

# **TDAH: Un trastorn controvertit. Què en pensen des de les diferents disciplines?**



**La realitat Psicopedagògica a Sant Vicenç dels Horts.  
Abordant el TDAH des d'una visió global.**



**AUTORA: CRISTINA SANCHÍS CAPELLA**

**TUTORA: NÚRIA RAJADELL PUIGGRÒS**

**SETEMBRE 2013**

**TREBALL FINAL DE MÀSTER DE PSICOPEDAGOGIA**



***M'han diagnosticat que pateixo Dèficit d'Atenció. Es manifesta així:***

*Decideixo rentar el cotxe. A l'anar cap al garatge, veig que hi ha correu a la tauleta de l'entrada. Decideixo fer una ullada a les cartes abans de rentar el cotxe. Deixo les claus del cotxe a la tauleta, vaig a llençar els sobres buits i els anuncis a la galleda de les escombraries i me n'adono que està ple. Decideixo deixar les cartes, entre les que hi ha una factura, a la tauleta i dur la galleda a buidar al contenidor. Llavors penso que, ja que vaig al contenidor, puc pagar la factura amb un xec i tirar a la bústia que està al costat del contenidor. Trec de la butxaca el talonari de xecs i veig que només queda un. Vaig al despatx a buscar un altre talonari i trobo sobre la taula la llauna de refresc que m'estava bevent i se m'havia quedat oblidada. Retiro la llauna perquè no s'aboqui sobre els papers i noto que s'està escalfant, pel que decideixo dur-la a la nevera.*

*A l'anar cap a la cuina em fixo que el gerro de flors de la còmoda de l'entrada està sense aigua. Deixo el refresc sobre la còmoda i descobreixo les ulleres de prop que he estat buscant tot el matí. Decideixo dur-les al meu escriptori en el despatx i després, posar aigua a les flors. Porto les ulleres al despatx, ompló un gerro d'aigua a la cuina i de cop i volta, veig el comandament del televisor. Algú ho ha deixat a la taula de la cuina. Recordo que ahir a la nit el vam estar buscant com bojos. Decideixo dur-lo al saló, on ha d'estar, quan posi l'aigua a les flors. Tiro una mica d'aigua a les flors i la major part es vessa per terra. Per tant torno a la cuina, deixo el comandament sobre la taula i agafo uns draps per assecar l'aigua. Vaig cap al rebedor tractant de recordar què és el que volia fer amb aquests draps.*

*Al final de la tarda el cotxe segueix sense rentar, no he pagat la factura, la galleda de les escombraries està plena, hi ha una llauna de Coca Cola calenta a la còmoda, les flors segueixen sense aigua, segueix havent un sol xec en el meu talonari, no aconseguixo trobar el comandament de la televisió ni les meves ulleres de prop, hi ha una lletja taca en el parquet de l'entrada i no tinc ni idea d' on són les claus del cotxe. Em quedo pensant com pot ser que sense haver fet res en tota la tarda hagi estat tota l'estona dansant i em trobi tan cansada<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Extret dels apunts de classe d'Isabel Paula, curs 2012-2013.



## AGRAÏMENTS

---

Em plau iniciar el meu projecte agraint a les persones i entitats que han permès dur a terme aquesta recerca, amb el seu recolzament, la seva predisposició i atenció i, sobretot, per tot allò que m'han transmès a nivell de coneixement i d'experiència.

En primer lloc a la meva parella, que durant el màster i l'estrès de realitzar tot un any intensiu de formació en Psicopedagogia, conjuntament amb un treball final a l'estiu, ha estat al meu costat animant-me i creient en la meua capacitat de dur-lo a terme amb èxit.

En segon terme, a la meua tutora, Núria Rajadell, doctora en Pedagogia i professora a la Facultat de Pedagogia de la Universitat de Barcelona, que m'ha animat a fer realitat aquest projecte, m'ha guiat en el meu aprenentatge i m'ha recomanat gratament professionals com en Quim Cabra, director de l'EAP B-39 de Sant Vicenç dels Horts, excel·lent persona en el món de la Psicopedagogia i l'Educació. Ambdós m'han ajudat a cercar punts de referència, idees clau per la meua recerca i confiança, aspecte molt important a l'hora de treballar en una tasca tan creativa.

Agrair a la Teresa Vilardaga que, amb la seva experiència i formació m'ha dotat de molts coneixements al voltant del TDAH des del vessant clínic; tota aquesta recerca que s'està duent a terme i com ho estan vivint des d'aquesta perspectiva mèdica. I, per descomptat, a la Sílvia Bonfill, Psicòloga de la Fundació Orienta de Sant Boi, centre públic CSMIJ, el qual està en contacte directe amb les escoles de Sant Vicenç dels Horts. Gràcies a la vostra dedicació i al temps que m'heu permès per a entrevistar-vos.

M'agradaria, també, mostrar el meu agraïment a les diferents Psicopedagogues i Mestres d'Educació Especial de les escoles de Sant Vicenç dels Horts que m'han facilitat la recerca en un context determinat, que m'han ofert un forat a la seva agenda atapeïda a final de curs, per tal de poder realitzar les entrevistes pertinents que em serviran a l'hora de portar a terme la part més pràctica del projecte.

Per últim, em sento agraïda per tots aquells autors que tracten aquest trastorn: Metges, Psicòlegs, Pedagogs, Psicopedagogs, etc., que, tot i haver-me fet mig embogir cercant les diverses investigacions realitzades des de les diferents disciplines, han aportat un gran treball fins a l'actualitat, tot i que queda encara molt camí per recórrer i molts punts divergents sobre els quals hem de reflexionar i poder, algun dia, trobar aquell punt de convergència per ajudar a aquestes persones que reben la realitat del TDAH, tant si la pateixen com si la viuen de prop.



## ÍNDEX

---

1. Introducció i justificació.....	5
2. Finalitat del projecte .....	7
3. Fonamentació teòrica.....	9
3.1. El TDAH .....	9
3.1.1. Història i evolució del trastorn.....	9
3.1.2. Definició del TDAH en l'actualitat.....	11
3.1.3. Epidemiologia i prevalença .....	12
3.2. Etiologia del TDAH – Quines són les causes? .....	13
3.2.1. Les funcions executives.....	14
3.3. Diagnòstic del TDAH.....	16
3.3.1. Detecció precoç .....	16
3.3.2. Simptomatologia del TDAH.....	17
3.3.3. Sistemes de classificació internacional i criteris diagnòstics del TDAH.....	17
3.3.4. Diagnòstic diferencial del TDAH.....	18
3.3.5. Altres símptomes i conductes alterades associades al TDAH .....	19
3.3.6. Comorbiditat amb altres trastorns .....	19
3.4. Avaluació del TDAH .....	20
3.5. Abordatge del TDAH .....	24
3.6. Àmbit escolar.....	29
3.6.1. Repercussions del TDAH a l'escola .....	29
3.6.2. Dificultats concretes en l'aprenentatge dels infants amb TDAH .....	30
3.7. Àmbit familiar – Conviure amb nens amb TDAH .....	32
4. Contextualització.....	34
4.1. Context psicopedagògic del TDAH.....	35
4.1.1. Perspectiva clínica i assistencial del trastorn des de la ciència .....	36



4.1.2.	Perspectiva psicopedagògica del trastorn des d'un pensament psicodinàmic.	38
4.1.3.	Controvèrsies davant del TDAH.....	40
4.2.	Context educatiu d'intervenció psicopedagògica .....	48
4.2.1.	Contextualització de la població de Sant Vicenç dels Horts.....	49
4.2.2.	Les escoles d'Educació Primària .....	51
4.2.3.	Els Serveis Educatius interns i externs .....	52
4.2.4.	Els Serveis Clínics i Mèdics externs .....	53
4.2.5.	El TDAH a Sant Vicenç dels Horts.....	53
4.3.	Anàlisi de necessitats.....	56
4.3.1.	Necessitats normatives, expressades i sentides .....	56
5.	Intervenció psicopedagògica en l'abordatge del TDAH.....	59
5.1.	Necessitats prioritàries del context d'intervenció.....	59
5.2.	Objectius i continguts .....	60
5.3.	Destinatari.....	61
5.4.	Pla d'Actuació.....	62
5.4.1.	Protocol d'Actuació davant d'un possible cas de TDAH.....	62
5.4.2.	Estratègies i orientacions per l'abordatge global del TDAH.....	65
5.5.	Recursos .....	70
5.6.	Avaluació.....	71
6.	Valoració de la viabilitat .....	73
7.	Conclusions .....	75
8.	Referències Bibliogràfiques .....	79
9.	Annexos .....	84



## 1. Introducció i justificació

El Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat (TDAH) constitueix una de les alteracions que més afecta al desenvolupament personal, social i educatiu dels infants, sent un dels trastorns més freqüents en les aules, actualment. És un síndrome que es descriu i es coneix des de fa més d'un segle, però que en aquests moments està causant un fort impacte social, tenint en compte l'allau d'informacions sobre el TDAH que rebem dels mitjans de comunicació, moltes vegades contradictòries amb la comunitat científica, i a més a més, es tracta d'un tema que està generant controvèrsia entre els mateixos professionals (Psiquiatres, Psicòlegs, Pediatres, Neuròlegs, Psicopedagogs, entre d'altres) que treballen directament amb nens i nenes amb TDAH.

Com a Psicopedagoga, considero que aquesta situació és suficient motiu com per iniciar un projecte com el que seguidament presento. No obstant, m'agradaria començar des del principi, podent justificar el procés i els motius inicials pels quals he decidit emprendre aquesta proposta. En un primer moment, la meua intenció va ser conèixer les dificultats d'aprenentatge que presentaven els infants en l'etapa de Primària i quines estratègies em podrien servir per atendre a aquesta diversitat. Tot i això, es tractava d'una temàtica tan ampla per un treball final de màster que vaig centrar-me en una en concret, el dèficit d'atenció. Això em va portar a cercar bibliografia, la qual estava molt encarada al trastorn que ara ens ocupa, el TDAH. Aquesta primera recerca em va empènyer a descobrir, a poc a poc, que aquest trastorn era una tema molt controvertit i que, tot i la quantitat d'investigacions i estudis realitzats, hi havia molta divergència d'opinions en diferents aspectes.

Sóc Mestra i futura Psicopedagoga, i actualment em començava a preocupar força el fet de rebre aquest impacte social de mals diagnòstics, un augment injustificat de l'abús de tractament farmacològic, etiquetatge constant als infants i, desconcert a l'hora d'intervenir per millorar la qualitat de vida d'aquests alumnes. M'he arribat a sentir tan impotent i poc útil davant d'aquesta situació per la falta d'informació, que ràpidament vaig veure una oportunitat per conèixer el tema en profunditat, amb aquest treball d'investigació. Ara com a Psicopedagoga, he descobert que estem vivint una sèrie de conflictivitats i incoherències entre el camp més científic i el context psicopedagògic més educatiu, i considero que caldria revisar què està passant realment, obrir totes les mirades i conèixer la realitat psicopedagògica del TDAH.

A nivell personal no tinc ningú a prop que el pateixi, només m'ho trobo a les aules, a la societat en general, llegint articles, i veient que, des de l'escola és molt difícil ajudar quan els



mestres no estan ben informats o quan només ens dediquem a etiquetar un alumne, a donar-li una pastilla, quatre actuacions perquè no molesti i ja està. Això és el que realment em preocupa i no vull unir-me a aquest grup de professionals que no actuen per ajudar i potenciar les virtuts d'aquestes petites persones afectades per un problema com és el TDAH.

A continuació, esmentaré breument l'estructura d'aquest treball. El projecte es dividirà en tres grans blocs: un primer, que és la fonamentació teòrica, la qual se centra en explicar el TDAH a partir dels manuals que estan basats en la investigació de la comunitat científica; en segon lloc, la contextualització psicopedagògica del trastorn que englobarà dues parts diferenciades; una més normativa i reflexiva sobre la realitat actual des de les diferents disciplines, i una més física sobre el context educatiu on es pretén desenvolupar un pla de millora. En tercer lloc i última part, s'inclourà el projecte o intervenció psicopedagògica i educativa de millora en aquest context acabat d'esmentar, deixant així un protocol d'actuació amb les estratègies i orientacions adequades per un bon desenvolupament de l'atenció d'aquest alumnat.

Per acabar, caldrà conèixer l'avaluació de la viabilitat del projecte a nivell general, ja que no està previst dur-lo a terme per manca de temps i, s'exposaran les conclusions de tota la recerca fent esment als diferents aprenentatges realitzats com també a allò que aquest treball m'ha aportat en el marc de la psicopedagogia.

Abans d'endinsar-nos en matèria, voldria remarcar que, al llarg del treball faré referència, sobretot, al sector infantil d'edats compreses entre els 6 i 12 anys, encara que el TDAH sigui un trastorn que acompanya a la persona durant tot el cicle vital en major o menor intensitat. Si hagués d'abastar tot el que implica el trastorn no acabaríem mai, ja que cada edat és un món, per tant, és convenient concretar, i considero que aquesta franja d'edat és la que enriquiria millor la recerca perquè és on es detecten la majoria de casos i situacions de possible TDAH.



## 2. Finalitat del projecte

Tot projecte neix a partir d'una anàlisi de necessitats en un context concret que ens porta a marcar-nos uns objectius i una finalitat per poder desenvolupar amb èxit el disseny i la seva aplicació. Tenint en compte els motius pels quals he decidit iniciar aquest treball i partint d'una realitat controvertida com la que envolta el TDAH, aquest projecte pretén assolir un conjunt d'objectius tant a nivell de formació en coneixements bàsics sobre la realitat del trastorn, com a nivell d'intervenció des d'una mirada global de la persona.

Els tres blocs que es pretenen desenvolupar en aquest treball tenen una raó de ser-hi. El primer de tots, que fa referència al marc teòric, és la part que ens ajudarà a situar-nos en la temàtica que es vol abastir, el TDAH, amb la finalitat de dotar de coneixements al lector a partir de la informació cercada a diversos manuals, fent ressò de la perspectiva científica i dels aspectes que, fins ara, han estat claus per conèixer amb profunditat aquest trastorn.

El segon bloc, destinat a la contextualització del projecte d'intervenció, es divideix en dues parts diferenciades que busquen finalitats diferents. En primer lloc, una més teòrica i normativa de totes aquelles controvèrsies i punts de vista des de les diferents disciplines, que està patint el TDAH. Cal conèixer quina és la realitat psicopedagògica i, l'objectiu que ens ocupa recau en l'anàlisi exhaustiva de les opinions de certs col·lectius de professionals prou importants, com ara els de l'EAP, els de l'ACAP i els del COPC, entre d'altres, que estan sent invalidats per sobre de la comunitat científica, la qual també té coses a dir. Aquesta anàlisi té com a finalitat que el lector, preferentment la comunitat educativa i psicopedagògica que treballa directament amb l'alumne amb aquest trastorn, sigui conscient de la realitat que ens envolta i no només contempli el marc teòric. És crucial que s'abastin totes les mirades per tal d'abordar el problema des de diferents perspectives.

L'altra part de contextualització fa referència a la població de Sant Vicenç dels Horts, concretament a les escoles de primària de la zona en la qual es pretén intervenir. L'objectiu que vull aconseguir és, mitjançant entrevistes als referents de les escoles, ja siguin Mestres d'Educació Especial o Psicopedagogs, conèixer com estan vivint aquesta realitat del TDAH, com estan atenent a les persones amb aquest problema i quines necessitats tenen a l'hora d'abordar la situació des de l'escola. La finalitat d'aquesta contextualització enllaça amb el tercer bloc, la intervenció. El que es vol és poder aterrar a una realitat propera com aquesta per tal de dissenyar un petit projecte que englobi un protocol d'actuació adequat per solucionar certes necessitats del context amb unes estratègies i orientacions que millorin el que s'està fent actualment. Per tant, amb això podem saber que la finalitat que pretenem





aconseguir amb aquest bloc, és oferir un pla de millora a les escoles de Sant Vicenç, podent-se aplicar a d'altres contextos que es troben en la mateixa situació.

En definitiva i triangulant tot això, el projecte que em plantejo pretén fer entendre que s'han de contemplar totes les parts implicades en el procés de desenvolupament i aprenentatge integral de les persones; per tant, no només preval la posició clínica, que fins ara ha estat la primordial, sinó que cal tenir en compte i ampliar el camp de visió sobre aquest trastorn i molts d'altres que l'envolten. El que em proposo és abordar el TDAH des d'una visió més global, no només atenent al símptoma. Es tracta de plantejar-nos unes actuacions de cara a atendre la globalitat de la persona, perquè tal i com es planteja aquest trastorn en l'actualitat, sembla que preval una sobrediagnòsticació i sobremedicació, provocada per mals diagnòstics de nens amb una simptomatologia idèntica d'hiperactivitat, dèficit d'atenció i impulsivitat que ens fa confondre'ls amb nens i nenes afectats, però que realment la causa d'aquest comportament és una altra, ni més ni menys prové del malestar social que estem vivint en les últimes dècades degut a la gran crisi econòmica i de valors socials, personals i polítics en general.

Aquest projecte no l'he pogut posar en pràctica mentre estava acabant els meus estudis de màster, donat el curt període de temps amb que compto, però no descarto publicar-ho perquè es faci ressò de l'altra cara de la moneda, del punt de vista psicopedagògic que estan vivint els EAP a les escoles davant d'aquest trastorn, que més que estar de moda, està sent sobredimensionat; i els mateixos professionals amb els que m'he entrevistat han estat els primers en animar-m'ho a fer.

Per acabar, aquest projecte no pretén descobrir un tema nou, més aviat vol destapar una problemàtica que està present des de fa uns anys i que costa molt fer-la arribar a les persones que treballen amb nens i nenes amb TDAH. Moltes entitats, que remarcaré a l'apartat de contextualització, ja han començat a difondre la paraula i, la meva aportació dins l'àmbit psicopedagògic es basarà en recollir totes aquestes visions diferents perquè el lector pugui assabentar-se i, a més a més, poder proposar un pla que millori el que s'ha fet fins ara, amb una ampliació i pauta rigorosa del que s'hauria de poder fer.



## 3. Fonamentació teòrica

### 3.1. El TDAH

El Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat es considera un dels desordres psicològics més estudiats en les últimes dècades, que s'inicia a la infància i/o adolescència perdurant fins l'edat adulta, i que s'observa en tots els països i cultures (Moreno, 2009). La descripció realitzada per Still al 1902, la qual va marcar l'inici de l'interès científic vers aquest trastorn, feia referència a un síndrome que incloïa una excessiva activitat motora, impulsivitat i desinhibició, entre d'altres. Des de llavors, nombroses disciplines han abordat el seu estudi a partir de perspectives conceptuals diverses, objectius disperss i plantejaments metodològics i tècnics no sempre coincidents (Moreno, 2009).

#### 3.1.1. Història i evolució del trastorn

La primera constància que tenim sobre l'existència del trastorn data del 1844 en un conte d'un metge alemany anomenat Hoffman. L'autor defineix el seu protagonista, en Phil, com un nen molt mogut i que no para mai quiet, amb un baix rendiment acadèmic, la qual cosa podria estar indicant un funcionament deficient de l'atenció i del control dels impulsos (Prisma, s/d)<sup>2</sup>.

Més tard Still, pediatre anglès, descriu al 1902 un conjunt de conductes impulsives i agressives juntament amb dèficits atencionals, qualificant aquest quadre de "defectes del control moral" que no obeïen a deficiències intel·lectuals (Presentación, Miranda & Amado, 2009). A més a més, va assenyalar com a correlats d'aquesta escassa capacitat per interioritzar normes, els problemes atencionals, la mentida, el robatori, una aparent reducció de la sensibilitat al càstig, acusada immaduresa, labilitat emocional i elevada freqüència d'anomalies físiques sense importància (Presentación et al., 2009).

Hoffmann (1922), Khan i Cohen (1934) van pensar que es trobaven davant d'un "síndrome de lesió cerebral humana" de causes principalment neurològiques, ja que van comprovar que la simptomatologia descrita per Still apareixia després d'algunes lesions cerebrals com ara l'encefalitis (Prisma, s/d; Presentación et al., 2009). Cap als anys 60 els investigadors van arribar a la conclusió que no existia lesió cerebral en els infants amb simptomatologia hiperactiva i van adoptar el terme "disfunció cerebral mínima" per referir-se a una sèrie de símptomes que experimentaven nens amb una intel·ligència normal i associats amb disfuncions del Sistema Nerviós Central (SNC), com ara el trastorn de la

---

<sup>2</sup> Informació extreta del curs de TDAH. Mòdul 1. Història i conceptes fonamentals (Prisma, s/d).



conducta motriu, hiperactivitat, alteració de la coordinació, trastorns d'atenció, trastorns perceptius, dificultats d'aprenentatge escolar, control deficient dels impulsos i les emocions, entre d'altres (Clements, 1966; Peters, 1962, citat a Presentación et al., 2009).

No obstant, la falta de recolzament empíric del concepte de “disfunció cerebral mínima”, l'escolarització obligatòria i l'impuls dels programes d'educació especial a Nord Amèrica, van reconduir a la recerca d'una definició més funcional que fes èmfasi en els aspectes comportamentals del problema. Així, la hiperactivitat es va caracteritzar com un trastorn del comportament, en què la manifestació més destacable era l'activitat motriu excessiva. En aquest context, Werry (1968, citat a Presentación et al., 2009), va definir la hiperactivitat com un grau d'activitat motora diària clarament superior a la normal, en comparació a la de nens i nenes de sexe, edat i estatus socioeconòmic i cultural similars, aproximació que va suposar un intent útil per operacionalitzar el trastorn, introduint per primera vegada punts claus de referència (Presentación et al., 2009). El concepte de hipercinèsia va anar prenent forma progressivament fins que al 1968 apareix el nom de “reacció hipercinètica de la infància” al Manual de Diagnòstic i Estadística de Malalties Mentals, DSM-II, publicat per l'Associació Americana de Psiquiatria. El DSM-II descrivia els criteris diagnòstics del trastorn hiperactiu fins a l'aparició de noves evidències científiques que van fer que en el DSM-III es modifiquessin els esmentats criteris i la nomenclatura a l'hora de referir-se a aquest tipus de trastorn infantil (Prisma, s/d).

Va ser Douglas l'any 1972, qui va aportar nous arguments que encara són vàlids en l'actualitat. Segons ella, la deficiència central dels infants hiperactius no seria tant l'excés d'activitat com la impulsivitat de les seves accions i, sobretot, la incapacitat de mantenir l'atenció durant el mateix temps que la resta d'infants que no presentaven el trastorn referint-se, així, a una autoregulació insuficient i una incapacitat per adaptar-se a les demandes socials (Presentación et al., 2009).

