatry*, 137(2), 151-164. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.2.151>
- Sullivan, J., Ciociolo, A., y Moss-Racusin, C.A. (2022). Establishing the content of gender stereotypes across development. *Plos One*, 17(7), e0263217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263217>
- Sun, S., Kuja-Halkola, R., Faraone, S.V., D'Onofrio, B.M., Dalsgaard, S., Chang, Z., y Larsson, H. (2019). Association of Psychiatric Comorbidity With the Risk of Premature Death Among Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1141-1149. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1944>
- Tasa-Vinyals, E., Giral, M.M., y Raich, R.M. (2015). Sesgo de género en medicina. Concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.
- Taylor, B.J., McGilloway, S., y Donnelly, M. (2004). Preparing young adults with disability for employment. *Health & Social Care in the Community*, 12(2), 93-101. <https://doi.org/10.1111/j.0966-0410.2004.00472.x>
- Terán, A. (2023). Ponencia 2: El TDAH en la mujer joven-adulta. En TDA-H Palencia (Ed.), *Niñas, mujeres y TDAH. Ponencias XII Jornada sobre TDAH en Palencia* (1ª ed., pp. 33-98). Psylicom Ediciones.
- Toboso Martín, M., y Arnau Ripollés, M.S. (2008). La Discapacidad Dentro del Enfoque de Capacidad y Funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 10(20), 64-94.
- Urruticoechea, A., Oliveri, A., Vernazza, E., Giménez-Dasí, M., Martínez-Arias, R., y Martín-Babarro, J. (2021). The Relative Age Effects in Educational Development: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 8966. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178966>

- Varrasi, S., Boccaccio, F.M., Guerrera, C.S., Platania, G.A., Pirrone, C., y Castellano, S. (2022). Schooling and occupational outcomes in adults with ADHD: predictors of success and support strategies for effective learning. *Education Sciences* 2023, 13(1), 37.
<https://doi.org/10.3390/educsci13010037>
- Vasiliadis, H.-M., Lunghi, C., Rahme, E., Rochette, L., Gignac, M., Massamba, V., Diallo, F.B., Fansi, A., Cortese, S., y Lesage, A. (2024). ADHD medications use and risk of mortality and unintentional injuries: a population-based cohort study. *Translational Psychiatry*, 14(128).
<https://doi.org/10.1038/s41398-024-02825-y>
- Vater, C.H., DiSalvo, M., Ehrlich, A., Parker, H., O'Connor, H., Faraone, S.V., y Biederman, J. (2024). ADHD in Adults: Does Age at Diagnosis Matter? *Journal of Attention Disorders*, 28(5), 614-624. <https://doi.org/10.1177/10870547231218450>
- Verdugo, M.A., Schalock, R.L., Keith, K.D., y Stancliffe, R.J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x>
- Verdugo Alonso, M.Á., Schalock, R.L., y Gómez Sánchez, L.E. (2021). El modelo de calidad de vida y apoyos: La unión tras veinticinco años de caminos paralelos. *Siglo Cero*, 52(3), 9-28.
<https://doi.org/10.14201/scero2021523928>
- Vergara Ciordia, J. (2002). Marco histórico de la educación especial. *ESE. Estudios sobre educación*, 2002(2), 12.
- Vlastou-Dimopoulou, F. (2019). Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). En R.A. Wessel y J. Odermatt (Eds.), *Research Handbook on the European Union and International Organizations* (pp. 316-337). Edward Elgar Publishing.
<https://doi.org/10.4337/9781786438935.00024>
- Vos, M., y Hartman, C.A. (2022). The decreasing prevalence of ADHD across the adult lifespan confirmed. *Journal of Global Health*, 12, 03024. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.03024>
- Warnock, H.M. (1978). *Special Educational Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of the Handicapped Children and Young People.*

<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20101007182820/http://sen.ttrb.ac.uk/attachments/21739b8e-5245-4709-b433-c14b08365634.pdf>.