Les aportacions de Douglas tenen un pes decisiu en el camp de l'estudi de la hiperactivitat infantil donant lloc a que l'Associació Americana de Psiquiatria modifiqués la seva descripció al 1980 en el DSM-III, introduint nous criteris i encunyant el terme actual “*Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat*”. Al 1987, amb la revisió DSM-III, (DSM-III-R), es torna a donar importància a la hiperactivitat, donant-li un lloc similar al del dèficit d'atenció. Durant els anys 80 i 90 es realitzen múltiples estudis i investigacions que culminen en els criteris diagnòstics amb els sistemes actuals de classificació internacional, i que són els que manegem en l'actualitat: el “Manual de Diagnòstic i Estadística de Trastorns Mentals”, DSM-IV-TR, que és el més utilitzat, i l'elaborat per l'Organització Mundial de la Salut, Classificació internacional dels trastorns mentals, CIE-10 (Prisma, s/d).



L'Associació Americana de Psiquiatria està en procés d'editar la cinquena edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-V), la qual presenta canvis substancials referents al trastorn que ens ocupa. Ara per ara no podem avançar informació ja que està en constant revisió i precedeix un debat emergent d'allò que es vol publicar, en què s'estan donant nivells de controvèrsies considerables amb la descripció i modificacions que es volen fer.

### 3.1.2. Definició del TDAH en l'actualitat

El Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat és un trastorn d'origen neurobiològic que es caracteritza per un patró persistent de conductes amb la presència de tres símptomes: dèficit d'atenció, impulsivitat i hiperactivitat motora i/o vocal (Amador, Forns & González, 2010; Mena, Nicolau, Salat, Tort & Romero, 2011).

Existeix una clara disminució de l'atenció voluntària, però es conserva la capacitat d'atenció espontània i automàtica a diferència d'altres patologies neurològiques, en les quals estan minvades totes les formes d'atenció provocant, així, una desconexió de l'entorn de la persona afectada (Ferré, 2002). Pel que fa a la hiperactivitat té dos orígens: en alguns casos, és la conseqüència d'aquesta falta de direcció voluntària de l'atenció que impedeix la coherència de resposta davant d'un determinat estímul. En altres casos, a més, existeixen trastorns de moviment descontrolat associat al TDAH (Ferré, 2002). Per tant, aquest trastorn del neurodesenvolupament provoca interferències en mantenir l'atenció, incapacitat d'inhibir la resposta, els propis impulsos i permetre l'autoregulació, a més del maneig afectiu de les emocions, controlar el nivell d'activitat i actuar consistentment en funció de les conseqüències<sup>3</sup>.

Podem parlar de trastorn quan aquests símptomes, o els comportaments que se'n deriven, es donen amb més freqüència i intensitat que en els infants/adolescents d'igual edat i quan interfereixen de forma significativa en la vida quotidiana a casa, a l'escola i en el seu entorn en general (Amador et al., 2010; Mena et al., 2011). No és possible descriure la conducta precisa de tots els nens i nenes amb aquest trastorn perquè el seu comportament individual dependrà d'altres factors (Puig & Balés, 2003). Tampoc es pot parlar d'un patró concret, ja que pot haver un predomini d'un símptoma o d'un altre i, fins i tot, combinats. En el Manual de Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (*American Psychiatric Association*, APA, 2002) es diferencien tres tipus de trastorns dins del TDAH:

---

<sup>3</sup> Definició extreta dels apunts de classe d' Isabel Paula, curs 2012-2013.



- TDAH, subtipus predominantment desatent.
- TDAH, subtipus predominantment hiperactiu i impulsiu.
- TDAH, subtipus combinat.

### 3.1.3. Epidemiologia i prevalença

Segons les últimes estadístiques, el TDAH s'acostuma a detectar en la població amb edats compreses entre els quatre i els setze anys i és més freqüent en nens que en nenes. Dites estadístiques també van reafirmar la hipòtesi de que el TDAH preval entre el 3 i 7% de la població infanto-juvenil (APA, 2002), encara que en alguns casos, el percentatge d'afectats gairebé arriba al 8% entre la població estudiada. El tipus hiperactiu-impulsiu és el menys freqüent i afecta, aproximadament, a un 15% dels nens diagnosticats amb TDAH. El tipus amb predomini d'inatenció representa entre el 15 i 30%, mentre que el combinat, el qual és el més freqüent, afecta a un percentatge entre el 50 i 80% dels individus diagnosticats (Amador et al., 2010; Parellada, 2009). En els nens acostuma a predominar el subtipus hiperactiu-impulsiu mentre que en les nenes se sol presentar el subtipus inatent.

Quan s'utilitzen els criteris de la Desena Classificació Internacional de les Malalties mentals (CIE-10) (Organització Mundial de la Salut, 1992), els índex són més baixos. La prevalença pel trastorn hiperquinètic oscil·la entre l'1,5 i el 2,5% dels nens en edat escolar. Això és degut a la exclusió del TDAH amb trastorns comòrbids.

Des de fa tres dècades, es considerava un trastorn propi de la infància, però els estudis de seguiment han posat de manifest que és un trastorn crònic que persisteix en la vida adulta. En l'estudi de seguiment de Milwaukee es va trobar que un 66% dels nens diagnosticats a la infància continuaven presentant el trastorn a l'edat adulta. La prevalença en adults és del 3 al 5%, aproximadament, tant en estudis de seguiment com en aquells realitzats amb mostres de població comunitària (Barkley, Murphy & Fischer, 2008, citats a Amador et al., 2010)

Sembla que el TDAH és més comú en els nens que en les nenes, afectant 4 nens per cada nena, tot i així hi ha molts autors que pensen que la prevalença és similar en ambdós sexes (Amador et al., 2010), degut a que les nenes tendeixen a ser més introspectives i pateixen en silenci en major mesura (Casajús, 2009).



### 3.2. Etiologia del TDAH – Quines són les causes?

Actualment encara es desconeixen les causes directes o immediates del TDAH. Els avenços en la tècnica de formació d'imatges i en la genètica han ajudat a aclarir algunes qüestions, però encara no s'ha aconseguit un marc coherent que expliqui els orígens del trastorn. Bàsicament es considera com un trastorn d'origen neurobiològic amb caràcter hereditari (Barkley et al., 1999, citat a Mena et al., 2011).

Faraone i Khan (2006, citats a Amador et al., 2010) assenyalen:

En els últims anys, els avenços en el camp de la genètica molecular han permès que els investigadors avancin en la identificació dels gens que estan associats amb el fenotip del TDAH. Els avenços teòrics, els models animals i l'eficàcia del tractament amb fàrmacs estimulants, implicats en la disfunció dopaminèrgica, han portat a l'estudi d'uns 20 gens, relacionats amb el metabolisme, el sistema de transport i de recepció de la dopamina, de la norepinefrina i de la serotonina. (p. 32)

Tot i així, sense intenció de perjudicar la importància dels estudis genètics, s'ha de tenir en compte que la influència dels gens no és determinista, sinó probabilística (Amador et al., 2010). La base orgànica del trastorn sembla estar relacionada amb el dèficit dels neurotransmissors: la dopamina relacionada amb l'autocontrol, i la noradrenalina amb l'estrès, el que dificulta que el cervell (principalment el lòbul prefrontal) mantingui el llindar d'estimulació cortical adequat. Amb tot no podem parlar d'un dany cerebral, sinó només d'una possible disfunció o alteració del lòbul prefrontal (Puig i Balés, 2003).

Per altra banda, existeixen estudis que indiquen que els factors socioambientals poden influir en la major gravetat dels símptomes, en un pitjor pronòstic del TDAH i en l'augment del risc de presentar trastorns o problemes associats (com ara trastorns emocionals, conductes inadequades, dificultats d'aprenentatge, etc.), però rarament es podran considerar aquests factors com la causa que genera el trastorn (Barkley et al., 1990; Biederman et al., 1992; Pauls, 1991, citats a Mena et al., 2011). El TDAH no és causat per al·lèrgies alimentàries, problemes familiars, una pobre educació, mals professors o escoles inefectives.

Hi ha altres factors de risc familiar o social que influeixen negativament en el TDAH, encara que no siguin una causa directa de l'aparició del trastorn. Alguns científics han associat la severitat del trastorn a circumstàncies com el desacord marital greu, la classe social baixa, la criminalitat d'algun dels progenitors o el trastorn mental d'aquests; mentre que d'altres ho han relacionat amb un estil educatiu autoritari per part dels pares,



caracteritzat per l'abundància d'ordres, la interacció negativa, la crítica severa davant dels errors i l'escassetesa resposta davant de les iniciatives socials del fill o filla. L'absència d'aquests factors acostuma a reduir la possibilitat de que el TDAH empitjori, tot i que no fa que desaparegui; els aspectes que influeixen molt positivament en el tractament del trastorn són la bona salut infantil, l'alt nivell educatiu, l'estabilitat familiar i un alt nivell d'habilitats cognitives per part del nen (Puig & Balés, 2003).

Altres causes possibles del TDAH que plantegen alguns autors vénen derivades de complicacions o traumes durant l'embaràs o el part, la dieta i l'exposició prenatal a l'alcohol i les drogues. En la comunitat mèdica se segueix discutint el paper de la dieta i les al·lèrgies alimentàries vinculades als símptomes de TDAH. Pel que fa a les drogues i l'alcohol, la investigació científica no ha demostrat encara una relació causal entre l'exposició prenatal a les drogues i el TDAH, però els nens i nenes exposats a drogues presenten a la clínica molts dèficits neurològics i conductes que també veiem en les criatures amb TDAH (Rief, 2000).

En definitiva, els resultats de les investigacions es decanten per la hipòtesi d'una etiologia multifactorial, que combina factors genètics, biològics i ambientals (Amador et al., 2010).

### 3.2.1. Les funcions executives

Els nens amb TDAH, generalment, presenten dificultats en l'execució de proves neuropsicològiques que valoren les funcions executives (Benson, 1991; Spreen, Risser & Edgell, 1995, citats a Solovieva, Quintanar & Del Rosario, 2003). Quan parlem de funcions executives ens referim a la capacitat per ser autònoms, estem tractant comportaments finalistes d'ordre superior com ara identificar un objectiu, delimitar una meta i establir els plans per aconseguir-la, organitzar la manera com dur-ho a terme, controlar i jutjar les conseqüències i, finalment, valorar que hem aconseguit el que preteníem (Paula, s/d)<sup>4</sup>.

Les funcions neuropsicològiques de les funcions executives segons Barkley (1997, citat a Amador et al., 2010) són:

- **La inhibició de resposta** ja sigui motora o emocional, immediata a un estímul, succés o esdeveniment, aplaçant la satisfacció imminent per una de llarg termini, és a dir, que

---

<sup>4</sup> El document inclòs a les Referències Bibliogràfiques (Paula, I. (s/d). *Disfunciones ejecutivas en el TDAH e implicaciones para su manejo en el aula*), no està publicat enlloc. El trobareu a l'**Annex 1**.





actua com a resistència a les distraccions, evitant estímuls que poden interferir en el procés.

- **La memòria de treball verbal**, com ara la parla autodirigida i encoberta que permet la regulació autònoma del comportament, ser capaç de seguir normes i instruccions i dirigir el comportament per regles i metes. També, **la memòria de treball no verbal**, com ara la percepció retrospectiva, la capacitat de previsió, la consciència i domini del temps i la capacitat d'imitació d'un comportament nou i complex a partir de l'aprenentatge vicari.
- **L'autoregulació de l'estat d'alerta, emocional i motivacional**, com autoregular impulsos i emocions, modular les respostes a les situacions, contenir i comprendre les reaccions emocionals i generar emocions i motivacions noves.
- **Procés necessari per a la resolució de problemes**, començant per fixar metes i objectius, planificar les accions, seqüenciar els passos en ordre temporal i espacial, prioritzar necessitats i tasques per tal d'iniciar-les i flexibilitzar en el transcurs d'aquestes, passant el focus d'atenció d'una a l'altra.

En les persones que pateixen TDAH, les funcions executives queden afectades i alterades degut a causes biològiques abans esmentades, en què el lòbul prefrontal és molt més immadur que a la resta de persones i, així, provoca unes falles que deriven en una disfunció executiva de diferents habilitats cognitives.

Segons Luria (1980, citat a Paula, s/d):

Els lòbuls frontals són *l'òrgan de la civilització*. Únicament el desenvolupament dels lòbuls frontals en l'ésser humà ha permès proeses que ens fan únics dintre del regne animal com, per exemple, afrontar situacions noves, innovar, disposar d'autoconsciència i ser conscient dels altres, ser éssers intencionals i prepositius, intuir, preveure, jutjar, imaginar, crear, ser ambiciosos, motivar-nos, representar alternatives mentalment, prendre decisions, empatitzar, i moltes altres funcions mentals que defineixen l'essència i la personalitat de cadascú, les nostres qualitats humanes i el nostre ésser social. (p. 8)

Una disfunció executiva pot comprometre, seriosament la capacitat de la persona per viure de manera autònoma, independent o desenvolupar-se eficaçment en el dia a dia, a nivell social, escolar, laboral i/o amb la parella. A continuació, s'exposen les possibles disfuncions executives que va proposar Brown (2006, citat en Amador et al., 2010) en el seu model:

- **Activació**: tenen dificultats per organitzar-se, establir prioritats i activar-se per iniciar una tasca; això provoca que no tinguin feta la feina a temps o vagin apurats a l'últim moment.





- **Focus:** els costa concentrar-se, mantenir i canviar l'atenció a les tasques.
- **Esforç:** els hi és molt complicat regular l'estat d'alerta, amb dificultats per executar un esforç sostingut durant llargs períodes de temps. També, per concloure tasques i, s'inclou aquí la seva dificultat per a la regulació de la són a les nits.
- **Emoció:** sovint tenen dificultats per modular, controlar i gestionar la frustració i les emocions; això els provoca impulsivitat perquè no saben deixar els sentiments a un costat quan han de canviar de tasca o mantenir l'atenció.
- **Memòria:** tenen dificultats per utilitzar la memòria funcional i accedir als records. Els costa molt recordar fets pròxims, però tenen facilitat per memoritzar el que va passar fa un temps. També els costa fer i pensar més d'una cosa a la vegada. Són oblidadissos.
- **Acció:** tenen moltes mancances a l'hora de controlar les seves accions, des de fixar metes, planificar, seqüenciar, prioritzar i organitzar allò que estan fent, per després iniciar una tasca amb dificultats, flexibilitzar i finalitzar-les.

### 3.3. Diagnòstic del TDAH

El diagnòstic del TDAH es realitza a través d'un procés d'avaluació en què es recull informació de diferent fonts, amb instruments i estratègies diverses. Aquest ha de complir uns criteris diagnòstics que limiten allò que es considera adequat o no per l'edat, sexe i nivell maduratiu (Amador et al., 2010).

#### 3.3.1. Detecció precoç

Una detecció precoç és aquella que es porta a terme entre els 5 i 8 anys d'edat. La detecció del trastorn la sol fer la família i, particularment els pares, davant les dificultats que tenen per manejar el comportament de l'infant. Sovint també són els docents qui donen l'alerta quan detecten que l'alumne no segueix el ritme d'aprenentatge que s'espera per la seva edat o nivell intel·lectual, o bé quan el comportament és molt disruptiu (Prisma, s/d)<sup>5</sup>.

Una intervenció iniciada a aquestes edats redueix considerablement la simptomatologia dels alumnes amb TDAH i millora el seu rendiment escolar, la qual cosa fa possible prevenir molts dels fracassos escolars. Si no és així, la detecció es retarda i es corre el risc que els dèficits d'aprenentatge ja estiguin consolidats i les dificultats de l'alumne s'hagin fet cròniques (Prisma, s/d). La detecció precoç i l'inici d'un abordatge adequat disminuiran el risc de comorbiditat en molts casos (Pliszka, 2003; Levy, Hay, Bennett, McStephen, 2005, citats a Martínez & Conde, 2009).

---

<sup>5</sup> Informació extreta del curs de TDAH. Mòdul 2. Detecció, diagnòstic i tractament, del curs de Prima.



Per tal que la detecció primerenca sigui efectiva, cal que es faci de manera sistemàtica i que abasti tota la població escolar dels primers nivells. En el cas concret dels alumnes amb TDAH això és especialment important donat el risc que corren aquests nens de ser etiquetats amb adjectius com “maleducats” en el cas dels hiperactius o “poc intel·ligents”, com sovint passa amb el subtipus inatent.

### 3.3.2. Simptomatologia del TDAH

Tal i com descriu la definició abans exposada, els símptomes més específics i evidents en el Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat són els que inclou la seva nomenclatura: dificultats per a mantenir l'atenció i la concentració, dificultats per controlar les respostes impulsives i pel control de moviment excessiu. Els símptomes varien segons factors com l'edat, el sexe, la situació ambiental del nen o nena, la seva personalitat i temperament, i l'existència d'altres problemes o trastorns comòrbids (Puig & Balés, 2003).

En els criteris diagnòstics que esmentaré en el següent punt, ens indiquen que els infants que pateixen el trastorn cometen continus errors per “distracció” i tenen molta dificultat a l'hora de mantenir l'atenció en activitats escolars i fins i tot en el joc. Sovint es diu d'aquests infants que “estan a la lluna” i se sospita d'alguna anomalia auditiva, per la qual cosa molts d'ells són remesos a l'otorinolaringòleg. Canvien contínuament d'una activitat a l'altra sense acabar-ne cap i, sobretot, eviten aquelles que requereixen un esforç mental sostingut, organització o molta concentració. Sovint perden el material i tracten les seves coses amb deixadesa. S'obliden freqüentment de tot, es deixen l'entrepà a casa, la motxilla a l'escola, obliden que tenen un partit, etc (Prisma, s/d).

La hiperactivitat és molt més vistosa i varia segons l'edat. Els nens preescolars estan constantment en marxa, ho toquen tot, pugen als mobles, no són capaços d'estar asseguts. Durant l'edat escolar tenen dificultats per estar quiets a la cadira, es balancegen i s'aixequen mentre mengen o miren la televisió. No paren de parlar. La impulsivitat els fa ser absolutament impacients; fan comentaris fora de lloc, interrompen constantment, contesten abans que se'ls pregunti, i són propensos a patir accidents, ja que no saben preveure les conseqüències dels seus actes (Prisma, s/d).

### 3.3.3. Sistemes de classificació internacional i criteris diagnòstics del TDAH

Els professionals encarregats de realitzar un diagnòstic de TDAH a persones que presenten símptomes evidents de dèficit d'atenció i/o hiperactivitat fan servir uns criteris diagnòstics específics emmarcats en sistemes de classificació internacional. En l'actualitat,



s'estan fent servir dos, els quals tenen molts punts en comú però també divergències clares que els diferencien. Per una banda, el Manual Diagnòstic i Estadístic de Salut Mental, DSM-IV-TR (APA, 2002) i, per l'altra, la Classificació Internacional de malalties, CIE-10 (OMS, 1992).

Els criteris específics que s'inclouen en el DSM-IV-TR (APA, 2002) per al diagnòstic del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat (TDAH) i en la CIE-10 (OMS, 1992) per al diagnòstic del Trastorn Hipercinètic (THC) recullen un llistat similar de 18 símptomes. Resulten inapropiats des d'un punt de vista evolutiu, s'evidencien en característiques conductuals específiques, tenen repercussions negatives sobre el desenvolupament cognitiu, personal i social i, interfereixen significativament en l'aprenentatge escolar i en l'adaptació sociopersonal general del subjecte (Presentación et al., 2009)<sup>6</sup>.

### 3.3.4. Diagnòstic diferencial del TDAH

El diagnòstic diferencial és aquell que consisteix en comprovar si els símptomes que té el nen o nena són efectivament de TDAH o, si per altra banda, corresponen a altres trastorns associats (Puig & Balés, 2003).

El diagnòstic l'ha d'establir un professional expert en el trastorn. Dins del marc clínic, els especialistes encarregat de fer-ho són els de la Salut Mental: Psicòlegs clínics i Psiquiatres, tot i que també poden establir aquest diagnòstic Neuròlegs i Neuropediatres. Es porta a terme mitjançant una història clínica detallada en la qual es busquen els símptomes específics, el context en què apareixen, la seva evolució i el seu grau de discordança amb l'edat i el deteriorament que causa (Prisma, s/d).

Les dades sobre la simptomatologia s'obtenen dels pares, del nen i dels seus professors. Per establir el diagnòstic, el professional haurà de recollir informació dels pares sobre el comportament del nen, així com dels mestres o professors sobre el comportament i rendiment de l'infant, comparant-lo amb altres nens de la seva mateixa edat. És habitual que el professional faci respondre un o més qüestionaris (amb preguntes sobre l'infant) als pares, mestre/a (tutor) i al mateix alumne. També és habitual l'administració de proves que ofereixin més informació i que permetin descartar que els problemes de rendiment escolar o de comportament no obeeixin a altres causes.

A les entrevistes clíniques, cal descartar la possibilitat de problemes de nivell sensorial com l'audició i la vista, ja que partim de nivells baixos d'atenció en les persones afectades

---

<sup>6</sup> Per conèixer els Criteris Diagnòstics d'ambdós Sistemes de Classificació Internacional, veure els Quadres 1 i 2 a l'Annex 2.



de TDAH. De la mateixa manera, es duen a terme proves neurològiques per descartar qualsevol patologia mental que no es pot detectar amb una simple entrevista o prova física objectiva (Parellada, 2009).

En definitiva, quan parlem d'un diagnòstic diferencial el que cal saber amb certesa és si hi ha un trastorn o un altre o, si per altra banda, no estem dintre d'uns límits i criteris per diagnosticar un conjunt de símptomes. La sola presència d'un nivell alt d'activitat no justifica el fet de fer un diagnòstic; cal indagar i trobar sentit a tot el que envolta a la persona.

### 3.3.5. Altres símptomes i conductes alterades associades al TDAH

La manca d'atenció, la hiperactivitat i la impulsivitat són els símptomes més evidents i mostren la part més visible del trastorn. No obstant, la investigació ha posat de manifest que, juntament amb aquests símptomes, les persones amb TDAH presenten tota una sèrie d'alteracions i trastorns associats, que repercuteixen d'una forma important sobre el seu funcionament i adaptació (Amador et al., 2010).

Zeigler i Zeigler (2006, citats a Amador et al., 2010) han resumit, amb una metàfora elegant<sup>7</sup>, la presentació dels símptomes i de les alteracions associades al TDAH. Igual que en un iceberg, la part més visible del trastorn, que són els símptomes centrals, deixa ocultes tota una sèrie d'alteracions que tenen una gran repercussió en el desenvolupament i adaptació de les persones amb TDAH.

Els símptomes i conductes alterades associats al TDAH varien segons l'edat i el nivell de desenvolupament. Són freqüents la baixa tolerància a la frustració, les rabietes i rampells emocionals, la tossuderia, la insistència excessiva i constant en què se satisfacin les peticions i exigències, la labilitat emocional i els problemes d'autoestima. Amb freqüència, el rendiment escolar o laboral és baix, el que dóna lloc a conflictes familiars, amb el professorat o l'entorn laboral. En les seves formes més greus el trastorn és pertorbador i altera l'adaptació familiar, escolar, laboral i social (Amador et al., 2010).

### 3.3.6. Comorbiditat amb altres trastorns

Les possibles comorbiditats psiquiàtriques dificulten el diagnòstic i abordatge, sobretot pel que fa a l'abordatge farmacològic, el qual segons el trastorn o patologia comòrbida, no es pot administrar (Soutullo, Garcia, Figueroa, Carballo, Díez & Machiñena, 2009).

---

<sup>7</sup> La Figura 1. L' iceberg del TDAH es troba adjunta a l'**Annex 3**.



Una xifra considerable d'infants amb TDAH, aproximadament un 44% dels nens diagnosticats, tindrà un trastorn afegit; al voltant del 32% tindrà dos trastorns afegits, i, l'11% presentarà tres o més trastorns afegits (Mena et al., 2011). Entre un 19% i 26% presentaran un Trastorn d'Aprenentatge, és a dir, que el seu rendiment en lectura, càlcul o expressió escrita serà inferior al que s'espera per l'edat, escolarització i nivell d'intel·ligència (Rodríguez et al., 2009). És freqüent identificar aquestes dificultats en infants predominantment desatents, ja que són aquests els que, per manca de concentració, planificació i organització, presenten més limitacions per seguir el curs escolar (Mena et al., 2011). Un 47% aproximadament pateix un Trastorn del Desenvolupament de la Coordinació.

Entre el 40% i el 60% de nens i adolescents amb TDAH presentaran simptomatologia pròpia del Trastorn Oposicionista o Negativisme Desafiant, sent aquest i amb gran diferència, el que es presenta amb major freqüència. El Trastorn de Conducta es presenta entre el 20 i 30% en nens. Encara que el TDAH no és un trastorn d'origen emocional, sí que és cert que aquests nens tenen dificultats en el maneig de les seves emocions, bàsicament de la ràbia. Al voltant del 25% pot presentar simptomatologia depressiva o ansiosa (Mena et al., 2011). Altres trastorns associats poden ser els tics nerviosos (11%), síndrome de Guilles de la Tourette o Trastorns del Llenguatge (20%) (Puig i Balés, 2003).

### 3.4. Avaluació del TDAH

L'avaluació psicològica d'infants i adolescents implica l'estudi de la seva conducta així com també el seu context familiar, social i escolar, en els quals es manifesten els comportaments esmentats a l'apartat de diagnòstic. L'avaluador ha de tenir en compte les característiques evolutives i psicològiques del desenvolupament pròpies de cada interval d'edat i, conèixer el curs del desenvolupament dels problemes de conducta (Prisma, s/d).

L'objectiu de l'avaluació psicològica infantil és conèixer i comprendre les disfuncions i els factors que dificulten el procés maduratiu. Aquestes dificultats es poden posar de manifest en els àmbits fisiològic, psicològic i/o sociocultural. Per tant, cal tenir en compte les característiques específiques de cada infant, el seu estat fisiològic, les seves característiques psicològiques, la freqüència, la intensitat i la persistència dels seus problemes (tenint en compte la seva edat i el seu nivell de desenvolupament), les seves circumstàncies vitals, el context familiar i les circumstàncies socioambientals que envolten la família. Així doncs, caldrà recollir informació de diferents fonts (pares, professors i el mateix infant), en diferents situacions, i sobre diverses àrees de funcionament.



En aquest apartat comentaré les estratègies i instruments que s'utilitzen habitualment per l'avaluació del TDAH tant a nivell clínic com educatiu.

## L'entrevista

Segons Amador et al. (2010), l'entrevista és un mètode indispensable a l'hora d'obtenir informació sobre les dificultats evolutives que poden presentar els infants i els adolescents. Les entrevistes destinades a l'avaluació del TDAH recullen informació sobre les característiques, les possibles causes, l'evolució i la repercussió del trastorn en la vida del nen, i dels que conviuen amb ell, de l'interès que mostren els pares per tal de solucionar el problema i de les expectatives que s'han creat sobre els resultats del tractament. Existeixen diverses entrevistes clíniques estructurades o semiestructurades que permeten precisar les alteracions conductuals i establir la freqüència i intensitat que presenta el subjecte, adaptant les seves preguntes als criteris diagnòstics del DSM-IV-TR.

- Entrevista clínica per a nens i adolescents amb TDAH (*Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients*; Barkley, 1991, citat a Amador et al., 2010): Entrevista semiestructurada dirigida a pares de nens amb TDAH. Aquesta entrevista permet obtenir informació sobre la història del nen en una pluralitat d'àrees. L'entrevista conté sis seccions que recullen informacions sobre:
  - **Història del desenvolupament:** es recull informació sobre la salut de la mare durant l'embaràs, la salut del nen, la interacció amb l'ambient, la mútua adaptació en el període postnatal i les fites de desenvolupament.
  - **Història mèdica:** s'obté informació de malalties, intervencions i hospitalitzacions que ha patit el nen, així com el funcionament del sistema nerviós, respiratori, digestiu i circulatori.
  - **Història de tractaments:** es recull informació sobre si s'ha rebut algun tipus de tractament psicològic i/o prescripció mèdica.
  - **Història familiar:** presència o absència de les conductes problemàtiques, així com la freqüència, intensitat i persistència de les mateixes. Pautes educatives imperants. Demandes i exigències del context. Capacitat del nen per ajustar-se a aquestes. Pautes educatives dels pares.
  - **Història escolar:** valoració del rendiment acadèmic, coneixements, habilitats adquirides i estil de treball.
  - **Història social:** presència de conductes problemàtiques. Freqüència, intensitat i persistència de dites conductes. Interaccions socials amb companys i adults. Demandes i exigències de diferents entorns i adaptació del nen a elles.



- Entrevista Diagnòstica per a Nens i Adolescents. *Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-P* (Reich, Shayka i Taiblenson, 1988, citats a Amador et al., 2010), traducció d'Ezpeleta i Toro (1991): és una de les més difoses i utilitzades en l'avaluació i diagnòstic infantil. És una entrevista estandarditzada l'objectiu de la qual és obtenir informació detallada i fiable sobre la conducta del nen. Els pares proporcionen informació sobre la presència o l'absència de diversos símptomes psicopatològics, i el clínic realitza els judicis sobre la freqüència i la gravetat dels problemes descrits.

### Escales de valoració de la conducta per a pares i professors

Les escales de valoració de la conducta completades per pares i professors són un component essencial en l'avaluació i diagnòstic del TDAH, tot i que mai poden substituir la funció de l'entrevista. Entre els motius que expliquen la seva àmplia popularitat es troba la seva utilitat per establir el grau de desviació estadística i evolutiva de les conductes alterades en l'infant. La justificació teòrica que sustenta la utilització d'aquests instruments fa referència a dades empíriques obtingudes de mostres àmplies de població. Les més conegudes són el qüestionari Conners' Rating Scales-Revised (Conners, 1997, citat a Amador et al., 2010) i l'Escala d'avaluació del trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (EDAH) (Farré & Narbona, 1998, citats a Amador et al., 2010)<sup>8</sup>.

L'aplicació de les escales de valoració aporta els següents avantatges:

- Fer un *screening* de les conductes alterades.
- Obtenir informació sobre aquestes conductes en diferents contextos.
- Comparar la informació obtinguda de diferents informants.
- Reduir el cost de l'avaluació.
- Aplicació senzilla i possibilitat de repetir les proves en diferents moments.
- Obtenció de dades normatives i estandarditzades que faciliten la comparació de les puntuacions directes obtingudes.

No obstant això, l'aplicació d'aquestes escales presenta algunes limitacions i riscos relacionats amb l'heterogeneïtat dels informants que cal tenir en compte:

- Definició de la conducta problemàtica.
- Disposició de dades sobre la freqüència, intensitat i persistència de la conducta problemàtica.
- Tolerància dels informants cap a la conducta que avaluen.
- Recursos de què disposa cada persona per tal de controlar aquesta conducta.

---

<sup>8</sup> Qüestionaris adjunts a l'**Annex 4 i 5**.





## Observació directa

Tant en contextos naturals com en situacions de laboratori. S'han desenvolupat protocols d'observació directa, per avaluar diferents conductes rellevants per un nen en particular a casa o a l'escola, en els que es recull la presència d'un determinat fet, per exemple, s'aixeca de la taula tres vegades o més durant l'hora de dinar. Aquests tipus de protocols són molt útils en el procés d'avaluació i seguiment del tractament (Pelham, Fabiano & Massetti, 2005, citats en Amador et al., 2010).

## Tècniques i instruments estandarditzats

No existeixen tests ni perfils que permetin diferenciar, amb un grau elevat d'exactitud, a les persones amb TDAH de les que tenen altres trastorns o dels grups de control. Tot i aquestes limitacions, aquests instruments són útils, junt amb l'avaluació dels símptomes clínics, per identificar les àrees d'habilitats i dificultats de les persones amb TDAH (Amador et al., 2010). Algunes proves que s'utilitzen són les següents:

- **WISC-IV** → prova per avaluar la intel·ligència verbal, perceptiva, motora i lingüística dels infants a partir de diferents subtests que mesuren el CI. Serveix per observar conductes durant les proves i per veure els nivells d'atenció, percepció, concentració, impulsivitat i d'altres que pot exterioritzar el nen o nena.
- **El test de les Cares** → es tracta d'una prova per avaluar la percepció i atenció. Consisteix en una prova integrada per 60 dibuixos de cares amb traços molt elementals. Avalua la percepció del nen en quant a trobar diferències i semblances en un ordre concret.
- **La figura de Rey** → serveix per avaluar diferents aspectes referents a les funcions executives; es pot apreciar el nivell de desenvolupament intel·lectual i perceptiu-motor, l'activitat perceptiva i l'atenció, la memòria visual immediata, l'esforç de memorització i rapidesa de funcionament mental. És una prova que consisteix a copiar i reproduir un dibuix geomètric.
- **Test Stroop de colors i paraules** → avalua la capacitat d'inhibició d'una resposta que ja s'ha après. Es tracta d'una prova de colors on cal conèixer-los i vigilar amb les interferències, ja que parteix de tres parts: en primer lloc, una làmina amb els noms dels colors en blanc i negre; la segona amb els colors i els seus noms corresponents i; la tercera amb els colors però amb un nom d'un altre que no li correspon.
- **Test d'execució contínua (CPT)** → avalua l'atenció sostinguda. Rep un estímul determinat en una pantalla (colors, dibuixos, lletres), cada vegada que apareix l'estímul ha de pitjar un botó. S'acumula la puntuació tenint en compte les omissions i els errors.





- **CSAT (Children Sustained Attention Task)** → avalua l'atenció sostinguda mitjançant una prova de vigilància. Apareix en la pantalla un estímul de dos números concrets i en un interval on apareixen molts números en seriacions ha de veure les vegades que surten els dos números concrets seguits per pitjar un botó.

### Exploració mèdica

En cas de requerir una valoració més clínica i neurològica, caldrà realitzar una exploració física i psicopatològica a través de proves neurològiques que puguin donar-nos informació de la possible presència d'alguna alteració en el lòbul prefrontal provocant una disfunció executiva. Els estudis neuropsicològics i de neuroimatge funcional han demostrat que els nens i nenes amb TDAH presenten una alteració cognitiva en diferents components de les funcions executives (AACAP, 2007; Willcut et al., 2005, citats a Grup de treball de la GPC, 2012). Tot i que hi ha molts avenços científics, encara no podem parlar de validar un diagnòstic només amb aquesta exploració.

## 3.5. Abordatge del TDAH

L'abordatge que ha demostrat efectivitat – **Multimodal Treatment of Children with ADHD**, MTA (2002, citat a Prisma, s/d) – dirigit per Jensen als EEUU, és el que combina els següents components:

### Abordatge farmacològic:

- Els fàrmacs o medicaments pel TDAH han demostrat la seva eficàcia a curt termini, tot i que encara queda per evidenciar si també és efectiu a llarg termini.
- La medicació ha de ser controlada per un metge expert en el trastorn.

### Abordatge psicològic dirigit a pares, professors i nen, que inclou:

- Informació sobre el trastorn.
- Estratègies de manipulació de la conducta.
- Estratègies de comunicació per millorar la relació amb el seu fill/alumne.
- Estratègies per augmentar el propi autocontrol del nen amb TDAH.

### Abordatge psicopedagògic:

- Dirigit a millorar les habilitats acadèmiques del nen i el seu comportament mentre estudia o fa deures.
- També pretén inculcar un hàbit d'estudi a un nen que no el té.



## 1. Abordatge farmacològic amb psicoestimulants

En el nostre país es prescriuen actualment dos medicaments: un psicoestimulant com és el metilfenidat (Rubifén o Concerta) i un inhibidor com l'Atomoxetina (Strattera). Als Estats Units s'utilitzen, a més, la dextroamfetamina (Dexedrin), i recentment s'està treballant amb una combinació de medicaments estimulants (Adderall). En el tractament del TDAH s'han utilitzat també els antidepressius i els tranquil·litzants, encara que la seva utilització i la seva eficàcia estiguin menys documentades.

L'efecte terapèutic central dels psicoestimulants en el TDAH és el d'augmentar la capacitat d'alerta del sistema nerviós (arousal). Concretament el metilfenidat incrementa la disponibilitat de la dopamina i inhibeix la seva recaptació en el nivell presinàptic. L'acció del metilfenidat (Rubifén) s'inicia entre els 20 i 60 minuts després de prendre'n la dosi, té una vida plasmàtica d'entre 3 i 6 hores i s'elimina durant les 24 hores següents de prendre's. En l'actualitat molts infants amb TDAH són tractats amb metilfenidat d'acció prolongada (Concerta) per tal d'evitar els alts i baixos que produeix la forma habitual de metilfenidat, la qual s'ha d'ingerir varies vegades durant el dia, aportant una vida plasmàtica més progressiva, en canvi aquesta té una durada de 12 hores.

Aquesta medicació té efectes beneficiosos, però també adversos. Els trobareu descrits a continuació en els Quadres 3 i 4, respectivament.

<b>Efectes beneficiosos de la medicació</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incrementa l'atenció, la concentració i l'esforç.</li> <li>2. Incrementa l'habilitat del nen per controlar-se i regular la seva conducta.</li> <li>3. Incrementa el rendiment en tasques que requereixen atenció sostinguda, concentració i atenció selectiva.</li> <li>4. Incrementa el temps dedicat a les tasques acadèmiques, i millora la precisió i eficàcia del treball.</li> <li>5. Millora el rendiment acadèmic en general, i en particular l'eficàcia lectora i el rendiment en la resolució de problemes matemàtics en particular.</li> <li>6. Possibilita un millor control de la planificació disminuint la impulsivitat cognitiva.</li> <li>7. Disminueix la hiperactivitat i la impulsivitat.</li> <li>8. Disminueix la conducta desafiant i la conducta agressiva, tant física com verbal.</li> <li>9. Augmenta el compliment de les normes i regles.</li> <li>10. Millora les interaccions socials.</li> <li>11. Els efectes secundaris de la medicació psicoestimulant solen ser transitoris i acostumen a aparèixer a l'inici, desapareixent a les poques setmanes, sempre i quan la dosificació sigui l'adequada</li> </ol>
---	--

**Quadre 3.** Efectes beneficiosos de la medicació de TDAH. Elaboració pròpia.



Efectes adversos de la medicació	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alguns dels efectes secundaris més freqüents són: insomni, disminució de la gana, pèrdua de pes, irritabilitat, ansietat, plor fàcil i dolor abdominal. S'han descrit, en alguns casos, nàusees, malsons i marejos (Prisma, s/d).</li> <li>2. En el cas que aquests símptomes persisteixin més enllà de dues o tres setmanes es poden controlar disminuint la dosi i, en els casos més severs, interrompent la medicació.</li> <li>3. L'augment dels tics motors és un altre dels efectes adversos de la medicació. Es calcula que entre un 1% i un 13% dels nens amb TDAH poden desenvolupar tics motors en ser tractats amb psicoestimulants.</li> <li>4. En alguns casos s'ha informat d'un efecte "rebot" produït per la medicació. Aquest efecte produeix una deterioració de la conducta del nen i es presenta principalment a la tarda i/o a la nit, en la mesura que es van esvaïnt els efectes de la dosi de la medicació ingerida.</li> <li>5. A llarg termini, els efectes beneficiosos sobre la conducta i l'aprenentatge no es mantenen.</li> <li>6. Les millores en la interacció i la relació social no es mantenen si el TDAH està acompanyat d'altres trastorns com el negativista-desafiant.</li> <li>7. Tampoc s'aprecien millores significatives en les habilitats acadèmiques, sobretot si el TDAH s'acompanya d'un trastorn d'aprenentatge.</li> <li>8. Particularment, en aquells nens que viuen en ambients familiars desestructurats o en mitjans socioeconòmics desfavorits l'abordatge només amb psicoestimulants produeix poc o cap efecte beneficiós a llarg termini.</li> </ol>
----------------------------------	---

**Quadre 4.** Efectes adversos de la medicació de TDAH. Elaboració pròpia.

## 2. Abordatge psicològic i psicosocial. Modificació de la conducta

Segons Labrador, Cruzado i Muñoz (1995, citats a Paula, s/d)<sup>9</sup>

La modificació de la conducta és aquella orientació teòrica i metodològica, dirigida a la intervenció que, basant-se en els coneixements de la psicologia experimental, considera que les conductes normals i anormals estan regides pels mateixos principis ... L'objectiu de les intervencions és la modificació o eliminació de comportaments inadaptats, per altres adaptats (diapositiva).

Té com a objectiu promoure el canvi de comportament de les persones a través de tècniques d'intervenció psicològica, de manera que desenvolupin les seves potencialitats, optimitzin les oportunitats disponibles en el seu ambient per adaptar-se. El principi teòric en què es basen aquestes teràpies psicològiques és que la major part de les conductes són apreses i, per tant, modificables amb l'aplicació de tècniques pròpies de les teories de l'aprenentatge. En aquest sentit, els terapeutes no cerquen els conflictes subjacents de l'individu, sinó que se centren en la conducta observable, desenvolupant i aplicant tècniques específiques que detectin, avaluin i modifiquin aquells factors que són els responsables del manteniment de les conductes inadaptades.

### ▪ Intervencions conductuals en l'abordatge del TDAH

Les primeres intervencions conductuals en l'abordatge del TDAH es basaven en l'aplicació de reforçaments positius i l'extinció. Les conductes que es volien mitigar eren les

<sup>9</sup> Extret dels apunts de classe d'Isabel Paula, curs 2012-2013.



relacionades amb l'excés d'activitat: moviment permanent, impossibilitat de romandre assegut, etc. El procediment bàsic consistia a ignorar aquestes conductes i reforçar sistemàticament aquelles que eren incompatibles amb la conducta-problema. Altres estratègies d'intervenció conductuals estaven dirigides a controlar les variables ambientals de l'entorn d'aquests infants.

Una de les estratègies, basada en la teoria de la reducció d'estímuls de Zentall (1975, citat a Prisma, s/d), partia de la pressuposició que l'infant hiperactiu estava exposat a un ambient que li resultava sobreestimulant, de manera que no era capaç de controlar aquests estímuls, responenent a ells de forma exagerada i desestructurada. Amb aquest argument, la intervenció consistia en ubicar els infants en habitacions amb escassos estímuls per tal que es poguessin centrar en la seva pròpia conducta sense perturbacions exteriors.

Una altra de les estratègies basades en la modificació de la conducta és l'entrenament a pares. Aquesta estratègia requereix la col·laboració dels pares que actuen com a coterapeutes després de rebre les instruccions tècniques pertinents per part dels professionals. La finalitat última torna a ser la de disminuir una sèrie de conductes problemàtiques fomentant-ne d'altres de més adaptades. Aquest tipus de teràpies a través dels pares han mostrat la seva eficàcia a l'hora de disminuir la hiperactivitat, la impulsivitat, la desobediència i l'agressivitat, així com en l'augment de les conductes adaptades cap el treball escolar. Aquests programes estan fonamentats en els mateixos principis que els anteriors: aplicació de reforç positiu i cost de resposta. La diferència radica en que són els mateixos pares els qui apliquen les tècniques que el terapeuta els havia ensenyat. Així doncs, els pares aprenen a detectar les conductes inadaptades dels fills, ignorant-les o castigant-les, premiant i reforçant, alhora, les conductes apropiades.

En general, els estudis sobre la utilització d'estratègies basades en la modificació de la conducta indiquen que, tot i que resulten efectives per tractar alguns símptomes, no resulten eficaces per controlar el conjunt de manifestacions del TDAH. Cal una complementació amb altres abordatges.

- **Intervencions cognitives en l'abordatge del TDAH<sup>10</sup>**

Les primeres experiències en l'aplicació de teràpies cognitives les podem trobar en autors com Meichenbaum (1969, citat a Amador et al., 2010) que es va centrar en l'estudi de l'entrenament en autoinstruccions amb infants que presentaven conductes agressives, hiperactives i impulsives. Des d'aquest enfocament, el principal problema de l'infant amb

---

<sup>10</sup> Extret dels apunts de classe d'Isabel Paula, curs 2012-2013.



TDAH no és l'excés d'activitat, sinó les dificultats per mantenir l'atenció. En aquest sentit, Vygotsky (1978, citat a Prisma, s/d) va apuntar que la interiorització del llenguatge resultava crucial a l'hora de controlar la conducta i la inhibició de l'activitat motora. Segons Vygotsky, la interiorització del llenguatge dóna a l'infant la possibilitat d'organitzar la seva pròpia activitat inhibint aquelles conductes que interfereixen en la tasca principal que ha de realitzar. D'altra banda, Luria (1961, citat a Prisma, s/d) va exposar les funcions que els processos lingüístics ocupen en el control de la conducta humana. Segons Luria, l'automatització progressiva de la parla en l'infant li permet a aquest regular la seva conducta.