- Westergaard, D., Moseley, P., Sørup, F.K.H., Baldi, P., y Brunak, S. (2019). Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nature Communications*, 10(1), 666. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-08475-9>
- Westrup, U, y Planander, A. (2013). Role-play as a pedagogical method to prepare students for practice: The students' voice. *Högre utbildning*, 3(3), 199-210. <https://doi.org/10.23865/hu.v3.801>
- Wexler, D., Salgado, R., Gornik, A., Peterson, R., y Pritchard, A. (2021). What's race got to do with it? Informant rating discrepancies in neuropsychological evaluations for children with ADHD. *The Clinical Neuropsychologist*, 36(2), 264-286. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1944671>
- Whitley, R. (2021). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Males: The Medicalization of Boyhood? En *Men's Issues and Men's Mental Health* (pp. 71-104). Springer Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-86320-3_4
- Winzer, M.A. (2009). *From Integration to Inclusion: A History of Special Education in the 20th Century*. Gallaudet University Press.
- Wright, N., Moldavsky, M., Schneider, J., Chakrabarti, I., Coates, J., Daley, D., Kochhar, P., Mills, J., Sorour, W., y Sayal, K. (2015). Practitioner Review: Pathways to care for ADHD - a systematic review of barriers and facilitators. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 598-617. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12398>
- Young, J. (2015). ADHD is a risk factor for premature death, Danish study shows. *BMJ*, 350, h1094. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1094>
- Young, S., Adamo, N. Ásgeirsdóttir, B.B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., ..., y Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for

the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women.

BMC Psychiatry, 20(404). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>

Zapata-Zapata, A., y Vesga, G. (2023). Habilidades metacognitivas en los procesos de aprendizaje en

la educación superior: Una revisión sistemática 2017-2022. *Psicología Unemi*, 7(13), 73-93.

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol7iss13.2023pp73-93p>

Zhao, X., Hayes, T., Timmons, A.C., Wu, W., y Frazier, S.L. (2023). Unpacking Inequities in ADHD

Diagnosis: Examining Individual-Level Race/Ethnicity and State-Level Online

Information-Seeking Patterns. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health*

Services Research, 50, 576-590. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01259-w>

Zhou, R.Y., Wang, J.J., Sun, J.C., You, Y., Ying, J.N., y Han, X.M. (2017). Attention deficit hyperactivity

disorder may be a highly inflammation and immune-associated disease (Review). *Molecular*

Medicine Reports, 16(4), 5071-5077. <https://doi.org/10.3892/mmr.2017.7228>

Zijlstra, F., van Ruitenbeek, G., Mulders, H., y van Lierop, B. (2017). Designing Work for Inclusiveness.

En A. Arenas, D. di Marco, L. Munduate y M. Euwema (Eds.), *Shaping Inclusive Workplaces*

Through Social Dialogue (pp. 121-137). Springer, Cham.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-66393-7_8

Zurita-Cruz, J.N., y Villasis-Keever, M.Á. (2021). Principales sesgos en la investigación clínica.

Revista Alergia México, 68(4), 291-299. <https://doi.org/10.29262/ram.v68i4.1003>

4.2. Referencias Legislativas

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*

[*Resolución 217 A (III)*]. Organización de las Naciones Unidas.

https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1971). *Declaración de Derechos Fundamentales del*

Deficiente Mental [Resolución 2856 (XXVI)]. Organización de las Naciones Unidas.

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/res2856.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2000). *Declaración del Milenio (A/RES/55/2)*.

<https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Comisión Europea. (s.f.a). *Register of Commission Expert Groups and Other Similar Entities.*

Disability Platform (E03820).

<https://ec.europa.eu/transparency/expert-groups-register/screen/expert-groups/consult?lang=en&groupID=3820>

Comisión Europea. (s.f.b) *Tarjeta Europea de Discapacidad y Tarjeta Europea de Estacionamiento para personas con discapacidad.*

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1139&langId=es>

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, pp. 29313 a 29424. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo. Boletín Oficial del Estado, núm. 51, de 01 de marzo de 2023, pp. 30376 a 30451. <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/3/con>

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, núm. 106, de 4 de mayo de 2006, pp. 17158 a 17207. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/05/03/2/con>

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, núm. 340, de 30 de diciembre de 2020, pp. 122868 a 122953. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3/con>

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1).*

https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Estrategia de las Naciones Unidas para la Inclusión de la Discapacidad (CEB/2019/1/Add.6).*

https://www.un.org/es/content/disabilitystrategy/assets/documentation/UN_Disability_Inclusion_Strategy_spanish.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1995). *World Conference on Special Needs Education: Access and Quality; final report (ED.95/WS/2)*.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000110753>

Directiva (UE) 2019/882, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de abril de 2019, sobre los requisitos de accesibilidad de los productos y servicios. Diario Oficial de la Unión Europea, vol. 62, de 7 de junio de 2019, pp. 70 a 115.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L0882>

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013, pp 95635 a 95673.