Meichenbaum et al. (1969/1975, citats a Amador et al., 2010), basant-se en els estudis sobre el llenguatge interioritzat de Vygotsky, les autoinstruccions de Luria i els treballs de Kagan sobre la reflexivitat-impulsivitat, van elaborar un programa d'entrenament en autoinstruccions per desenvolupar l'autoparla, a fi de dirigir el curs del pensament o de l'acció en nens amb hiperactivitat.

Al 1981, Meichenbaum i Goodman van dissenyar un estudi per avaluar els efectes que tenia l'entrenament en autoinstruccions i el modelament en un grup de 15 nens impulsius. Aquest entrenament autoinstruccional es desenvolupava en cinc fases:

1. Modelatge cognitiu: el terapeuta, com a model, realitza la tasca donant-se instruccions a sí mateix en veu alta per resoldre un determinat problema.
2. Guia externa: el nen desenvolupa la mateixa tasca seguint les instruccions donades pel terapeuta.
3. Autoguaia manifesta: el nen efectua la tasca donant-se instruccions en veu alta.
4. Autoguaia manifesta atenuada: el nen executa el treball xiuxiuejant les autoinstruccions.
5. Autoinstrucció encoberta: el nen utilitza el llenguatge intern per guiar la seva pròpia conducta.

#### ▪ **Inervencions cognitives-conductuals en l'abordatge del TDAH**

Les teràpies cognitives-conductuals sorgeixen de l'interès per integrar els beneficis de les tècniques operants i dels plantejaments cognitius, unint el reforç positiu i l'extinció al modelament i les autoinstruccions, entre altres tècniques (Prisma, s/d).

Les estratègies d'intervenció es dirigeixen a l'infant o adolescent i als adults que hi conviuen, principalment pares i/o professors, i es basen en la combinació d'entrenament en resolució de problemes, autoinstruccions, modelament, autoobservació, autoreforç i cost de resposta. Els tractaments en els quals participen els pares de forma activa giren entorn dels



principis generals de l'aprenentatge social, posant especial èmfasi en les conductes disruptives del nen i en els procediments encaminats a controlar aquestes conductes fomentant l'aparició de conductes més adaptatives.

Les intervencions desenvolupades en l'àmbit escolar es basen en procediments de control de contingències, en les quals es combina l'economia de fitxes, el cost de resposta, els contractes de contingències i el temps fora. Les tècniques terapèutiques utilitzades estan encaminades a reduir tant els dèficits cognitius i atencionals com els dèficits conductuals. Respecte als resultats obtinguts pels procediments cognitius-conductuals, diversos autors donen suport a l'ús d'aquests en el tractament del TDAH. Els canvis observats amb l'aplicació de tècniques cognitives-conductuals van des de la millora en la conducta social fins a la millora en el treball acadèmic, passant per la millora de l'autoestima.

### 3. Abordatge i intervenció psicopedagògica

El recolzament des de l'àmbit pedagògic i psicopedagògic no tracta de fer-los entendre i explicar-los els continguts de les matèries; això ja ho saben fer, no tenen dificultats cognitives. El que els cal és una regulació de les tasques a realitzar, ajudar-los en aquelles habilitats i funcions cognitives que manquen degut a una disfunció executiva (Parellada, 2009).

És important que les intervencions psicopedagògiques es facin cada dia, a l'aula, l'escola o en sessions psicopedagògiques concretes on es treballin totes aquestes habilitats. Es tracta de dotar al nen d'estratègies de treball que pugui aplicar en el moment de realització de la tasca (Parellada, 2009).

## 3.6. Àmbit escolar

### 3.6.1. Repercussions del TDAH a l'escola

És evident que la majoria de nens i nenes en edat escolar tenen dificultats per satisfer les demandes escolars. Les seves limitacions en prestar atenció a les instruccions del professor, a realitzar tasques de llarga durada amb esforç sostingut, a planificar-se i organitzar-se per treballar de manera autònoma a l'aula i a casa, fan que el seu rendiment acadèmic sigui baix i, en conseqüència, molts alumnes seran objecte de necessitat de reforç extra, repetició, abandó precoç o fracàs escolar (Moreno, 2009).





També, en els casos de TDA amb hiperactivitat i problemes de conducta evidents, desvetllen complicacions en les relacions socials dels nens i nenes afectats amb els seus iguals i amb els adults, provocant una afectació a l'autoestima. Les experiències de fracàs acumulades, tant a nivell educatiu com relacional, fan que l'infant construeixi una imatge pobre de sí mateix i de les seves capacitats i habilitats; per tant, de la seva competència personal i motivacional. Tot això ve derivat de les infinites desaprovacions, amenaces i càstigs freqüents per no ajustar-se a les demandes de l'entorn a nivell escolar i conductual (Moreno, 2009).

Cal dir que els programes escolars i el sistema educatiu en sí, amb uns estils d'aprenentatge teòric-pràctics amb diferència, no ajuden en l'adaptació i inclusió d'aquests nens i nenes amb TDAH, en què han de romandre asseguts moltes hores dins d'una aula amb espais reduïts, quan el que necessiten és espai per córrer, moure's i experimentar per aprendre. Tot i així, s'ha demostrat amb diversos programes i actuacions que aquests alumnes amb TDAH, ben diagnosticats i tractats a temps, poden millorar el seu rendiment i desenvolupar una adequada escolarització, partint de la necessitat d'adaptacions de certes variables ambientals i de l'estil i l'actitud docent (Joselevich, Bernaldo de Quirós, Giusti, Heydl, Michanie, Soprano & Vainer, 2000).

### **3.6.2. Dificultats concretes en l'aprenentatge dels infants amb TDAH<sup>11</sup>**

La majoria de nens i nenes amb TDAH són infants que no tenen problemes de intel·ligència, sent aquesta normal o, fins i tot, superior a la mitjana, però no són capaços de desenvolupar correctament el seu potencial intel·lectual dins del marc escolar (Ferré, 2002). Entre el 60 i 80% aproximadament, tenen afectat el rendiment escolar (Barkley, 1982, citat a Garrido, 2012), i això és causat sobretot per la dificultat d'atenció.

Algunes de les dificultats a destacar, comuns a la majoria de nens i nenes amb aquest trastorn serien:

- Dificultats per mantenir l'atenció sostinguda.
- Dificultats per memoritzar i recuperar-ho quan ho necessita, és a dir, problemes amb la memòria de treball.
- Dificultats en el raonament abstracte.
- Dèficit per donar-se instruccions.
- Problemes en la capacitat organitzativa i de planificació.

---

<sup>11</sup> Extret del curs de TDAH. Mòdul 3. Dificultats d'Aprenentatge associades al TDAH. (Prisma, s/d).



Quan els símptomes específics del TDAH conviuen amb dèficits cognitius implicats en l'adquisició de les àrees instrumentals bàsiques (lectura, escriptura i matemàtiques), ens trobem amb un alumne que pateix dos trastorns diferenciats, TDAH i DA (Dificultat específica de l'Aprenentatge) i que, per tant, exhibeix característiques de cadascun dels trastorns, els quals, tot i tenir factors etiològics similars, (predisposició hereditària, factors prenatals, etc.) segueixen un curs diferent del que seguiria en un alumne que només presentés DA. Concretament, l'alumne amb TDAH i DA es comporta de forma més impulsiva en les tasques, té més dificultats per treballar de forma independent i comet més errors que els alumnes que només pateixen DA (Guzmán & Hernández-Valle, 2005, citats a Prisma, s/d).

S'han dut a terme diverses investigacions sobre la coexistència de TDAH i DA amb l'objectiu d'intentar explicar la naturalesa d'aquesta associació des de diferents plantejaments. Alguns d'aquests plantejaments són els següents (Ortiz, 2004, citat a Prisma, s/d):

- a) L'associació entre TDAH i DA és el resultat de sumar els dèficits centrals d'ambdós trastorns.
- b) El TDAH i la DA coexisteixen a causa de dèficits cognitius comuns.
- c) Els símptomes típics dels TDAH i especialment la inatenció són la causa de Dificultats Específiques de l'Aprenentatge. Segons aquest plantejament el TDAH causaria les DA.

En aquest sentit, la definició de DA per la NJCLD (1994, citat a Prisma, s/d) recull que les alteracions de l'atenció poden desencadenar problemes d'aprenentatge, encara que no siguin la causa directa de les DA. Tot i això, actualment s'accepta que existeix un nombre important d'alumnes amb TDAH que també presenten DA, malgrat els percentatges són inespecífics i variats. Les conclusions d'alguns estudis afirmen que el 80% dels adolescents detectats amb TDAH durant la infància presenten un desfasament de dos anys en les habilitats instrumentals bàsiques: lectura, escriptura, ortografia, càlcul i resolució de problemes matemàtics. Hi ha altres treballs que parlen d'una variació percentual entre un 15% i un 40%. Concretament, per la comorbiditat de TDAH i Dislèxia, (Frick et al. 1991, citat a Amador et al., 2010) troben percentatges que oscil·len entre el 8% i el 38%, i, entre el 12% i el 30% per l'associació entre TDAH i discalcúlia.

Aquestes importants diferències percentuals en els resultats dels diferents estudis es donen probablement a causa de les diferències existents entre els criteris de selecció de mostres, els procediments de mostreig, el grau d'acord o desacord entre pares, mestres i





clínic, i la falta de consens per a definir els trastorns d'atenció, així com les dificultats en l'aprenentatge (Guzmán & Hernández-Valle, 2005, citats a Prima, s/d).

Segons Puig i Balés (2003), els problemes d'aprenentatge més freqüents en alumnes amb TDAH són:

- **Problemes amb la lectura:** lectura lenta i sil·làbica. Llegir els resulta pesat i poc motivador. Dificultats en la comprensió lectora
- **Problemes en l'escriptura:** cal·ligrafia irregular, moltes faltes ortogràfiques per manca d'atenció i dificultats en la motricitat fina.
- **Problemes amb el càlcul mental i la resolució de problemes:** els costa pensar la resposta, són impulsius, tenen dificultat en les matemàtiques perquè no saben reflexionar i concentrar-se. Els costa llegir l'enunciat dels problemes amb tanta informació, ja que la van perdent pel camí. Hi ha dificultats per comprendre el pensament abstracte
- **Problemes en l'adquisició d'hàbits d'estudi:** dificultats en les habilitats relacionades amb els hàbits d'estudi: planificació del temps, organització de les tasques, no revisen quan estudien, no tenen tècniques d'estudi adquirides com fer resums i esquemes de manera autònoma. Dificultats en pre-lectura, lectura atenta, subratllat, resums, esquema, repetició mental activa i repassar.

### 3.7. Àmbit familiar – Conviure amb nens amb TDAH

Ser pares d'un nen amb TDAH és un repte. Els nens i nenes amb predomini d'inatenció no suposen un problema per a la convivència familiar, ja que són infants que no tenen una conducta difícil, simplement tenen dificultats per parar atenció i un rendiment acadèmic baix. Més aviat són els nens i nenes amb TDAH de tipus combinat, ja que la desatenció, hiperactivitat i impulsivitat conformen un conjunt d'actuacions que provoquen risc d'interaccions negatives dins del marc familiar, sobretot en la relació amb els germans. Les dificultats més freqüents que es perceben en entorns familiars on hi ha membres amb TDAH són: dificultats en la resolució de problemes, en la comunicació, en la claredat dels rols i en les relacions afectives.

Moltes vegades els pares es pensen que han d'educar els seus fills perquè siguin tan bons com els altres, però amb els nens i nenes amb TDAH això no és així; hi ha una diferència entre el que volen i la realitat, ja que es tracta de nens que són diferents i que no funcionaran com tot nen neurotípic sense cap tipus de dificultat o trastorn. Això fa que els pares pateixin més estrès, desbordament per no poder superar la situació i ansietat per les



circumstàncies que es donen. Tanmateix, ens trobem famílies que se senten culpables i creuen que el comportament del seu fill o filla és degut a que no són bons pares, que no posen límits i que no els saben controlar.

Les persones afectades de TDAH requereixen una gran dedicació en l'àmbit familiar, tant a nivell de comprensió i recolzament, com de formació dels pares i recursos econòmics per l'abordatge multimodal. Aquesta situació suposa una reorganització de la dinàmica familiar (més temps pels nens i nenes, horaris més intensos i rutinaris, etc.) (Madrid, 2009). Això suposa, en l'actualitat, sèries dificultats degut a la poca conciliació de la vida laboral i familiar que ofereix el govern.

El més important és fer saber als pares que necessiten conèixer què li passa al seu fill o filla, han de comprendre que no s'han de sentir culpables i que si volen ajudar al nen o nena han de dedicar molt de temps a la seva criança. Amb un bon abordatge i la col·laboració de la família en tot moment, farà que els símptomes millorin i que es pugui donar un millor pronòstic en el desenvolupament de la vida de la persona afectada.

Quan un nen és diagnosticat de TDAH, la família i el mateix nen han de passar per un procés llarg i difícil. S'inicia amb les constants crides d'atenció al nen de part del professorat, anotacions a l'agenda per assistir a una tutoria, degut a no prestar atenció, oblidar els deures, mal comportament, etc. En aquest procés s'experimenten sentiments de frustració, culpa, vergonya i ràbia, per exemple. Moltes vegades no comprenen què passa amb el seu fill i tampoc saben afrontar el problema (Garrido, 2012).

El primer pas per recolzar l'infant amb TDAH és l'acceptació del problema per part de la família. El nen també requereix una explicació sobre el seu comportament, per les dificultats d'atenció i concentració. Dintre de l'abordatge, cal una teràpia a pares i la respectiva formació que els guiï i orienti. El més important és fomentar un vincle favorable dins de la família i amb l'escola (Garrido, 2012).



## 4. Contextualització

Un cop descrita la fonamentació teòrica sobre el TDAH, en què tota la informació que es reflecteix és extreta de manuals i bibliografia recomanada partint d'autors reconeguts que estan investigant tot el que envolta dit trastorn, ens trobem una allau de controvèrsies pel que fa a diversos aspectes del tema que ens ocupa. En aquests últims anys, molts professionals d'arreu del món i, sense anar molt lluny, d'Espanya i Catalunya, han volgut manifestar-se amb opinions dispars fent del TDAH un trastorn controvertit, que m'han arribat a provocar un interès de cercar punts de referència en un context molt proper com és la població de Sant Vicenç dels Horts.

El present projecte pretén reflectir dues realitats: en primer lloc, el context psicopedagògic del TDAH a nivell normatiu, sent més teòric i reflexiu, d'allò que s'està percebent sobre la situació del trastorn que ens envolta i, una segona més física, fent referència al context de la Població de Sant Vicenç dels Horts, on s'ha dut a terme la recerca, mitjançant entrevistes a referents de les diferents escoles de Primària de la zona, per veure com s'està vivint la situació i com estan atenent a aquesta dificultat en el dia a dia.

El fet de contemplar ambdós contextos és, per una banda, la necessitat de ser conscients de la realitat des de les diferents disciplines, degut a les grans controvèrsies que hi ha sobre el TDAH i, per altra banda, proposar una millora a les escoles d'una població real, aplicable a qualsevol altre context escolar, fent més propera la pràctica educativa en funció de les demandes escolars i apropant-nos a la realitat de les diferents escoles que poden o no tenir casos com aquests i poques eines per abordar-ho. Conèixer la realitat servirà per detectar aquelles necessitats primordials a l'hora de dissenyar les orientacions i el pla d'actuació pertinent en la millora de la pràctica psicopedagògica i d'atenció a la diversitat amb alumnes amb TDAH.

Abans de centrar-nos en aquests contextos, cal tenir en compte que per fer l'anàlisi de necessitats s'ha de partir d'uns paràmetres o dimensions: què avaluar, com o amb quines tècniques, de qui o d'on obtenim les dades, els criteris o qüestions de què partim i, finalment, la presa de decisions per avaluar la situació a l'hora de voler intervenir. A continuació, al Quadre 5, proposo la següent anàlisi:

ANÀLISI DE NECESSITATS	
<b>Dimensions del contingut</b>  <b>QUÈ AVALUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Necessitats normatives:</b> controvèrsies, divergències i convergències en el TDAH.</li> <li>▪ <b>Necessitats sentides:</b> com abordar el TDAH a les escoles partint de la realitat actual i quines mancances s'han de potenciar en el pla d'actuació.</li> <li>▪ <b>Necessitats expressades:</b> com se senten davant d'un cas</li> </ul>



	TDAH i què fa falta per poder abordar aquesta problemàtica i ajudar a la persona afectada en tots els seus àmbits.
<b>Com obtenim la informació</b>  <i>TÈCNIQUES</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tècniques d'anàlisi documental:</b> documents oficials, documents audiovisuals (diapositives, vídeos, gravacions en àudio).</li> <li>▪ <b>Entrevista semiestructurada</b> i oberta a experts i professionals de l'ensenyament, la psicologia i la clínica.</li> </ul>
<b>De qui o d'on obtenim les dades</b>  <i>FONTS D'INFORMACIÓ</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicopedagog i Pedagog de l'EAP B39.</li> <li>▪ Psicòloga clínica del CSMIJ Fundació Orienta.</li> <li>▪ Neuròloga i Psicopedagoga del Centre Mèdic GAME.</li> <li>▪ Mestres d'Educació Especial de les escoles de Primària.</li> <li>▪ Psicopedagogues de les escoles de Primària.</li> <li>▪ Revisió bibliogràfica i documental.</li> </ul>
<b>Qüestions</b>  <i>CRITERIS DE REFERÈNCIA</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quines controvèrsies estan creant un fort impacte social al voltant del TDAH?</li> <li>▪ Què està passant amb els diagnòstics de TDAH i l'abordatge terapèutic?</li> <li>▪ S'està atenent com cal a les persones amb TDAH?</li> <li>▪ Què podem fer com a professionals per atendre a alumnes amb TDAH?</li> <li>▪ Els professionals de les escoles estan preparats per atendre a aquesta diversitat?</li> </ul>
<b>Preses de decisions.</b>  <i>UTILITAT DE L'AVALUACIÓ</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cal ser conscients de tota la informació referent al TDAH, obrint tot el ventall d'opinions i maneres de veure la situació.</li> <li>▪ Per poder actuar en una mateixa línia, els professionals han de ser conscients de la seva funció i tasques a desenvolupar.</li> <li>▪ Cal millorar el tipus d'intervenció que es fa a les escoles i seguir una mateixa línia que ens ajudi a gestionar bé els recursos a què podem accedir.</li> </ul>

**Quadre 5.** Paràmetres per l'anàlisi de necessitats. Elaboració pròpia.

#### 4.1. Context psicopedagògic del TDAH

En aquest apartat es pretén contextualitzar el TDAH des del camp de la psicopedagogia, ja que són els professionals d'aquesta disciplina els que estan en estreta relació amb les escoles de Primària, on trobem nens i nenes amb aquest trastorn que són diagnosticats i tractats des d'un vessant psicològic i clínic-assistencial.

Com he descrit més amunt, penso que és important considerar totes aquelles mirades que he pogut analitzar a diversos articles d'actualitat, tant des d'un punt de vista més clínic i científic com des d'un més psicopedagògic que parteix de l'entorn de la persona. També es pretenen reflectir les opinions de diferents entitats que han estat entrevistades en un context real, com és la població de Sant Vicenç dels Horts.

Crec molt important considerar totes les realitats que estan en contacte directe amb el TDAH, donat que és més enriquidora i autèntica la percepció de tot un col·lectiu implicat que



no pas d'una part, independentment del poder que tingui dins la comunitat científica o no. Però, sobretot, pretenc reflectir totes aquelles demandes i crides d'atenció d'un sector que no està essent contemplat en la majoria de recerques d'investigació, i que està manifestant-se davant de la postura clínica i assistencial, més valorada a nivell científic i empíric, i que considero que s'ha de tenir en compte.

#### 4.1.1. Perspectiva clínica i assistencial del trastorn des de la ciència

La Medicina sempre ha tingut una part de ciència i una d'art. Ciència seria tot allò sabut per mètodes científics, sotmès al contrast d'hipòtesis, en principi refutable i després comprovades (Parellada et al., 2009).

Pel que fa a la perspectiva clínica del trastorn, els professionals de la medicina i la psicologia clínica (Neuròlegs, Psiquiatres, Psicòlegs i Psicopedagogs) que parteixen d'una base científica molt potent, provinent d'una font de poder anglosaxona de gran impacte i que ara per ara se segueix la tendència a gran part d'Europa i d'altres països, ens exposen les seves investigacions sobre el TDAH, partint d'evidències científiques mitjançant estudis diversos.

Per poder conèixer quin és el pensament enfront del TDAH d'aquesta part més clínica i neuropsicològica, la qual és la que té més poder actualment en la comunitat científica, em centraré en un parell d'articles: un primer amb el títol de *El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias* de la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente* (Lasa, 2007) i, un segon que es titula *Externalizing Disorders. Attention Deficit Hyperactivity Disorder* a la *Revista IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (Moriyama, Cho, Verin, Fuentes & Polanczyk, 2012). Són texts que determinen clarament aquesta visió més assistencial i científica. També, reflectiré la informació amb què compta la Guia de Pràctica Clínica del TDAH que es fa servir a nivell sanitari i que està acceptada i presentada pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat i la Generalitat de Catalunya en el 2010, com a guies clíniques més importants actualment.

La Guia de Pràctica Clínica (Grupo de Trabajo de la GPC, 2010) és una eina que serveix d'ajuda a la presa de decisions en l'atenció sanitària i que no substitueix de cap manera el judici clínic del personal sanitari. La perspectiva clínica i assistencial insisteix en el finançament d'aquesta per part d'un conveni entre l'Institut de Salut Carles III i l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya com a Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut (SNS); fins i tot, exposa la seva transparència en autoria i col·laboració amb una declaració d'interessos per evitar embrutar la validesa de l'evidència científica.



La perspectiva clínica entén el TDAH com un trastorn neurobiològic i hereditari d'entrada (Mena et al., 2011), en què factors ambientals de tipus neurològic com una encefalitis, baix pes al néixer, prematuritat, abús de substàncies durant l'embaràs, etc., són els possibles causants d'aquesta síndrome (Biederman, 2005; Biederman & Faraone, 2005, citats a Lasa, 2007). Pensen que els factors ambientals com ara el tipus de parentalitat, l'entorn proper al nen o nena, la personalitat i el psiquisme d'aquest, no són els causant però poden agreujar la situació, fent que una persona que ja pateix TDAH a nivell de disfunció executiva tingui més problemes amb un entorn menys favorable. Tanmateix, mai podran ser factors que produeixin directament el TDAH. Per cercar indicis de TDAH existeixen uns tècniques d'imatge cerebral on es pot veure una alteració o disfunció en àrees i connexions frontals, subcorticals i cerebel·loses, això configura una evidència científica actual respecte a les bases neurobiològiques del TDAH. De totes maneres, estem d'acord que els mètodes d'imatge no poden ser usats com a mètode diagnòstic igual que la genètica (Biederman, 2005, citat a Lasa, 2007).