<https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1>

Real Decreto 818/2021, de 28 de septiembre, por el que se regulan los programas comunes de activación para el empleo del Sistema Nacional de Empleo. Boletín Oficial del Estado, núm. 233, de 29 de septiembre de 2021, pp. 119390 a 119454.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/09/28/818/con>

Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Boletín Oficial del Estado, núm. 168, de 14 de julio de 2007, pp. 30618 a 30622.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/07/02/870/con>

Reforma del artículo 49 de la Constitución Española, de 15 de febrero de 2024. Boletín Oficial del Estado, núm. 43, de 17 de febrero de 2024, pp. 19462 a 19471.

[https://www.boe.es/eli/es/ref/2024/02/15/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ref/2024/02/15/(1))

Reglamento (UE) 2021/1057, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de junio de 2021, por el que se establece el Fondo Social Europeo Plus (FSE+) y por el que se deroga el Reglamento (UE) n.o 1296/2013. Diario Oficial de la Unión Europea, vol. 64, de 30 de junio de 2021, pp. 21 a 59. <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/1057/oj>

Anexos

Anexo A. Dimensiones de la calidad de vida según Schalock y Verdugo (2002).

Tabla 14.

Relación de las dimensiones de la calidad de vida y su descripción.

Dimensión	Descripción
Autodeterminación	Poder tomar las decisiones relativas a la propia vida por uno mismo, o una misma
Bienestar emocional	Gozar de buena salud mental, derivada de la satisfacción con las relaciones sociales, los niveles controlados de ansiedad y el equilibrio entre emociones positivas y negativas.
Bienestar físico	Gozar de buena salud física, tanto debido a la ausencia de enfermedad como gracias a los hábitos saludables de alimentación, ejercicio y sueño
Bienestar material	Tener los recursos físicos suficientes para procurar la subsistencia: agua, alimento, un hogar donde vivir, ropa, dinero.
Derechos efectivos	Tener acceso a apoyos específicos, así como gozar de pleno derecho y participación social como ciudadano o ciudadana
Desarrollo personal	Superarse a uno mismo, o una misma, mediante la estimulación de las fortalezas, la consecución de metas y objetivos y la dedicación de tiempo a los intereses personales.
Inclusión sociocomunitaria	Poder acceder a los recursos y oportunidades necesarios para la participación plena en la sociedad, entre los que se cuentan los vínculos interpersonales o el trabajo
Relaciones interpersonales	Tener vínculos con otras personas (familia, amistades, pareja, colegas de trabajo)

Fuente: Elaboración propia a partir de Schalock y Verdugo (2002); Verdugo et al. (2021)


Anexo B. Herramientas para la evaluación inicial.

Figura 2.

Rúbrica para la auto y heteroevaluación iniciales.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Este círculo es una "diana de evaluación", y cada sector valora una **habilidad** distinta que es **relevante en el ámbito sociolaboral**. Por favor, **valora** cómo crees que se te da cada una de ellas del **1 (muy poco)** al **4 (muchísimo)** sombreado ese número tramos de cada sector.



- Habilidades sociales 🧑‍🤝‍🧑
- Auto-conocimiento 🤔
- Gestión de las emociones 🍀
- Atención, productividad... 🧠
- Trabajar en equipo ⭐
- Perfil profesional 🏆
- Organizarte, planificarte... 🕒
- Hábitos saludables ❤️

Si quieres añadir o aclarar algo, puedes hacerlo aquí.

¿Qué esperas lograr a lo largo de las sesiones?

Anexo C. Rúbricas de evaluación formativa.

Figura 3.

Tickets para la rutina de pensamiento “Palabra-Frase-Oración”.