Segons la perspectiva clínica i assistencial, a l'hora de fer el diagnòstic s'ha de tenir en compte la importància de l'exploració neuropsicològica per reconèixer el perfil d'habilitats i dificultats en el funcionament cognitiu i la comorbiditat associada. Per tal de valorar, les escales d'avaluació i els qüestionaris de psicopatologia general, conjuntament amb les entrevistes estructurades i semiestructurades són les més útils per el diagnòstic. Per a la detecció, els mestres haurien de rebre informació i estar capacitats per veure els senyals d'alerta i poder abordar els símptomes (Grupo de Trabajo de la GPC, 2010).

Pel que fa a l'abordatge del TDAH, els estudis empírics demostren que les opcions més aplicades per la tendència clínica són aquelles que treballen amb mesures biològiques com estimulants, és a dir, tractament farmacològic únic d'entrada per la majoria o, mesures psicològiques amb un tractament multimodal, aglutinador d'una combinació d'intervencions farmacològiques, psicològiques i psicosocials. En alguns casos, s'opta per un recolzament psicopedagògic i psicosocial, ja sigui individual o familiar, amb tractament farmacològic com a segona instància (Mabres et al., 2012). Tot i així, en l'entrevista realitzada al Centre Mèdic Game, consideren que l'opció per la qual opten a nivell clínic i neurològic és un abordatge amb intervencions psicològiques, psicopedagògiques i psicosocials deixant els psicoestimulants per a casos extrems.

Es vol incidir en la gran quantitat d'investigacions acumulades sobre el tractament farmacològic, habitual opció terapèutica de primera elecció (Martínez & Conde, 2009). Tot i que la societat actual té molts dubtes en quant a la medicació, es demana respecte al tractament prescrit i controlat per cada pacient, ja que nombrosos estudis proven que els





estimulants són el tractament singular amb millors resultats i que ajuden a disminuir el risc d'ingerir drogues, ja que si es fa un bon ús d'aquest no crearà mai addicció (Mena et al., 2011). Tot això ve demostrat en nombrosos assajos clínics, en què la gent tractada amb medicació tenia uns resultats més efectius que els que prenien placebo (Moriyama et al., 2012). També cal dir que, actualment hi ha poques dades sobre la seva eficàcia a llarg termini (Declaración de Consenso de los Institutos Nacionales de Salud, NIH, 2007).

Amb tot això, afegiria que la impressió clínica sobre la validesa del diagnòstic del TDAH i l'eficàcia del tractament estan sòlidament confirmades per la investigació empírica. L'American Medical Association (AMA) va encarregar un estudi que conclou que "El TDAH és un dels trastorns millor estudiats en medicina i les dades generals sobre la seva validesa són més convincents que en la majoria dels trastorns mentals i, fins i tot, que moltes altres malalties" (Goldman et al., 1998, citat a Grupo de Trabajo de la GPC, 2010, p. 37).

Per acabar, cal afegir que existeixen molts interrogants oberts de gran interès i esforç científic. En aquesta guia també queden reflectides les controvèrsies de què parlarem a continuació, al voltant de tres grans aspectes: etiologia i denominació del TDAH, diagnòstic i avaluació i, abordatge o opció terapèutica més adient. Som conscients que hi ha un debat obert i molts dubtes a resoldre, però les investigacions i els estudis clínics actuals que es van fent des del camp de la medicina estan aportant nous coneixements que, potser, en altres disciplines, com la psicopedagògica i educativa, no es reflecteixen tant.

#### **4.1.2. Perspectiva psicopedagògica del trastorn des d'un pensament psicodinàmic**

Dins del món de l'avaluació i el diagnòstic dels diferents trastorns que existeixen, perfils de professionals del món de l'educació com ara Professors, Tutors, Mestres d'Educació Especial o Psicopedagogs, Psicòlegs i Pedagogs de l'àmbit escolar, com poden ser els professionals de l'EAP, estan vivint una situació preocupant pel que fa al Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat (TDAH). Dins la perspectiva psicopedagògica també s'inclou la visió psicològica i psiquiàtrica, molt lligada a un pensament psicodinàmic, en què l'evidència científica trepitja una mica aquesta dimensió més psicoanalista del trastorn.

Des d'una visió psicodinàmica, interpreten el TDAH com un trastorn multicausat d'etiologia diversa i poc clara, que podria situar-se a nivell biològic, genètic, neuropsicològic i ambiental (Mabres et al., 2012). Es parla d'un trastorn que parteix d'una disfunció executiva, de caràcter hereditari i on els factors ambientals juguen un paper molt important en la major gravetat dels símptomes reflectint un pitjor pronòstic i un augment del risc de comorbiditat.



Aquesta visió intenta remarcar que els factors socials i ambientals, tot i no ser una causa directa del TDAH, sí que són una condició vital que ens porta a actuar de manera hiperactiva. Segons Ubieta (Catalunya Ràdio, 2013), s'ha de tenir en compte que la societat actual ha patit molts canvis, ja siguin d'estructuració familiar, tipologia parental, valors i normes, inputs que rebem del feedback constant de les noves tecnologies, etc. La societat va a un ritme tan accelerat que no deixa entreveure els límits de conductes que són o no normals (Catalunya Ràdio, 2013; Farré, 2013).

Pel que fa al diagnòstic es considera que el fet de posar etiquetes perjudica i estigmatitza el nen. Cal fer una exhaustiva avaluació diagnòstica a partir d'entrevistes personals als pares, mestres i el propi nen, i no mitjançant qüestionaris o escales de valoració com l'EDAH (Farré & Narbona, 1998, citats a Amador et al., 2010) o l'Escola Escolar de Conners (Conners, 1997, citat a Amador et al., 2010). També s'ha de realitzar una avaluació psicològica per descartar altres trastorns, recopilant informació des dels diferents contextos. Per tant, tot i que és molt necessària una valoració neurològica i clínica de la persona, també s'han de mirar altres parts de l'entorn, les quals moltes vegades parlen per sí soles abans de patologitzar certes conductes. Segons Mena (2011), els professionals encarregats de fer el diagnòstic han de ser Psiquiatres, Neuropediatres, Psicòlegs clínics o Neuropsicòlegs. Mai es podrà atorgar el càrrec de detecció i diagnòstic als Mestres i Professors, donat que no estan preparats per aquesta funció; queda lluny del seu àmbit de competència i alhora provoca un intrusisme professional.

L'abordatge del TDAH, segons la perspectiva psicopedagògica, és un trastorn d'etiologia multicausal que ha de derivar en opcions terapèutiques multidimensionals, és a dir, no centrar-nos només en la medicació com a primera opció i única, sinó que cal fer un abordatge que no només redueixi el símptoma sinó que es capaci a la persona per noves situacions (Mabres et al., 2012). L'opció més recomanada seria mitjançant intervencions psicològiques, psicopedagògiques i psicosocials, de manera individual i familiar, recurrent als estimulants només en situacions extremes. A tot això, també s'inclou l'abordatge social i ambiental on es lluita pel treball en xarxa dels professionals sanitaris i educatius per prevenir i actuar d'una manera més coordinada i adequada (Mabres et al., 2012).

Per recollir totes aquestes impressions, es veu necessari l'elaboració d'un model d'actuació propi ja que la gran allau d'informacions contradictòries està afectant a la bona praxis del trastorn. Es coneixen diferents guies, ja siguin de pràctica clínica o per educadors i famílies que reflecteixen tot un conjunt d'informacions, sovint contradictòries i que deixen en evidència la seriositat dels professionals. Per tot això, caldria unificar criteris, trobar punts





convergens, ja que la part pública està obligada a entendre's i tenir una eina de llenguatge comú (Mabres et al., 2012).

Pel que fa a la validesa científica d'aquesta perspectiva, l'òptica psicodinàmica és un enfocament diferent als imposats fins l'actualitat. Molta de la informació amb que comptem ha estat consensuada a partir de la pràctica i l'experiència, moltes vegades infravalorada, però segons Martínez i Conde (2009) tots tenim alguna cosa a dir i es considera de gran validesa recopilar experiències de tots els professionals que treballen amb alumnes amb TDAH (Mestres, Pediatres, Psicòlegs, Psiquiatres, Neuròlegs, Orientadors, famílies i persones afectades). Les aportacions i troballes científiques, tot i que constitueixen el pilar fonamental per a la comprensió del TDAH, no són suficients per sí mateixes per explicar la difusió i coneixement que la societat té en l'actualitat. A més a més, segons una cita de Barkley (Diller & Goldstein, 2007), "Ninguna tarea o hipótesis científica está completamente divorciada de los valores sociales de su tiempo y lugar". (p. 17)<sup>12</sup>

Només queda afegir que el TDAH és un trastorn que requereix temps i dedicació per poder fer un bon diagnòstic i un abordatge terapèutic com cal; és necessària l'estimulació de la família, de la societat i l'escola, vinculant a l'infant amb el seu entorn, abordant el problema des de la globalitat i no només atacar el símptoma, ja que això és un error. Esdevé necessària i fonamental la col·laboració de tots els professionals per trobar punts convergents i intervencions holístiques que englobin totes les parts de la millor manera possible, evitant anar per la via ràpida, donant una medicació i diagnosticant erròniament per tranquil·litzar a les famílies amb una etiqueta.

#### 4.1.3. Controvèrsies davant del TDAH

Conegudes ambdues perspectives, comprovem que hi ha punts de convergència tant des del punt de vista psicopedagògic com l'assistencial; - per exemple, reconèixer el TDAH com un trastorn hereditari i neurobiològic -, tot i que no acaben d'estar d'acord amb l'impacte de factors ambientals. També es reflecteix que la majoria de professional veu el diagnòstic com un fet clínic, el qual és competència dels especialistes en medicina o psicologia clínica. Tot i així, hi ha punts divergents en quant al procés de detecció i la manera de dur a terme la recollida d'informació. Pel que fa a l'abordatge és on trobem més opinions dispars donant lloc a les grans controvèrsies que està patint actualment aquest el trastorn.

Per tant, partint d'aquestes dimensions, els aspectes on incidirem estan relacionats, per un banda, amb l'existència, denominació i l'etiologia, amb el diagnòstic i avaluació i,

<sup>12</sup> Article molt interessant d'on s'ha tret aquesta cita el trobareu adjunt a l'Annex 6.



finalment, amb l'abordatge del trastorn. Per l'altra, amb allò que intenten reflectir les guies del Departament d'Educació i la de Pràctica Clínica del SNS. Amb tot això, es tracta de considerar i conèixer què està passant amb el trastorn, quines són les controvèrsies que actualment estan essent tan criticades i tractades des de les diferents disciplines, però, sobretot, des d'un sector de professionals que no estan sent escoltats, els quals volen obrir el ventall de possibilitats i abordar la situació des d'altres mirades que no només parteixin de l'evidència científica.

Entitats reals es manifesten davant d'aquest fet controvertit, com poden ser la Fundació Eulàlia Torras de Beà de Barcelona en el seu llibre *Hiperactividades y Déficit de Atención. Comprendiendo el TDAH* (Marbres et al., 2012), la Fundació Orienta CSMIJ del Baix Llobregat, en el seu monogràfic publicat a la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* (Lasa 2007; Diller & Goldstein, 2007), el National Institutes of Health (NIH) en la *Declaración de Consenso de los Institutos Nacionales de la Salud (2007)*<sup>13</sup>, i alguns equips de professionals com el COPC (Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya), l'ACAP (Associació Catalana d'Atenció Precoç) i ACPEAP (Associació Catalana de Professionals dels EAP) en els seus escrits<sup>14</sup> indicant la seva preocupació sobre l'esborrany<sup>15</sup> de la Guia TDAH del Departament d'Ensenyament, a finals del 2012 i principis de 2013, entre d'altres. També es percep aquesta preocupació a les entrevistes fetes amb les Mestres Especialistes, els Psicopedagogs i Psicopedagogues i la professional de la Fundació Orienta que ho manifesta verbalment, cara a cara.

Els Instituts Nacionals de Salut van redactar al 2007, una Declaració de consens referent al diagnòstic i tractament del TDAH per informar a les comunitats d'investigació biomèdica i de pràctica clínica dels resultats acordats, els quals valorem seguidament.

En primer lloc, les diverses i contradictòries opinions sobre el TDAH han donat peu a la confusió entre les famílies, els proveïdors de salut, educadors i gestors polítics pel que fa a l'existència o no del trastorn, la fiabilitat del diagnòstic i el tipus d'abordatge que pot ésser més adequat. L'evidència científica que recolza al TDAH com un trastorn ens diu que no existeix cap prova independent vàlida, que cal veure quin tipus de mostra s'escull a l'hora de dur a terme les investigacions o estudis de casos, ja que estan sent molt criticades. També cal vigilar amb la comorbiditat ja que entorpeix el diagnòstic i els estudis, i per últim, fa falta una millor definició del trastorn i una recerca profunda per partir tots de la mateixa

<sup>13</sup> A l'**Annex 7** disposeu de la declaració amb tot detall

<sup>14</sup> A l'**Annex 8, 9 i 10** trobareu els escrits del COPC, l'ACAP i l'ACPEAP, respectivament.

<sup>15</sup> A l'**Annex 11** trobareu l'esborrany de la Guia TDAH del Departament d'Ensenyament.



prevalença. Sobretot hi ha una excessiva preocupació per l'ús i abús potencial dels psicoestimulants, degut a la gran disponibilitat i facilitat amb què es recepten.

En segon lloc, caldria veure l'impacte important a nivell econòmic que està causant aquest diagnòstic. Per començar, els costos directes d'assistència mèdica per nens i adolescents amb TDAH són substancials, una seriosa càrrega per moltes famílies que no poden assolir econòmicament la medicació o qualsevol teràpia o reeducació, ja que tot implica anar per la via privada. També cal preguntar-se quins són els tractaments més eficaços pel TDAH, ja que a llarg termini no hi ha estudis sobre l'eficàcia del estimulants o la teràpia psicoeducativa. Tenir en compte, sobretot, el risc que comporta la medicació quan no es porta de manera adequada amb la dosis pertinents i seguint estrictament la recepta mèdica.

Tot això comporta una complexitat, degut a les barreres que suposa la identificació, avaluació i intervenció del TDAH de manera adequada. Estem parlant de dificultats per accedir als diferents abordatges i a la cobertura sanitària, com també la poca informació que es rep i l'experiència en aquesta praxis. A més a més, la inconnexió entre els professionals que intervenen dona peu a una coordinació minsa o fins i tot nul·la.

Des del punt de vista clínic i assistencial, estan preocupats seriosament davant de la forma inexacta en què els mitjans de comunicació tracten el TDAH. Uns Psiquiatres molt reputats dels Estats Units, els quals s'anomenen a ells mateixos "Consortio independiente de científicos" van fer una declaració queixant-se de tot això i afirmant que el TDAH existeix. Ells reclamen que es faci un reconeixement del TDAH com a trastorn mèdic, vàlid i real, ja que hi ha infinites evidències científiques que així ho demostren. Lamenten que la societat consideri igual de vàlida l'evidència científica que comporta molt d'esforç i estudi exhaustiu amb l'opinió d'un grup de metges inexperts que consideren que és un trastorn fictici. És més, els preocupa que es difongui aquest tipus d'informació perquè podria provocar que les persones que realment el pateixen no es tractin com ho necessiten (Lasa, 2007)<sup>16</sup>.

Un article molt interessant escrit per Anna Farré (2013)<sup>17</sup>, Psicopedagoga i actual professional d'un EAP de Catalunya, ens vol fer arribar totes aquestes reflexions entorn del TDAH i l'assessorament psicopedagògic. Per començar, sembla que una opinió molt compartida per molts professionals és la possibilitat d'un sobrediagnòstic i una sobremedicació per com s'està portant el trastorn en quant a la manera de realitzar el diagnòstic. També queda clara una polarització de posicions en el camp de la

---

<sup>16</sup> L'article d'on s'ha tret la informació el trobareu adjunt a l'**Annex 12**.

<sup>17</sup> Article adjunt a l'**Annex 10**.



psicopedagogia, la psiquiatria i l'educació, en general. Cal consensuar criteris d'intervenció que permetin contemplar l'individu des de la seva plenitud personal i social, sense excloure les aportacions de la neurociència. Es popularitza l'etiqueta perquè tothom es veu amb dret de fer diagnòstics. S'insisteix en què cal fer detecció i sensibilitzar més als professionals d'educació i les famílies sobre el TDAH des dels Metges de Capçalera i el Departament d'Ensenyament.

Parem i reflexionem. Estem parlant d'un trastorn com el TDAH o d'una societat en ple canvi amb referents perduts? Tot ha canviat molt; els referents culturals, els models familiars, els referents educatius, els valors. Ens prima la immediatesa, busquem respostes ràpides, ja que és més fàcil classificar per categories i generalitzar les respostes, atribuir relacions causa-efecte sense variabilitat interpersonal, considerem només allò previsible i deslliurable de responsabilitat de l'entorn i, acabem per posar una etiqueta que es creu tractada amb un fàrmac, en la majoria de casos. I posar l'etiqueta a un infant sense valorar-lo bé, podent ser víctima d'un gran patiment a casa seva, és més fàcil abordar la realitat del seu entorn.

En aquest apartat es vol remarcar que és l'opinió de molts professionals del món de la psicopedagogia, i que esdevé fonamental la cura amb què cal tractar aquest tema per part dels diferents moviments que treballen aquest trastorn. La presentació de la nova Guia TDAH del Departament d'Ensenyament ha creat també molta polèmica entre diferents entitats a Catalunya.

La Junta del Govern del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC) i l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) (Planes, 2012), independentment, el 8 de novembre de 2012 van notificar el seu desacord i preocupació amb certs aspectes que contemplava l'esborrany de la Guia TDAH del Departament d'Ensenyament. En primer lloc, el COPC va mostrar la seva sorpresa i malestar de no haver estat consultats en el procés d'elaboració d'aquesta, ni tampoc en les valoracions prèvies a la publicació en DOGC. A diferència, als membres de l'ACAP sí que se'ls va tenir en compte en les valoracions prèvies abans d'iniciar l'aplicació del projecte (Planes, 2012).

En segon lloc, quan tracten el contingut de la detecció i diagnòstic del trastorn no es tenen en compte els Psicòlegs com a professionals encarregats d'aquesta tasca, ni tan sols dins dels especialistes en Salut Mental, citant textualment "El professional de la Salut (Pediatre, Neuròleg i Psiquiatre) necessita reunir molta informació sobre el nen i el seu entorn per arribar a concloure un diagnòstic de TDAH" (COPC, 2012, p. 1). Com pot succeir quan la persona més citada dins del món del TDAH és Russell Barkley, psicòleg per



excel·lència. En definitiva, la Conselleria d'Ensenyament hauria de tenir en compte l'assessorament amb la diversitat de punts de vista existents degut a la controvèrsia entre els professionals de la Salut Mental (Psicòlegs clínics i Psiquiatres), ja que el TDAH és una entitat nosològica sense un consens ple entre aquests (COPC, 2012).

Pel que fa al contingut de dita guia, hi ha petits detalls, que realment són temes clau en el correcte diagnòstic del TDAH, els quals creen polèmica en quan a un intrusisme professional. Per una banda, atorga la funció de detecció -que implica sempre una dimensió diagnòstica- al Professor o Mestre en comptes d'un Psicòleg i, per l'altra, es pretén que sigui el Metge de Capçalera qui derivi els pacients a l'especialista, en lloc del Psicopedagog o Psicòleg Escolar. Aquestes funcions estan fora dels seus àmbits de competència. I, sobretot, no lliuren d'objeccions a la metodologia per cercar informació mitjançant qüestionaris, tasca que hauria de substituir-se per entrevistes rellevants amb les famílies, l'escola i qualsevol subjecte que pugui aportar dades importants (Planes, 2012; COPC, 2012). L'Observatori de Salut Mental i Comunitària de Catalunya (OSAMCAT), va realitzar un estudi encarregat per la Conselleria d'Ensenyament en compliment d'una resolució del Parlament de Catalunya on recomanava que el diagnòstic el fes un professional especialitzat per evitar les etiquetes; que s'utilitzessin els criteris de la OMS per diferenciar la comorbiditat; que els qüestionaris i escales de valoració mai poden substituir les entrevistes amb el nen i la família i, per últim, que l'exploració havia de ser directa amb el nen per descobrir allò que amaga l'entorn (patiment i dificultat). Llavors, el plantejament de la Guia TDAH és bàsicament contradictori a les conclusions d'aquest estudi.

Els qüestionaris són una eina diagnòstica que només ha d'aplicar un Psicòleg, Psiquiatre o Neuròleg, ja que poden ser objecte de sobrediagnòstic amb prescripció mèdica de psicoestimulants amb preocupants efectes secundaris (Planes, 2012). Això promou el diagnòstic de TDAH - del qual hi ha molt abús- i provoca que els Mestres facin la detecció amb un qüestionari, fet que contribueix negativament a la valoració d'altres factors que incideixen en la simptomatologia (problemàtiques familiars i socials, manca de recursos escolars, altres trastorns emocionals, etc.). El que definitivament crea alarma entre els professionals especialistes és el fet de què la implementació d'un protocol de detecció a les escoles esdevindrà una eina que generarà un augment de casos de mala praxi i falsos TDAH (Planes, 2012).

El Comitè pels Drets dels Infants de Nacions Unides (Planes, 2012; COPC, 2012) també demostra la seva preocupació indicant un augment, en un període curt, de prescripcions de psicoestimulants en infants diagnosticats de TDAH; i ho demostra a partir de les següents paraules: "El Comitè recomana a l'Estat que examini amb cura la prescripció excessiva de



medicaments als infants i adopti iniciatives per a proporcionar als infants diagnosticats amb TDAH i altres trastorns del comportament, accés a una àmplia gamma de mesures i tractaments educatius i psicològics". (Planes, 2012, p. 2)

L'Associació Catalana de Professionals dels EAP (ACPEAP), també va voler donar la seva opinió al gener del 2013 sobre aquesta Guia a punt de ser publicada; justificant la seva preocupació al respecte, i considerant oportú recalcar la seva disconformitat en dos aspectes (Francesch, 2013):

- A nivell formal, amb el procediment seguit en l'elaboració de la guia i la consulta posterior, no s'ha tingut en compte l'opinió dels professionals dels EAPs, d'igual manera que es queixaven els del COPC.
- A nivell de contingut, tampoc estan d'acord en què la detecció sigui duta a terme pel professorat, el qual no disposa de la formació necessària per aquesta responsabilitat. A més pensen, com altres entitats, que aquesta tasca que se'ls vol encomanar provoca una amplificació mediàtica del TDAH, amb un sobrediagnòstic i un excés de medicació, obviant i minimitzant altres aspectes emocionals i l'entorn familiar i social.

Aquest debat no és nou; al novembre de 2001 la Fundació Eulàlia Torras de Beà ja va manifestar el seu desacord per la poca claredat del concepte d'hiperactivitat, la imprecisió dels criteris diagnòstics, la canviant terminologia en tan poc temps i la necessitat d'un diagnòstic diferencial; sorgit tot plegat d'una inquietud per la pujada de tractament farmacològic a l'atenció primària no especialitzada, pel plantejament que s'està fent en l'abordatge i pel paper dels EAP en l'observació, detecció i seguiment.

Amb tot això, tant l'ACPEAP (Francesch, 2013), el COPC (2012) i l'ACAP (Planes, 2012), suggereixen que tots els professionals que treballen entorn del TDAH, facin una reflexió sobre els punts que s'han anat esmentant en quant a la preocupació del trastorn que ens ocupa. Per una banda, s'hauria de plantejar considerar els diferents punts de vista respecte al TDAH com, també, caldria tenir clar quin ha de ser el paper de cada professional en el procés; per altra tendir a afavorir intervencions multidisciplinàries que tinguessin en compte els diferents contextos.

En les entrevistes realitzades als professionals de l'EAP, el Centre Mèdic Game i al CSMIJ de la Fundació Orienta, tots tres pertanyents a l'entorn immediat on es pensa intervenir, s'han pogut veure reflectides totes aquestes opinions disperses, tant des del punt de vista psicopedagògic, psicològic i educatiu com des del punt de vista clínic i neurocientífic. Com pot ser que en una mateixa comarca, en un petit territori, moltes persones que intervenen davant del TDAH ho facin de forma diferent i, sovint contradictòria, creant





malestar i manca de coordinació entre les diferents entitats???. En el meu cas es veu una relació força coordinada entre els professionals de l'EAP i els del CSMIJ, pel que fa a la part pública, però en canvi hi ha diversitat d'opinions amb la part més privada que l'ocuparia el Centre Game i d'altres serveis mèdics propers com la Unitat de Neurologia de la Vall d'Hebron i l'Hospital Sant Joan de Déu.

Des del punt de vista psicopedagògic dels professionals de l'EAP, se'ns transmeten diferents idees que ja hem pogut percebre en el context normatiu extret dels diversos articles exposats. Primer de tot, se centra en la denominació del trastorn dins la realitat actual; parlem d'hiperactivitat quan és una característica poc definida en certes edats i, on moltes vegades es confon el símptoma amb la malaltia. Qui marca el límit d'aquesta hiperactivitat? És potser la societat present que ens fa semblar hiperactius? Ens preocupen els cassos privats, però de manera especial la clara sobrediagnosticació provinent d'una entitat com és la Unitat de Trastorns de l'Aprenentatge Escolar (UTAE) de Sant Joan de Déu.

S'insisteix molt en abordar des d'una mirada global i no pas el símptoma. Cal veure què hi ha darrere de cada nen amb un diagnòstic de TDAH o amb indicis de patir-lo, ja que ens trobem casos on parlant amb ells i escoltant-los, fent petites intervencions dins l'àmbit familiar i social, es veu un canvi considerable on pots veure que potser aquest nen es comporta d'aquesta manera per altres indicadors. Sovint ens trobem que l'etiqueta de TDAH és un obstacle per abordar des d'una mirada global, als pares els va molt bé i no ens permeten abordar la realitat del cas, quan moltes vegades amaga tota una patologia darrere més difícil d'avaluar que el propi TDAH.

La manera de fer el diagnòstic tampoc ajuda, començant per les graelles de valoració de símptomes que es passen a les famílies amb poc rigor, en què si es canviés la manera d'enfocar-ho, per exemple a través d'entrevistes, es podria extreure molta més informació vàlida. Però tot això és complicat; conèixer les dinàmiques familiars i totes aquelles que envolten el nen és difícil i comporta temps, i per tant és més fàcil posar una etiqueta ràpida i donar la pastilla.

Des del punt de vista psicològic i clínic, amb una corrent psicodinàmica molt propera a la psicopedagògica, la referent del CSMIJ a la quan vàrem entrevistar, ens transmet la seva preocupació per una invasió científica del que comporta el diagnòstic i la intervenció d'aquest trastorn; està d'acord en què existeix una síndrome neurològica que ocasiona una disfunció executiva, però no com s'està contemplat actualment amb uns clars interessos farmacològics. Molts dels estudis científics acaben quedant invalidats quan es veuen conflictes d'interessos amb els autors o la font de subvenció econòmica. Juan Ramon





Laporte (Catalunya Ràdio, 2013), afirma com a metge, que s'incentiva a aquests a donar medicaments i que molts congressos de Pediatria estan finançats per les empreses farmacèutiques del TDAH, per no parlar de la GPC de 2010, en què 21 autors tenen conflictes d'interessos amb el medicament pel TDAH. A més, una realitat compartida per tots és l'error que hi ha quan tothom vol opinar i diagnosticar, provocant una allau de presumptes diagnòstics. Ens remarca que al curs 2011-2012 els diagnòstics van augmentar un 17% i, aquest any, al 2013 un 10% més. Creiem que també ens trobem amb una conflictivitat amb l'escolaritat que reben els nens, on han d'estar sis hores asseguts en una cadira i, qualsevol que es mou una mica més del compte ja l'etiqueten d'hiperactiu.

Des d'una perspectiva més clínica i neurobiològica basada en l'evidència científica, la persona referent del Centre Mèdic Game, la qual va ésser entrevistada, ens dóna la seva opinió en quant a totes aquestes controvèrsies. Primer de tot, insisteix en què el TDAH és un trastorn real, amb paraules seves "ens movem dins del món de la neurologia pediàtrica i aquí està completament fonamentat a nivell neuropsicològic i de ressonància magnètica de que el TDAH existeix" (entrevista realitzada el 27 de Maig de 2013)<sup>18</sup> i per no parlar de la gran allau d'evidències que s'han trobat en els diferents estudis i assajos clínics. Remarca el gran treball fet per molts investigadors de tot el món sobre aquest trastorn, que no es pot invalidar perquè alguns pocs facin creure a través dels mitjans de comunicació que el TDAH és fictici (Bebés y más, 2013), i molt menys si no han aparegut en una revista d'alt impacte científic.

Està d'acord en què s'està vivint una època de sobrediagnòstics, considerant que podria ser provocat per diversos factors; per una banda, la manca de límits de les generacions actuals, en què tot nen o nena sembla hiperactiu i no presten atenció als estímuls que no produeixen feedback constant; en segon lloc, per l'ús que s'està fent del procés diagnòstic en què tothom es veu en dret de diagnosticar i etiquetar, i en tercer, perquè ens trobem a molts professionals joves que no estan preparats per portar a terme una avaluació en profunditat, explorant totes les variables i, desenvolupant un diagnòstic correcte, fent falsos diagnòstics i, creant així, una sobrediagnosticació del trastorn. Sovint, molts nens diagnosticats de TDAH són capaços de prestar atenció a activitats lúdiques. Com diria el Doctor Roig, de la Vall d'Hebron, una causa del TDAH és que la societat actual no està propiciant un desenvolupament del còrtex prefrontal de les xarxes frontospiratedes, zones que ens permeten fer un esforç cognitiu mantingut. Quan han d'enfrontar-se a tasques d'escoltar, llegir i escriure sense tenir un feedback constant, no tenen el cervell preparat.

---

<sup>18</sup> Veure **Annex 18**.



Pel que fa a la causa d'aquest trastorn anomenat TDAH, des de la comunitat científica d'arreu del món, es considera que és un problema dels neurotransmissors i que hi ha una hipoactivació que no ajuda a que un prefrontal maduri com ho hauria de fer. Considerem que el TDAH és un nom mal posat d'una gran disfunció executiva prefrontal, no hauria d'acotar-se a aquesta tria de nuclis d'inatenció, hiperactivitat i impulsivitat, ja que s'ha de contemplar les mancances en la memòria de treball, el control emocional, la fluència verbal, l'organització, etc., dificultats que van madurant i que, a mesura que passen els anys, es van compensant, però només quan són ben tractats.

Pensem que cal resituar el problema i analitzar la situació amb mesura, amb suficient autocrítica i trobar línies que facilitin un consens i una pacificació que permeti seguir avançant. I no estem parlant de desqualificar avenços mèdics negant l'etiologia del TDAH, però es demana que es contemplin més mirades. Aquesta visió tan esbiaixada de l'escola i l'infant, incomoda profundament als professionals de l'àmbit educatiu. Ja se sap que en l'assessorament psicopedagògic no es pot viure al marge de la ciència, però creiem que no cal patologitzar tots els comportaments que, d'alguna manera, es desvien de la norma.

Per acabar, es tractaria de buscar la convergència clínica amb el sector de professionals del món de la psicopedagogia que s'ha manifestat davant de tants aspectes rellevants respecte aquest trastorn tan prevalent (Lasa, 2007).

## 4.2. Context educatiu d'intervenció psicopedagògica

Després d'analitzar el context psicopedagògic a nivell normatiu, en què un conjunt de professionals estan manifestant-se per ser escoltats i que no només es contempli la part científica d'uns quants, crec convenient situar-nos en un context més físic i proper a la realitat per veure que està succeint. Per a la present recerca, he considerat oportú centrar-me en la població de Sant Vicenç dels Horts, donat la meva vinculació amb aquesta, i el procés ha estat el següent:

En primer lloc, per tenir una visió més especialitzada de la situació esmentada en el context psicopedagògic, he considerat interessant poder entrevistar a tres referents clau que intervenen en el procés avaluador i diagnòstic dels afectats de TDAH. Pel que fa al vessant psicopedagògic, comptem amb el referent de l'EAP-B39, que atén a totes les escoles de Sant Vicenç. Pel que fa al vessant psicològic, un membre del centre públic CSMIJ de la Fundació Orienta de Sant Boi, que també atén als centres de primària de Sant Vicenç i, per últim, amb la referent psicopedagògica i neuropediatra del centre privat GAME, que dona



atenció psicològica i clínica, més científica, i que manté relació amb l'Hospital Vall d'Hebrón, on es porten a terme totes les proves de neurobiologia referents al SNC (Sistema Nervios Central), i concretament de les funcions executives i proves de neuroimatge. Aquests tres referents ja han estat anomenats en l'apartat anterior com a professionals clau per l'avaluació de la realitat del TDAH a nivell normatiu.

En segon lloc s'han intentat detectar aquelles necessitats expressades i sentides més prioritàries a nivell escolar, en les diferents escoles de primària de Sant Vicenç dels Horts; un total de vuit hi han volgut participar, a diferència d'una que s'ha mantingut al marge per poca disponibilitat davant la recerca. Com he esmentat més amunt, l'interès recau a l'etapa d'Educació Primària, entre els 6 i 12 anys aproximadament, ja que és l'edat on s'inicia el trastorn en gran mesura. Per extreure informació rellevant, he dut a terme entrevistes semiestructurades als referents de les escoles que tracten amb aquesta tipologia d'alumnat, concretament amb els Mestres d'Educació Especial i, en el cas de l'escola concertada, el Psicopedagog o Equip Psicopedagògic del centre.

Per acabar, he analitzat la informació per veure què està passant en realitat i com se senten davant l'abordatge dels nens i nenes amb TDAH. En aquesta proposta que faré més endavant, cal partir de la consideració que, com a Psicopedagogs, és important atendre a les necessitats dels nens i nenes, a nivell de dificultats d'aprenentatge i d'orientació i assessorament a les famílies. Com s'ha vist reflectit al context psicopedagògic, es manifesta una gran allau de diagnòstics erronis respecte el TDAH.

Per tant, el que es proposa a continuació, va enfocat a tots aquells alumnes que han estat diagnosticats, independentment de la certesa o no del diagnòstic, cal ajudar-los i atendre'ls com ho requereixen.

Abans de presentar la proposta de millora a les escoles, crec convenient conèixer una mica el context en què ens centrarem. Per una banda, conèixer la població de Sant Vicenç dels Horts, les escoles que acullen l'etapa d'Educació Primària del municipi, els Serveis Educatius interns i externs a aquestes, els serveis mèdics i clínics externs - siguin públics o bé privats - i, finalment, la situació actual respecte el TDAH. Tota aquesta informació ens facilitarà uns coneixements bàsics sobre el context en el qual es vol enfocar el pla de millora a partir de les necessitats detectades en aquesta realitat escolar.

#### **4.2.1. Contextualització de la població de Sant Vicenç dels Horts**

Sant Vicenç dels Horts és un municipi de la comarca del Baix Llobregat que forma part de l'Àrea Metropolitana de Barcelona i es troba a 16,9 km d'aquesta. Situat a la riba dreta





#### 4.2.2. Les escoles d'Educació Primària

Actualment el poble disposa de 5 llars d'infants, 9 escoles d'Educació Infantil i Primària, 3 Instituts i una escola per Adults. El municipi també compta amb una escola d'Educació Especial, la Fundació Iris.

Donat que el meu projecte i la respectiva recerca estan destinats a les edats compreses entre 6 i 12 anys, faré esment només d'aquests nou centres d'Infantil i Primària, set públics i dos concertats per la Generalitat de Catalunya. Podem observar la distribució dels diferents centres escolars de Primària a la Figura 3 de l' **Annex 21**.

Les escoles públiques estan distribuïdes pels diferents barris de la zona i són La Vinyala, Joan Juncadella, la Guàrdia, Mare de Déu del Rocío, Sant Antoni, Sant Jordi i Sant Josep. Els col·legis concertats són La Immaculada i Sant Vicenç. Per no estendre'ns massa amb la descripció de les escoles, únicament vull remarcar alguns punts característics que les poden diferenciar i que són de gran interès com a recursos i propostes per aquest projecte<sup>20</sup>.

L'escola Juan Juncadella té dues línies per curs, amb dues Mestres d'Educació Especial i una Vetlladora per infantil (Auxiliar d'Educació Especial). Reben atenció de l'EAP un cop per setmana. La Vinyala és una escola de dues línies amb dues Mestres d'Educació Especial, un Logopeda i el Psicopedagog de l'EAP que ve un cop per setmana. L'escola Sant Josep és de dues línies, amb una Mestre d'Educació Especial i atenció de l'EAP un cop per setmana. El Col·legi Sant Vicenç és un centre concertat de dues línies que compta amb una Psicopedagoga, una Psicòloga i una Pedagoga formant l'Equip d'Orientació Psicopedagògic intern. El col·legi La Immaculada és un centre concertat amb una línia que compta amb un Equip d'Assessorament Psicopedagògic format per la Mestre d'Educació Especial, la Psicòloga i la Psicopedagoga. Ambdós centres concertats reben atenció de l'EAP una vegada al mes.

L'Escola Mare de Déu del Rocío i La Guàrdia, ambdues d'una línia, tenen un alt percentatge d'immigració, es consideren Centres d'Atenció Educativa Preferent (CAEP) i treballen en Comunitats d'Aprenentatge. Compten amb l'atenció d'una Mestre d'Educació Especial i de la Psicopedagoga de l'EAP que hi va una vegada per setmana i una de mensual. L'escola Sant Antoni és d'una línia i compta amb una Mestre d'Educació Especial, una Logopeda i la persona de l'EAP que hi assisteix un cop per setmana. L'escola Sant Jordi

---

<sup>20</sup> Per més informació sobre les escoles adreceu-vos als enllaços que trobareu a la pàgina web: <http://reporteducacio.cat/centres-educatius/sant-vicenc-dels-horts>



és d'una línia, compta amb una Mestre d'Educació Especial, dues Vetlladores auxiliars d'Educació Especial i l'atenció de l'EAP una vegada per setmana.

En la detecció de necessitats que més endavant es presenta, a l'hora de realitzar les entrevistes a les escoles vaig conèixer certs projectes, iniciatives, recursos o maneres de fer d'algunes escoles que penso que seria interessant destacar en aquest apartat. Per una banda, a l'escola Sant Josep compten amb un projecte de loga en Acció a l'Àrea d'Educació Física degut a l'especialització de la Mestre en aquest camp. És un treball molt vinculat al treball de la intel·ligència emocional, gestió d'emocions, autoestima i control dels impulsos, aspecte molt important davant de l'abordatge escolar amb alumnes amb TDAH. També aquest mateix centre participa en unes jornades esportives dins del Pla Català de l'Esport, per propiciar vies d'escapament en aquests alumnes que ho necessiten.

Per altra banda, el Col·legi La Immaculada té dins del seu Projecte Educatiu de Centre i del Pla d'Acció Tutorial una actuació molt rellevant que es va decidir ja fa un temps en què tots els mestres tenen una hora setmanal que es considera de Guàrdia i que han de romandre en una saleta situada davant de les aules de cicle mitjà, on atenen actualment els alumnes amb TDAH i amb Trastorns de Conducta, de tal manera que pugin servir com a suport en cas que el tutor no pugui controlar la situació.

#### **4.2.3. Els Serveis Educatius interns i externs**

Els diferents centres educatius que atenen als infants d'Educació Primària compten amb una plantilla de professorat que inclou, en el cas de l'escola pública, un o dos Mestres d'Educació Especial, en funció de l'alumnat i els recursos, i, en el cas de la concertada, un Psicopedagog/a o Equip d'Orientació Psicopedagògic format per Psicòleg, Pedagog i Psicopedagog, depenent de la disponibilitat econòmica del centre. Als centres públics la funció del Psicopedagog és externa, ja que no compten amb aquest professional a la plantilla sinó que prové de l'EAP de la zona, mentre que a l'etapa d'Educació Secundària sí que forma part de la plantilla aquest professional.

A més a més, algunes escoles compten amb un o dos Vetlladors, a vegades compartit amb un altre centre, per atendre les necessitats d'alguns alumnes que ho requereixen. Són persones que treballen al centre i que atenen individualment a certs nens i nenes que, pel seu grau de dificultat, la Generalitat els hi assigna.

Els serveis educatius que col·laboren en la tasca educativa amb les diferents escoles de primària són els Serveis Educatius de Zona (SEZ) i els Serveis Específics. Dins dels de zona trobem els Equips d'Orientació i Assessorament Psicopedagògics (EAP), el Centre de





Recursos Pedagògic (CRP) i els Equips d'assessorament en Llengua i Cohesió Social (ELIC), que formen un servei de coordinació integrat. Pel que fa als serveis especialitzats, reben atenció, si escau, del Centre de Recursos Educatiu per a Deficients Auditius (CREDA), del Centre de Recursos Educatiu per a Deficients Visuals (CREDV), del Servei Educatiu Específic amb greus trastorns Motrius i d'accessibilitat (SEEM) i si tenen alumnat amb Trastorn generalitzat del Desenvolupament i de la Conducta del SEETDiC.

#### 4.2.4. Els Serveis Clínics i Mèdics externs

Pel que fa als serveis clínics i mèdics externs, a part dels centres anomenats al context anteriorment, a nivell de diagnòstic de TDAH i altres trastorns, els alumnes de les escoles reben un servei de diversos centres, tan públics com privats. En primer lloc, abans dels 6 anys poden rebre atenció del Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP). A partir dels 6 anys, davant la possibilitat d'un trastorn com el TDAH són derivats al Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ); en el cas de les escoles de Sant Vicenç està ubicat a la Fundació Orienta de Sant Boi de Llobregat. Un altre centre paral·lel a aquest és el Centre Mèdic Game, també situat a Sant Boi, el qual fa una atenció clínica i psicopedagògica a nivell privat. Altres centres privats a nivell local que es proposen a les escoles com alternativa, ja sigui per fer diagnòstics o tractament, són la Marta Nicolau, La Graciela, el Servei Integral de Logopèdia i Psicologia (SILP), l'Hospital Sant Joan de Déu, l'Hospital Vall d'Hebrón i EINES<sup>21</sup>.

#### 4.2.5. El TDAH a Sant Vicenç dels Horts

Durant les diferents entrevistes que he pogut realitzar, tant a les escoles com als serveis especialitzats (EAP, CSMIJ i GAME), he pogut assabentar-me, aproximadament, del nombre de nens i nenes, alumnes de les escoles de Primària de Sant Vicenç, que tenen indicis de patir TDAH, que estan ja diagnosticats i/o que prenen medicació. Com que la meua recerca se centra a l'etapa de Primària, cal dir que aquest apartat inclou només aquesta franja d'alumnes, per tant, parlariem del TDAH a Sant Vicenç els Horts en edats compreses entre 6 i 12 anys, excepte una escola en la que no s'ha pogut incloure a la mostra. A la Taula 1, que es mostra a continuació es poden observar les dades corresponents als alumnes amb diagnòstic de TDAH, alumnes que tenen simptomatologia o estan en procés de diagnòstic i, alumnes que tenint o no el trastorn estan prenent actualment medicació o, fins i tot no la prenen amb el diagnòstic fet.

---

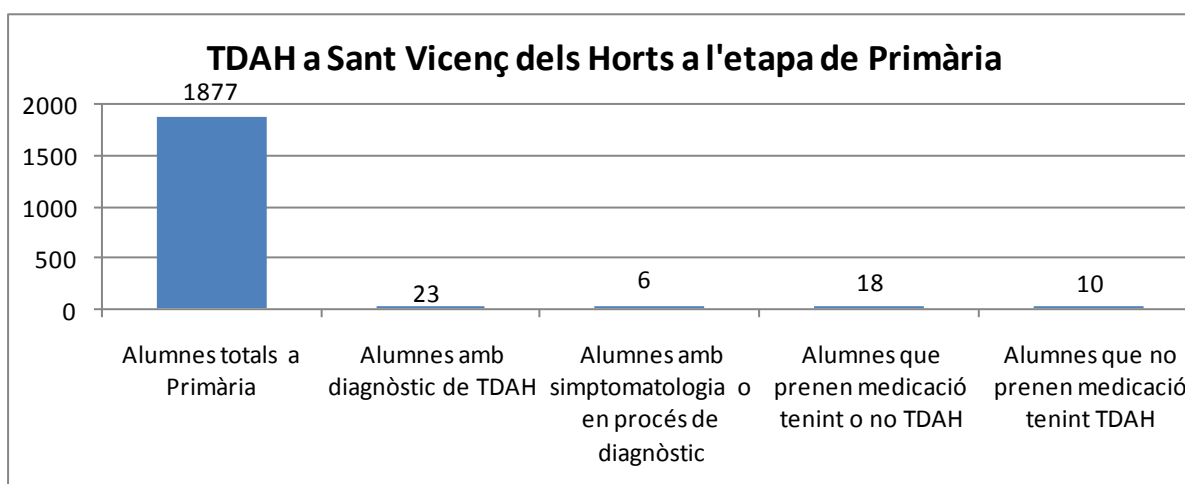
<sup>21</sup> Informació extreta a les diferents entrevistes.