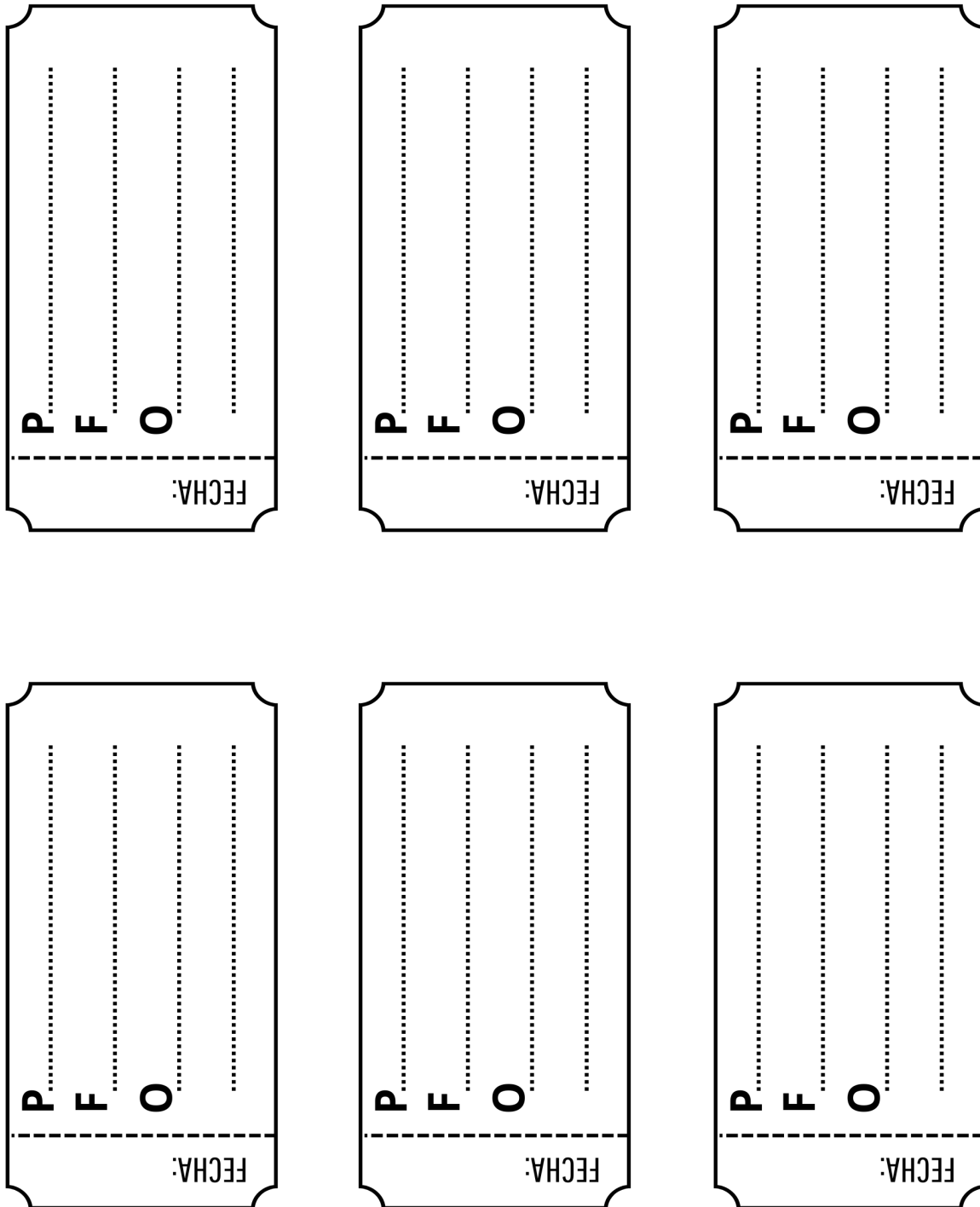


Figura 4.

Rúbricas de evaluación formativa para registrar el progreso de cada participante.

Participante: _____

Sesión n°: ____ **Contenido/Actividad:** _____

Comentarios y observaciones

Progresos y logros

Dificultades observadas

Sesión n°: ____ **Contenido/Actividad:** _____

Comentarios y observaciones

Progresos y logros

Dificultades observadas

Nota: Dado que se utilizarán en las sesiones 2 a 8, se imprimirán 4 por participante.

Anexo D. Rúbricas de evaluación global.

Figura 5.

Rúbrica para la autoevaluación global de cada participante.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Como ya sabes, en esta diana de evaluación cada sector valora una **habilidad** distinta que es **relevante en el ámbito sociolaboral**. Por favor, **valora** cómo crees que se te da cada una de ellas tras haber terminado el programa. Recuerda que se valora del **1 (muy poco)** al **4 (muchísimo)**, sombreando ese número tramos de cada sector.



Habilidades sociales 🧑‍🧑

Auto-conocimiento 🙄

Gestión de las emociones 🍀

Atención, productividad... 🧠

Trabajar en equipo ⭐

Perfil profesional 🎓

Organizarte, planificarte... 🕒

Hábitos saludables ❤️

¿Cómo ha cambiado tu concepto de ti misma durante estas semanas?

Si pudieses darte a tu yo del pasado tres consejos, ¿cuáles serían?

Figura 6.