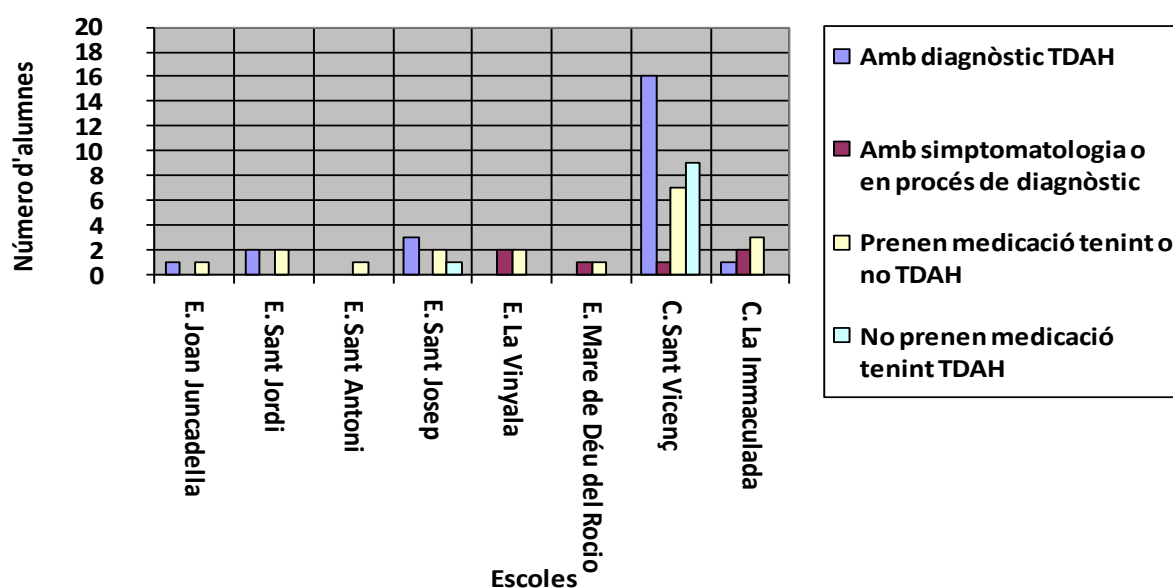
	JOAN JUNCADILLA	SANT JORDI	SANT ANTONI	SANT JOSEP	LA VINYALA	M. D. DEL ROCIO	SANT VICENÇ	LA IMMACULADA	TOTAL
ALUMNES TOTALS A PRIMÀRIA	313	155	156	321	322	130	320	160	1877
AMB DIAGNÒSTIC DE TDAH	1	2	0	3	0	0	16	1	23
AMB SIMPTOMATOLOGIA O EN PROCÉS DE DIAGNÒSTIC	0	0	0	0	2	1	1	2	6
PRENEN MEDICACIÓ TENINT O NO TDAH	1	2	1	2	2	0	7	3	18
NO PRENEN MEDICACIÓ TENINT TDAH	0	0	0	1	0	0	9	0	10

Taula 1. Distribució de l'alumnat segons les escoles en funció d'uns paràmetres estudiats.



Taula 2. Distribució de l'alumnat de Primària segons la simptomatologia, diagnòstic i medicació.

### El TDAH a les Escoles de Primària de Sant Vicenç del Horts



Taula 3. Distribució de l'alumnat en funció de l'escola i els paràmetres de simptomatologia, diagnòstic i medicació.



Si analitzem la Taula 1, podem observar que el nombre de nens i nenes diagnosticats a les escoles és molt reduït tenint en compte l'índex de prevalença del qual parlen els sistemes de classificació internacionals (DSM i CIE).

Sembla ser que a les escoles concertades hi ha una major detecció i diagnòstic, però no podem arribar a esbrinar si és per un interès qualitatiu superior per part del centre, o bé perquè els pares s'han espavilat en buscar serveis externs. De la mateixa manera podríem comentar que a les escoles públiques tenen problemàtiques més urgents o més esteses, les quals prioritzen davant d'un alumne amb TDAH.

Les dades corresponents a la Taula 2, respecte la simptomatologia detectada i atesa, reflecteix que només un 1,2 % de la població escolar que configura la mostra ha estat diagnosticat amb TDAH, xifra a la que li podríem sumar un 0.3 % corresponent als que estan en procés de diagnosi. Tot i així també resulta contrastant que hi hagi 18 alumnes que prenen medicació sense tenir massa clara la diagnosi, així com altres 10 que clarament s'observa aquest trastorn, però no el tenen en compte les famílies i per tant no se'ls ha diagnosticat i no estan sent tractats amb medicació, si és que fos necessària.

Cal dir que la informació extreta a les entrevistes ha estat insuficient degut a diferents factors; per una banda, la majoria d'escoles no tenien la comptabilització d'alumnes amb trastorns, ho explicaven de manera improvisada, per tant, deixa entreveure que, segurament falten dades més rigoroses estadísticament. Per altra banda, a les escoles els mancava informació dels processos de diagnòstic que feien als seus alumnes; moltes vegades apareixien nens i nenes prenent una medicació sense constatació de trastorn. Per últim, cal dir que des dels serveis especialitzats no m'han pogut lliurar informació sobre la quantitat d'alumnes que atenen a la seva consulta o a la pròpia escola amb aquestes característiques.

A partir de la Taula 3, observem la distribució dels alumnes per escoles i per simptomatologia. De forma molt global, hi ha una escola concertada que ressalta per sobre de totes les altres, amb 16 alumnes diagnosticats. És l'única escola amb un recompte per escrit dels alumnes amb TDAH, mentre que hi ha d'altres que asseguren que no hi ha cap infant amb aquesta simptomatologia. Volem recordar que ens manca tota la informació de l'escola La Guàrdia que no va participar en les entrevistes, al·legant motius de temps per poder dedicar-nos.

Com a conclusió ressaltaria dos aspectes bàsics: un primer que ens fa veure que la mostra triada, independentment de la manca de certa informació, no s'apropa gens ni mica a la prevalença del trastorn. I un segon factor és la poca informació amb que compten a les



escoles sobre els diagnòstics que reben dels seus alumnes, sigui per falta de comunicació dins d'aquesta i amb els diferents serveis, o bé per inaccessibilitat a tota aquesta informació.

### 4.3. Anàlisi de necessitats

Per poder aplicar un projecte cal conèixer la realitat en la qual volem intervenir. Per tant, és necessari fer una detecció de necessitats sobre els aspectes rellevants que es volen portar a terme de cara a una millora en la pràctica educativa i psicopedagògica davant del TDAH. Partint del quadre exposat a l'inici de l'apartat de contextualització, desenvoluparé aquelles necessitats que he pogut analitzar en els contextos estudiats.

En aquesta anàlisi de necessitats diferencio tres focus essencials: per una banda, les necessitats normatives que es perceben al context psicopedagògic abans descrit on diversos autors, professionals i investigadors ens transmeten la seva preocupació i situació davant d'aquest trastorn. Els altres dos corresponen a les necessitats expressades i a les necessitats sentides en les diverses entrevistes realitzades i de programes de ràdio, entre d'altres.

A través dels tres Quadres següents es presenten, de forma esquemàtica, les diferents agrupacions de necessitats detectades al context normatiu i psicopedagògic. En el següent apartat, d'intervenció psicopedagògica en l'abordatge del TDAH, remarcarem aquelles més prioritàries per abordar en l'àmbit escolar mitjançant un pla d'actuació i unes orientacions.

#### 4.3.1. Necessitats normatives, expressades i sentides

NECESSITATS NORMATIVES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenir en compte totes les mirades dels professionals que treballen amb nens amb TDAH, no només la part mèdica i científica.</li> <li>- Evitar conflictes d'interessos a les GPC recomanades per qualsevol entitat pública.</li> <li>- Trobar un nom més adequat pel trastorn, per una disfunció executiva.</li> <li>- Vetllar per la cooperació i connexió entre els diferents professionals que prenen part d'aquest trastorn.</li> <li>- Vigilar amb certes informacions exposades pels mitjans de comunicació que creen confusió amb el que és l'evidència i la realitat.</li> <li>- Realitzar el diagnòstic per part d'un professional de la medicina o la psicologia clínica; cal evitar el sobrediagnòstic provocat per males praxis i nens símptoma.</li> <li>- Sensibilitzar als mestres amb la realitat del TDAH; ells no han de detectar i etiquetar, sinó només observar i derivar als professionals.</li> </ul>



- Evitar els qüestionaris com a eina única per detectar; mai han de substituir les entrevistes amb les famílies i els professors.
- Ser conscients de què implica el tractament farmacològic, pel que fa als costos econòmics, els efectes secundaris i l'abús excessiu que se'n fa sense fer un bon ús d'aquest.
- Abordar el TDAH des de la globalitat del cas i no només atacar el símptoma; cal actuar des de diferents abordatges (psicològics, psicopedagògics, educatius...). Ens cal més paciència amb l'abordatge del TDAH i cal evitar la medicació com a primera opció i única.

**Quadre 6.** Relació de necessitats normatives a considerar per a la detecció, diagnòstic i abordatge del TDAH. Elaboració pròpia.

#### NECESSITATS EXPRESADES

- Evitar l' intrusisme professional i les etiquetes.
- Reduir l'abús del tractament amb psicofàrmacs.
- El sistema educatiu i els estils d'aprenentatge no s'adeqüen a les característiques d'alumnes amb TDAH.
- Falten recursos a les escoles per afrontar i abordar nens amb aquesta síndrome.
- Falta formació en estratègies i abordatge del TDAH.
- Falta informació actualitzada i de tots els punts de vista. Sempre preval la científica la qual, moltes vegades, és feta per uns quants.
- Rebre formació i informació d'associacions que no estiguin ficades en interessos econòmics.
- Seguir un protocol de diagnòstic en que els alumnes siguin derivats sense etiqueta als professionals.
- Evitar cercar professionals privats que no han estat recomanats, això provoca mals diagnòstics.
- Evitar fer diagnòstics a l'etapa infantil, cal esperar a que el nen maduri a nivell de còrtex prefrontal.
- Cal estirar de les possibilitats, no de les dificultats.
- Necessitat d'un estudi neurocognitiu, no pas omplir un checklist.
- Els articles han de tenir un alt impacte a nivell científic per ser vàlids.
- Coordinació dels professionals clínics i psicològics amb els referents de les escoles.
- Necessitat del treball amb les famílies i més temps per abordar la situació a nivell global, no del símptoma.
- Necessitat d'atendre en la individualitat, sense aplicar el mateix abordatge a tots els afectats.
- Necessitat de treballar les habilitats socials i la intel·ligència emocional.
- Major atenció del SEETDiC.
- Més hores de l'auxiliar d'educació especial i més recursos humans per optar a grups més reduïts.
- Més hores de dedicació del psicopedagog de l'EAP a tasques més directes amb els alumnes, i deixar els temes burocràtics per altres moments.
- Necessitat d'adaptacions a l'aula.

**Quadre 7.** Relació de necessitats expressades a considerar per a la detecció, diagnòstic i abordatge del TDAH. Elaboració pròpia.

**NECESSITATS SENTIDES**

- Cal formació específica del que passa amb el trastorn, evitar informació de divulgació com la que trobem als mitjans de comunicació, llibres d'autoajuda i articles en revistes no especialitzades.
- Els mestres han d'estar sensibilitzats amb la situació i estar dotats d'estratègies, sobretot a nivell grupal. No els cal conèixer tota la base científica del trastorn perquè no han de fer cap diagnòstic, però sí tenir una base per poder observar i derivar quan hi ha alguna cosa que no rutlla.
- Necessitat d'una xarxa de treball tant a nivell públic com privat. Es percep una multitud de serveis que fan diagnòstic i cadascú amb la seva metodologia. S'ha de considerar l'opció de mantenir un grup de professionals estables per tota la zona, pel que fa al diagnòstic. La reeducació pot ésser diversificada.
- Saber gestionar els recursos humans que es tenen.
- El mestre d'educació especial només ha de donar atenció als alumnes amb NEE; no ha de ser un tutor o professor més que imparteix una o varies assignatures.
- Coordinació de tots els mestres de l'escola, o com a mínim dels que estan en contacte directe amb l'afectat.
- Abordatge multimodal a la pràctica.
- Realització d'un diagnòstic diferencial més rigorós per evitar males praxis.

**Quadre 8.** Relació de necessitats sentides a considerar per a la detecció, diagnòstic i abordatge del TDAH. Elaboració pròpia.



## 5. Intervenció psicopedagògica en l'abordatge del TDAH

A continuació, donem pas al Projecte d'Intervenció Psicopedagògica per l'abordatge del TDAH, amb l'objectiu prioritari de proposar un pla de millora a les escoles de Sant Vicenç dels Horts, població escollida per a la recerca i posada en pràctica de la intervenció.

### 5.1. Necessitats prioritàries del context d'intervenció

Aquest Projecte d'Intervenció Psicopedagògica que pretén abordar el TDAH des d'una visió global neix de la recerca realitzada a les diferents escoles de Primària de Sant Vicenç dels Horts i als serveis educatius i clínics que estan en contacte directe. En el moment en què es va desenvolupar la primera entrevista amb el referent de l'EAP d'aquesta població, el qual va expressar la seva preocupació per la situació actual davant de l'allau de diagnòstics que rebien, vaig poder detectar diferents necessitats en aquest context, que m'empenyien a poder dissenyar un Pla d'Actuació i unes orientacions, cap a les escoles, que poguessin millorar la intervenció psicopedagògica i educativa dins l'àmbit escolar.

Partint d'aquest estudi de necessitats en l'apartat de contextualització, caldria prioritzar aquelles demandes i actuacions que creiem més necessàries i que es podrien abordar tenint en compte el context real on volem intervenir. És important ser conscients de la realitat, dels recursos que tenim i de la viabilitat del projecte que analitzarem més endavant, a l'hora de decidir on incidirem, ja que un projecte d'intervenció per a que funcioni ha de poder ser viable.

Per tant, les necessitats prioritàries que pretenc consolidar amb aquesta proposta es resumeixen en el Quadre 9:

---

#### NECESSITATS PRIORITÀRIES PER L'ABORDATGE DEL TDAH A LES ESCOLES

1. Evitar l'intrusisme professional de manera que la funció dels Mestres sigui estar sensibilitzats amb la realitat del TDAH, atendre les dificultats d'aprenentatge i personals dels infants, observar i derivar als especialistes per a que facin la detecció en cas de trobar indicis de preocupació.
2. Formació als professionals de l'educació en quant a estratègies d'intervenció i un abordatge des d'una visió global de la persona.
3. Cooperació i connexió entre tots els professionals que intervenen en un mateix territori, formant així, una xarxa de treball conjunt.
4. Seguir un mateix protocol d'actuació i diagnòstic a totes les escoles, en què els



- alumnes siguin derivats sense etiqueta als professionals.
5. Vetllar per la xarxa de treball entre els professionals, evitant gabinets privats que no han estat recomanats, ja que això pot derivar en una allau de mals diagnòstics.
  6. Cal evitar qüestionaris com a eina única per detectar, mai han de substituir les entrevistes amb les famílies i els professors.
  7. Necessitat del treball amb les famílies i més temps per abordar la situació a nivell global, no del símptoma.
  8. Necessitat d'atendre en la individualitat, sense aplicar el mateix abordatge a tots els afectats i aplicar un PI quan calgui.
  9. És rellevant poder treballar les habilitats socials i la intel·ligència emocional.
  10. Cal estirar de les possibilitats, no de les dificultats.

**Quadre 9.** Necessitats prioritàries per l'abordatge del TDAH a les escoles.

## 5.2. Objectius i continguts

Els objectius que es pretenen assolir amb el Pla d'Actuació i d'Intervenció en l'abordatge del TDAH fan referència a les necessitats prioritàries acabades d'esmentar. Aquest pla d'intervenció és un recull de totes aquelles orientacions i estratègies de les diferents guies ja existents que han anat funcionant, però a més a més, pretén incloure tot un seguit d'indicacions per tal de seguir unes línies comunes d'actuació a nivell metodològic i preventiu, per evitar certes conductes entre els professionals que dificulten la bona pràctica psicopedagògica i educativa. A continuació, es resumeixen els objectius i continguts en el Quadre 10:

OBJECTIUS	CONTINGUTS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear una eina de treball per a les escoles que ens ajudi a seguir una mateixa línia d'actuació dins d'un territori.</li> <li>2. Conscienciar de la importància d'evitar l'intrusisme professional marcant la funció que té cadascú.</li> <li>3. Evitar les etiquetes que puguin interferir en l'abordatge global de la persona amb aquesta simptomatologia.</li> <li>4. Avaluar la situació des de les diferents mirades, podent abordar la simptomatologia des de la globalitat i no només atacant el símptoma.</li> <li>5. Oferir al professorat un conjunt d'estratègies, orientacions i indicacions per abordar la</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coneixements bàsics al voltant del TDAH.</li> <li>2. La realitat psicopedagògica actual del trastorn.</li> <li>3. Fases i actuacions del Protocol a seguir.</li> <li>4. Funció dels professionals que intervenen amb el TDAH.</li> <li>5. Indicacions pel treball família – escola.</li> <li>6. Pautes d'actuació a l'aula.</li> <li>7. Pautes d'actuació a casa.</li> <li>8. Pautes d'actuació en el maneig del temps lliure.</li> <li>9. Pautes d'actuació per millorar el</li> </ol>





<p>problemàtica incidint, sobretot, en conèixer la realitat del trastorn dins d'un context psicopedagògic.</p> <p>6. Consolidar una xarxa de treball conjunta entre els professionals implicats en l'avaluació i intervenció del TDAH (escola, serveis educatius externs, serveis clínics).</p> <p>7. Promoure una actitud sensibilitzadora i positiva cap als nens i nenes que puguin patir aquest trastorn, estirant de les seves possibilitats.</p>	<p>comportament (habilitats socials).</p> <p>10. Pautes d'actuació en situacions concretes.</p> <p>11. Pautes d'actuació per treballar l'autoestima (Educació Emocional).</p> <p>12. Estratègies específiques per les dificultats d'aprenentatge.</p>
--	---

**Quadre 10.** Objectius i continguts generals de la intervenció.

### 5.3. Destinataris

El context on s'ha realitzat la recerca d'informació i l'anàlisi de necessitats i on es pretén aplicar la intervenció o pla de millora és a les escoles de Primària de Sant Vicenç dels Horts. Per tant, els destinataris als quals ens dirigim són els alumnes i les alumnes en edats compreses entre 6 i 12 anys que mostrin un quadre de símptomes d'hiperactivitat i/o dèficit d'atenció o, que tinguin un diagnòstic establert de TDAH per part d'un especialista. No obstant, moltes de les actuacions i estratègies que s'oferiran, es poden aplicar de igual manera i amb els mateixos resultats positius, a qualsevol públic d'aquestes edats, tinguin o no necessitats educatives.

A més a més, també es destina aquest projecte als professionals de l'educació i la psicopedagogia que treballen a les escoles, en concret, als Mestres i Tutors de la comunitat educativa, als Mestres d'Educació Especial, als Psicopedagogs o Psicòlegs Escolars i als professionals dels EAP que, actualment són els agents educatius externs que van a les escoles a realitzar l'avaluació psicopedagògica dels alumnes que tenen alguna necessitat educativa.

No és un Pla d'Actuació que l'hagin d'aplicar les famílies o altres serveis, tot i que sí que haurien d'estar implicats pel que fa a la relació amb l'escola, ja sigui per part dels serveis clínics adherits, les famílies afectades i d'altres professionals que atenguin al nen amb aquesta condició. En altres paraules, no es tracta d'una guia que tothom ha d'aplicar sinó d'un Pla d'Actuació i millora per poder desenvolupar a nivell educatiu, i poder atendre com cal des de l'escola a aquestes persones afectades d'un trastorn com és el TDAH.



## 5.4. Pla d'Actuació

Dins del Pla d'Actuació en l'abordatge del TDAH, des d'una visió global de la persona, es pretenen reflectir dues parts diferenciades. En primer lloc, s'exposarà el **Protocol d'Actuació** davant d'un cas d'un nen o nena amb simptomatologia evident per a iniciar un procés de diagnòstic, quins passos s'han de seguir i quins professionals s'encarregaran de cada tasca. Una segona part, més encarada als Mestres i les Mestres de les escoles de Primària, farà referència a les **estratègies i orientacions** que es poden fer servir per atendre les necessitats d'aquest nens i nenes que ja venen amb un diagnòstic de TDAH o que, sense ser diagnosticats, pateixen les mateixes dificultats i tenen símptomes d'hiperactivitat i/o dèficit d'atenció que entorpeixen el seu desenvolupament acadèmic, social i personal. Cal recordar que, la intervenció no només comença quan ja s'ha fet el diagnòstic sinó, que des de l'escola s'ha d'actuar des del primer moment en què el nen presenta dificultats i requereix una atenció diferenciada.

Ja s'ha dit en punts anteriors que, un dels gran problemes que ens trobem en l'actualitat és aquesta allau de mals diagnòstics en què nens i nenes amb una simptomatologia hiperactiva o d'inatenció han estat etiquetats i se'ls ha patologitzat amb un diagnòstic de TDAH quan, realment, el que els passa és que tenen un neguit intern per la situació familiar i social que els envolta, amb possibilitat d'altres patologies més greus, que una etiqueta com aquesta no deixa avaluar i intervenir com necessitarien, ja que a moltes famílies els va bé que el seu fill se'l diagnostiqui com a TDAH per amagar tot el que hi ha darrere, sovint, molt més greu. Tenint en compte els objectius i continguts que es volen treballar i assolir amb aquest Pla d'Actuació i de millora, a continuació es remarca pas per pas tot el que necessitaria un mestre per poder atendre a nens i nenes amb aquesta problemàtica.