Rúbrica para la evaluación global del programa y quien lo imparte.

Te agradecemos que hayas compartido con todas las demás participantes estas semanas. La implicación y esfuerzo de cada una es la clave del éxito del grupo, por lo que **sin ti no habría sido posible**. ¡Gracias!

Nos gustaría pedirte que dediques unos minutos a completar esta **encuesta** sobre distintos **aspectos del programa**, y de la **forma de impartirlo**. Tu opinión es muy importante para mejorar el programa, y continuar apoyando a mujeres como tú. A fin de que puedas responder con total libertad, es **anónima**.

Por favor, **valora** del **1 (nada)** al **5 (totalmente)** estos aspectos de las **sesiones**:

- | | |
|--|-----------|
| Las sesiones ofrecían contenidos útiles para mí | ★ ★ ★ ★ ★ |
| En las sesiones me he sentido cómoda para ser yo | ★ ★ ★ ★ ★ |
| Las sesiones han tenido una duración adecuada | ★ ★ ★ ★ ★ |
| Me siento más preparada para el ámbito laboral | ★ ★ ★ ★ ★ |

Por favor, **valora** del **1 (nada)** al **5 (fenomenal)** estos aspectos de la **profesional**:

- | | |
|---|-----------|
| El/la profesional ha sido amable y simpático/a | ★ ★ ★ ★ ★ |
| Cuando lo he necesitado, me ha resuelto dudas | ★ ★ ★ ★ ★ |
| Su forma de dinamizar el grupo ha sido adecuada | ★ ★ ★ ★ ★ |
| En general, con este/a profesional he aprendido | ★ ★ ★ ★ ★ |

Comentarios y observaciones

Figura 7.

Rúbrica para la evaluación global del progreso de cada participante.

Participante: _____ **Fecha:** _____

Habilidades sociales 🧑‍🦲
 Auto-conocimiento 🤔
 Gestión de las emociones 🍀
 Atención, productividad... 🧠
 Trabajar en equipo ⭐
 Perfil profesional 📄
 Organizarte, planificarte... 🕒
 Hábitos saludables ❤️

¿Qué cambios he observado en ti a lo largo de las sesiones?

¿Qué tres consejos, o recordatorios, me gustaría ofrecerte?

Anexo E. Plantilla para realizar el análisis DAFO y la Matriz de Eisenhower.**Figura 8.***Plantilla para realizar el análisis DAFO.*

Nombre: _____	
¿Qué características tengo yo, como persona?	
Fortalezas	Áreas de mejora
¿Qué características tiene el mercado laboral?	
Obstáculos	Oportunidades

Nota: DAFO es el acrónimo para “Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades”.

Figura 9.

Plantilla para realizar la matriz de Eisenhower.

Nombre: _____

	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE	Tengo que hacer...	Decido si haré...
NO IMPORTANTE	Voy a delegar...	Quito de mi lista...

Anexo F. Actividad cooperativa “Negociación de prioridades”.

Vuestro equipo viajaba en un avión que ha aterrizado, por emergencia, en medio del **desierto**. Tras un problema con los sistemas de asistencia, **sois los únicos supervivientes**, dado que el piloto y el copiloto no han sobrevivido a la colisión.

Os encontráis en un paraje **sin vegetación**, desde donde se ve muy lejos un puntito de civilización. La temperatura ha alcanzado los **40°C**, y hace mucho, **mucho sol**.

Estáis vestidas con ropa ligera y tenéis pañuelos para la cabeza. Además, juntáis entre todas unos **2 euros** en monedas y **40** en billetes; un paquete de **cigarrillos** y un **bolígrafo**. Del avión **habéis salvado** los **objetos** que se citan a continuación, y que necesitáis organizar por **orden de prioridad** antes de decidir qué vais a hacer, y qué vais a llevaros:

- Una linterna
- Un espejo pequeño
- Botella de vodka de 1.5L
- Una brújula
- Cinco abrigos (uno por persona)
- Cinco pares de gafas de sol (uno por persona)
- Paquete de gasas estériles
- Tarro de tabletas de sal.
- 5L de agua (uno por persona)
- Navaja suiza
- Mapa aéreo de la zona
- Una pistola del calibre .45
- Paracaídas rojo y blanco
- Libro titulado “Animales comestibles del ecosistema desértico” (¡Qué conveniente!)

Como habéis decidido permanecer en grupo, tened en cuenta que **debéis consensuar el orden** de prioridades de los objetos. Todos ellos están en perfecto estado.