### 5.4.1. Protocol d'Actuació davant d'un possible cas de TDAH

Aquest protocol que es presentarà a continuació en el Quadre 11, va encaminat a la seva correcta i rigorosa execució per part de totes les escoles de Primària de Sant Vicenç dels Horts i els respectius serveis educatius i clínics participants en l'avaluació i intervenció dels nens i nenes, en el moment que es presenten símptomes d'hiperactivitat, impulsivitat o dèficit d'atenció que preocupin. És important procurar seguir unes mateixes línies d'actuació en quan al procés de detecció i diagnòstic, de tal manera que s'estableixi una xarxa de treball conjunt entre totes les persones implicades i, així, evitar l'intrusisme professional, els sobrediagnòstics derivats de males praxis de serveis privats que no són recomanats i, la manca de coordinació i falta d'informació que, sovint, entorpeixen el procés.



FASES	ACTUACIÓ	RESPONSABLE/S	RECURSOS
<b>FASE I</b> Observació i demanda MEE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observació en:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Diferents espais (pati, aula, entrades...).</li> <li>Diferents mestres (tutor, especialistes...).</li> <li>Diferents horaris (primera hora, pati, menjador...).</li> </ul> </li> <li>Derivació a Mestre d'Educació Especial (MEE).</li> </ul>	Tutor; altres Mestres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pauta d'observació que reculli:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectes relacionals.</li> <li>Aspectes acadèmics.</li> <li>Aspectes conductuals.</li> <li>Aspectes emocionals.</li> </ul> </li> <li>Full de demanda.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista amb la família.</li> <li>Entrevista amb l'alumne. *(1)</li> </ul>	Tutor i MEE. Tutor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pauta d'entrevista.</li> </ul>
<b>FASE II</b> Primera intervenció	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinació de cicle (CAD específica).</li> <li>Recull de produccions.</li> <li>Establir 3 situacions conflictives i preveure possibles solucions (alumne i mestres).</li> <li>Vetllar per la sistematització incorporant rutines molt clares en el treball a l'aula i evitant incoherències i canvis innecessaris sense previ avís.</li> </ul>	Tutors de tot el cicle, MEE i especialistes.  Mestres que intervinguin amb l'alumne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Full de recull d'acords.</li> </ul>
<b>FASE III</b> Valoració necessitats educatives	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoració de les àrees afectades tenint en compte:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectes conductuals.</li> <li>Aspectes socials.</li> <li>Aspectes emocionals.</li> <li>Aspectes acadèmics.</li> </ul> </li> </ul>	Tutor i Mestres / MEE.	
<b>FASE IV</b> Demanda d'intervenció a l'EAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinació amb l'EAP.</li> </ul>	MEE – EAP.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anàlisi dades obtingudes (demanda).</li> <li>Observació aula, pati...</li> <li>Entrevista amb el tutor.</li> <li>Entrevista amb la família. *(2)</li> <li>Entrevista amb l'alumne.</li> <li>Proves complementàries.</li> </ul>	EAP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proves complementàries.</li> <li>Pauta d'entrevista.</li> </ul>
<b>FASE V</b> Derivació	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenció dels serveis externs.</li> </ul>	EAP – CSMIJ – GAME.  Vall d'Hebron (proves neurològiques). *(3)	



<b>FASE VI</b> Coordinació (xarxa de treball)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinació amb els diferents professionals. *(4)</li> <li>• Seguiment dels acords.</li> </ul>	Professionals que intervinguin.	- Full de recull d'acords.
<b>FASE VII</b> Intervenció grupal i individualitzada específica *(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientacions a l'aula.</li> <li>• Priorització del que interessa treballar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectes conductuals.</li> <li>• Aspectes curriculars.</li> </ul> </li> </ul>	EAP – MEE.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboració del PI.</li> <li>• Aplicació de reforços.</li> </ul>	MEE – Tutor (+ seguiment EAP)	- PI.
<b>FASE VIII</b> Avaluació efectivitat intervenció i promotora de canvis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisió del protocol d'actuació al final del procés.</li> <li>• Revisió intervenció i modificació en funció de les necessitats educatives.</li> <li>• Elaboració memòria (avaluació).</li> </ul>	EAP – Professorat del cicle.  Claustre de professorat (rep la informació).	- Memòria del cas/os (Tutor i EAP). *(6)

**Quadre 11.** Protocol d'Actuació davant d'un possible cas de TDAH. Ha estat revisat i modificat per mi mateixa, a partir del document elaborat pel grup de treball de Sant Vicenç dels Horts, el curs 2004-2005 (Diversitat en Xarxa, 2013).

### Aclariments

\*(1) L'entrevista amb l'alumne s'ha de realitzar una vegada observades les conductes problemàtiques o de dificultats d'aprenentatge i, paral·lelament a l'entrevista amb la família per poder extreure informació rellevant del context immediat (algun fet inusual, canvis dins la llar...).

\*(2) Com a complement de l'entrevista amb la família i el professorat, l'EAP podrà passar un qüestionari o escala de valoració a mínim 2 mestres i la família, de manera presencial. Ex. EDAH, Connors... **Mai és un substitut de les entrevistes.**

\*(3) Les proves neurològiques es faran en cas necessari, en què hi hagi fortes sospites d'un possible TDAH per part dels especialistes (CSMIJ, GAME).

\*(4) S'hauria d'establir una Xarxa de Treball entre els diferents professionals i entitats que treballen amb aquest trastorn en un mateix territori. Mitjançant alguna aplicació en què es poguessin comunicar i on constessin línies d'actuació comunes.

\*(5) La fase VII s'hauria d'aplicar quan es comencen a veure les dificultats i afecten significativament l'aprenentatge de l'alumne, no cal esperar a rebre un diagnòstic. Posteriorment, és qüestió de modificar el que calgui per ajustar-se a les necessitats de l'alumne, a nivell individual i grupal.

\*(6) La memòria es fa el primer cop que es realitza el procés de diagnòstic i ha de servir per ampliar-la els cursos posteriors, per tal de tenir un seguiment de l'alumne al llarg de l'escolaritat obligatòria i reflectir les modificacions pertinents del Pla d'Actuació.



#### 5.4.2. Estratègies i orientacions per l'abordatge global del TDAH<sup>22</sup>

##### ORIENTACIONS GENERALS

##### Primeres intervencions a l'escola, família i professionals externs<sup>23</sup>

- **Intervenció preventiva** a l'escola amb un **seminari on és conegui la realitat psicopedagògica del trastorn** i un curs on s'apliqui un **programa adequat sobre les estratègies i orientacions** per atendre a nens i nenes amb possibilitat o seguretat de patir TDAH.
- **Introducció d'un programa d'Educació Emocional i Habilitats socials** a totes les escoles.
- **Implementació d'una pla de Yoga** a l'àrea d'Educació Física i **promoure l'esport** com a recurs potent en la millora de les habilitats dels tot l'alumnat, però sobretot dels que pateixen TDAH<sup>24</sup>

*En el moment de trobar-nos un possible cas:*

- **Entrevistes amb la família** per tractar les dificultats del seu fill. Important no etiquetar ni posar noms, només descriure conductes i donar primeres orientacions.
- **Tutoria individualitzada amb l'alumne** un cop per setmana, amb l'objectiu d'escoltar-lo, desengoixar-lo, ajudar-lo a organitzar-se i donar-li quatre pautes. Aquesta sessió la farà el tutor amb suport del professional de l'EAP i MEE a l'inici. Constarà dintre de l'horari de l'alumne.
- Trobar espais fora del centre com **esplais**.
- En cas de problemes greus de conducta se'l derivarà al psicòleg per tal d'iniciar un procés d'ensenyament en **tècniques de modificació de conducta**, podent-se generalitzar a l'escola. Les orientacions les donarien els especialistes.
- Flexibilitat, compromís i voluntat per a treballar amb l'alumne i la família a un nivell personal. **Dedicar temps, energia i esforç addicionals** requerits per escoltar realment als nenes i nenes, oferir-les recolzament i realitzar els canvis i acomodacions necessaris. Iniciar un **abordatge global de la persona**, amb les estratègies que es donen a continuació.

<sup>22</sup> Extretes de la Guia para Educadores d'Adana (2012) i d'altres autors (Casajús, 2009; Miranda, Presentación & Jarque, 2009; Orjales, 2012; Puig & Balés, 2003; Rief, 2000).

<sup>23</sup> Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades.

<sup>24</sup> En una escola de Sant Vicenç s'està aplicant aquest pla. Seria interessant poder ampliar-ho a totes les escoles com a assignatura dintre del currículum.



- Introduir una **hora de guàrdia** pel professorat, que puguin estar lliures quan es necessiti recolzament d'un segon Mestre a l'aula on hi ha nens amb TDAH que distorsionen o necessiten un reforç.

### Pautes generals d'intervenció a l'escola

#### 1. Metodologia per donar la classe

- **Com donar instruccions.** Establir contacte ocular o proximitat física, assegurant l'atenció del nen. Les instruccions seran concretes, curtes, en llenguatge positiu i es donen d'una amb una. Elogi immediat amb el seu compliment.
- **Com explicar els continguts acadèmics.** Explicacions motivadores i dinàmiques, properes a l'alumne i que pugui participar. Han d'estar estructurades i organitzades assegurant la comprensió de l'alumne en tot moment.
- **Assignació de deures i tasques.** Tasques amb format simple i clar, en quantitat justa. Convindria fraccionar les activitats llargues. Supervisió i reforç constant. Fer servir ús de registres i contractes amb els més grans per planificar millor i assegurar la realització.

#### 2. L'entorn de treball

- Cal reduir el màxim possible els estímuls distractors de l'entorn (seient a prop del mestre, lluny de murals, finestres i altres elements decoratius).

#### 3. Característiques personals i professionals del Professor

- Ha d'estar informat i saber treballar amb estratègies específiques a l'aula.
- Ha de conèixer i creure en les possibilitats dels seus alumnes.
- Buscar alternatives per adaptar-se a les necessitats aquests.
- Cal ajudar al nen amb TDAH a organitzar-se i planificar-se (que es marqui objectius concrets i curts, animar-lo a fer servir l'agenda de manera sistemàtica, supervisar-la i felicitar-lo).
- Assegurar que dedica un temps a l'estudi, repàs i ordre del seu material.
- Mostrar-lo la importància d'evitar els distractors.
- Practicar l'ús d'esquemes i resums de cara als exàmens.

### Pautes pel maneig del temps lliure

#### 1. Pati:

- Explicitar unes normes clares i concises en forma de límits, sent molt fermes i conseqüents a l'hora de fer-ho complir.
- Proporcionar material variat per l'hora del pati, establint torns diaris del seu ús.
- De forma excepcional, algun dia poden portar joguines de casa.



## 2. Hora de menjador:

- El nen ha de saber què menjarà cada dia. Rol actiu per part dels pares.
- Negociar la quantitat a menjar en cas de no voler, anant de menys a més.
- Establir un adult de referent davant de la necessitat d'acudir per un conflicte.
- Donar alguna responsabilitat que el mantingui ocupat.
- Anticipació i prevenció exposant les normes i conseqüències.

## 3. Excursions:

- Les excursions sempre seran un reforçament positiu
- Establir unes normes molt clares de manera preventiva i estructural.
- S'ha d'explicar molt bé el motiu i els objectius de l'excursió per motivar els alumnes.
- Explicar l'organització completa del dia.
- Responsabilitzar el nen d'alguna tasca d'organització i gestió.
- Oferir l'oportunitat de guanyar un carnet de bon comportament des de primera hora del dia.

## Pautes per millorar el comportament

- L'actitud del Mestre ha de ser tolerant, flexible, pacient i comprendre les característiques pròpies del TDAH.
- Supervisió constant: mirar-lo sovint, trobar una consigna per l'inici de tasques o perquè sàpiga que l'observem.
- Ús d'eines bàsiques pel control del comportament: reforç positiu, extinció, temps fora, establiment de límits<sup>25</sup>.

## Pautes davant de situacions concretes

1. **S'aixeca sovint:** recordar la norma abans de començar la tasca (vindrà a la taula del professor qui hagi acabat, qui tingui dubtes aixeca la mà i jo m'apropo). Cal concretar una senyal privada que li recordi la norma. Assegurar-se que té tot el material necessari. Reforçar la conducta correcta i ignorar la incorrecta. Proporcionar un sistema que li permeti aixecar-se (dins d'un cercle, fer un encàrrec...). Pactar uns minuts d'estar assegut amb un posterior privilegi. Si s'aixeca molt, perdrà el privilegi de seure.
2. **Interromp constantment:** norma per escrit en un lloc visible, aprofitar l'exemple d'altres nens, però sense comparar-lo a ell. Fer recordatoris de la norma, oferir-los un mitjà addicional per reclamar l'ajuda (targeta de color).

<sup>25</sup> Veure Quadre 12 a l'**Annex 22**.





3. **Molesta als companys de taula:** seure'l amb un company model, que se n'adoni com se sent la persona del costat quan el molesta, oferir un espai per ell sol on pugui treballar tranquil, no com un lloc perquè no molesti.
4. **Perd el control, crida i desafia:** retirar-lo de l'aula si no es pot amb ell, però sense abusar, per exemple donant advertències. Donar altres opcions si no ho vol fer, mantenir-se ferma i no lamentar-se, no agredir ni físicament ni verbalment. Dedicar un temps a parlar-ho en privat, deixant explicar-se, escoltant-lo, buscant solucions conjuntament.
5. **Està molt esvarat:** reforçar la conducta exacta aprofitant quan va tranquil. Ignorar sorollets, moviments o veu alta. Permetre que s'esvaeixi una mica fent un encàrrec, esborrant la pissarra, beure aigua. Ensenyar tècniques d'autocontrol i relaxació (tècnica de la tortuga, respiració profunda).
6. **Ajudar l'alumne que és rebutjat pels companys:** estar molt atent a les dinàmiques interpersonals, fomentant l'acceptació de la diversitat, la col·laboració i bon enteniment. Mediació davant de conflictes de forma immediata. Treballar valors a l'hora de tutoria. Dinàmiques grupals per fomentar l'autoestima positiva. Rotar en els grups de treball. Aprofitar les activitats on pugui destacar l'alumne rebutjat per elogiar-lo i fer-lo sentir útil davant de tothom. Explicar a tots els companys quin problema té perquè sàpiguen per què fa aquestes coses.

### Pautes per millorar l'autoestima

- Acceptar les dificultats que suposa un nen amb TDAH. Acceptar-lo tal com és.
- Descobreix què té d'especial i diga-li.
- Identificar els esforços i elogiar el comportament positiu.
- Oferir major grau de confiança en la seva persona i les seves competències.
- Comunicació positiva.
- Evitar l'acusació, la ridiculització i la falta de respecte. Estratègia del "jo": "**Jo em sento trist quan tu no portes la feina perquè veig que no avances tant com podries**".
- Potenciar activitats que fomentin la integració social (treballs en grup, dinàmiques, jocs...).

### Pautes generals d'intervenció a casa

#### 1. Relació amb el fill

- Contacte físic i afecte amb demostracions d'estimació.
- Explicar el problema i quins són els plans per ajudar-lo.
- Prestar atenció al nen, escoltar-lo i parlar-lo amb calma.
- Conèixer els seus interessos que ens poden servir per motivar-lo.
- Comunicar-li qualsevol canvi de rutina amb antelació perquè s'adapti.



- Quan el problema afecta al rendiment escolar, cal mantenir entrevistes freqüents amb el professorat per tal de pautar les actuacions d'ajuda.

## 2. Aplicació de normes i límits.

- Decidir les normes de la llar de manera conjunta entre els pares i transmetre-les al fill en un entorn de diàleg.
- Les normes ajuden a que el nen se senti segur i protegit, guiaran les seves accions.
- Cal explicar el motiu pel qual s'estableix la norma i quines conseqüències tindrà el seu incompliment. Han de ser lògiques i realistes.
- Estructuració a la llar amb els mateixos horaris dels àpats, dutxes, anar a dormir, etc., evitant una sobreestimulació (sorolls, llums...).
- Fer-lo participi en les tasques domèstiques dintre de les seves possibilitats.

## ESTRATÈGIES ESPECÍFIQUES PER LES DIFICULTATS D'APRENTATGE

### Lectura

- Entrenament de lectura globalitzada amb llistat de paraules. Animar-lo a que la pensi abans de llegir-la perquè la digui de cop. Enregistrar el temps per motivar-lo a que llegeixi el màxim de paraules en el mínim temps possible.
- Premi d'una fitxa per cada 3 o 4 paraules ben llegides, ampliant segons edat. Un cop haguem acabat es premiarà amb el que s'havia acordat.
- Llegir diàriament targetes durant uns minuts amb grups de lletres que són difícils com tr/bl/pr.
- Aprendre a subratllar les paraules que indiquen verb perquè sàpiga quines accions ha de realitzar.
- Entrenar el nen amb textos curts, interessants i amb respostes atractives a les preguntes (dibuix, resposta múltiple, inventar títol...).
- Aquests textos poden ser triats pel nen o pactats amb el mestre. S'ha de premiar al finalitzar.
- Fer lectura compartida.
- Acordar amb el nen quin tros de lectura llegirà perquè se'l pugui preparar.
- Entrenament amb un diari de lectura cronometrada per augmentar la velocitat.
- Ús de cartró plastificat per col·locar sota la línia que llegeix.



### Escriptura

- Premi d'una fitxa a 3 o 4 paraules ben escrites. Reforç positiu que incrementa l'atenció.
- Lletrejar frases curtes per revisar els errors d'unions, fragmentacions, omissions, substitucions o repeticions.
- Comptar totes les paraules ben escrites i anotar-les en un registre indicant el que ha fet bé.
- Exercicis de memòria visual en comptes d'auditiva.
- Treballar l'ortografia amb unes 100 paraules d'ús quotidià.
- Ús del corrector de l'ordinador per a treballs llargs.
- Avaluar que copiar bé perquè pot revisar i no la còpia en sí, és a dir, ens interessa que quan revisi se n'adoni dels seus errors, més que recordi el text preparat o copiat.
- Per millorar la cal·ligrafia: línies de pràctica però curtes, no llibrets. Supervisar la cal·ligrafia i remarcar el que ha de millorar i el que fa bé. Fer-los entendre la importància de practicar per evitar problemes de lectura intel·ligible en els seus escrits.

### Matemàtiques

- Treball d'autoinstruccions per desxifrar l'enunciat.
- Assegurar-se que ha llegit correctament l'enunciat i que l'ha entès
- Subratllar les dades i encerclar les paraules clau de l'operació.
- Un codi per conèixer quina operació matemàtica a de realitzar pot ser el següent: sumar: posar coses (+); restar: treure coses (-); multiplicar: posar les mateixes coses moltes vegades (x); i dividir: repartir les coses en parts iguals (:).
- Exercicis on només és demani la operació i no el resultat per practicar.
- Si s'oblida els signes d'operació que hagi de pintar-los d'un color cadascun segons un codi.
- Manipular materials o representar gràficament les dades, per tal de comprendre conceptes matemàtics com les unitats e mesura.
- Entrenament en càlcul mental per reduir l'ús de dits.
- Jugar a visualitzar palets, dient el número gran i afegint el segon nombre.

## **5.5. Recursos**

Per dur a terme aquest projecte d'intervenció psicopedagògica en l'abordatge del TDAH a les escoles, més propera a l'abast de la realitat educativa en l'actualitat, partint del Pla d'Actuació elaborat i les diverses orientacions proposades, podem determinar quins recursos



humans, materials, econòmics i organitzatius (espai i temps) caldrien per a la seva aplicació.

En el Quadre 13 disposem de l'estimació necessària:

#### RECURSOS HUMANS

- Persona formadora en quan a la realitat del TDAH (bases del context psicopedagògic d'aquest projecte).
- Persona formadora en estratègies i orientacions davant d'un cas TDAH (basades en les que presenta aquest projecte).
- Mestre de suport dins l'aula per les hores més complicades (Ex: funció del vetllador compartit amb altres alumnes).
- Especialista en Yoga que pugui atendre a totes les escoles.

#### RECURSOS MATERIALS

- Dossier amb la informació necessària per la comprensió i abordatge del TDAH (Ex: aquest treball).
- Memòria d'avaluació i seguiment.
- Pautes d'entrevista i d'observació.
- Material per les proves complementàries (EAP).
- Material tangible i altres per desenvolupar les estratègies (confeccionat pel professorat).

#### RECURSOS ECONÒMICS

- Inversió en els cursos de formació dins l'escola o en un espai que inclogui a tot el professorat de les diferents escoles de Sant Vicenç.
- Possibilitat de demanar beques per ajuts econòmics en nens amb TDAH (Psicòlegs, reeducació psicopedagògica...).

#### RECURSOS ORGANITZATIUS (ESPAI I TEMPS)

- Espai físic de reunions entre referents de l'escola, l'EAP, servei clínic extern (CSMIJ, GAME...).
- Espai virtual per dur a terme la Xarxa de Treball conjunta.
- Gestió del temps, deixant una hora lliure als tutors de nens amb TDAH, de manera que puguin atendre les seves necessitats (tutories individuals, memòria, material extra...).
- Recursos de l'àrea de tutoria per aplicar un programa d'Educació Emocional i Habilitats Socials. Ha de constar dins del PAT (Pla d'Acció Tutorial).
- Hores de reforç fora de l'aula en grups reduïts.

**Quadre 13.** Recursos del Projecte d'Intervenció Psicopedagògica en les escoles de Primària de Sant Vicenç dels Horts. Elaboració Pròpia.

## 5.6. Avaluació

L'avaluació d'aquest Projecte d'Intervenció Psicopedagògica en l'abordatge del TDAH esdevindrà una eina per poder valorar l'aplicació de les orientacions i del pla de millora. En el cas que ens ocupa, la intenció d'aquest treball final de màster no pretén posar en pràctica dit projecte, només inclou el seu disseny degut a la manca de temporalització per poder desenvolupar-lo i avaluar-lo com cal. Per tant, com que només es fa el disseny, es proposen unes pautes d'avaluació en cas que es desenvolupés.



En el moment en què es defineix un projecte, és recomanable concretar una pauta amb els aspectes a valorar per determinar el desenvolupament de les diferents actuacions o orientacions. La pauta és un instrument útil per evitar que el seguiment sigui un procés improvisat, que no ens porti la informació necessària per establir aspectes a revisar del projecte. En definitiva, l'objectiu de l'avaluació és saber si realment hem aconseguit allò que ens proposàvem i en quin nivell, com també, millorar la qualitat de les accions per veure quines es podrien plantejar en el futur.

En aquest projecte, l'avaluació s'entendrà com un procés i servirà per millorar o canviar certs aspectes, no per valorar-lo com un resultat tancat determinista. Els aspectes d'avaluació que proposo són el següent: objectius, continguts, posada en marxa del Pla d'Actuació, desenvolupament de les orientacions, organització i temporalització i, recursos. Es farà una memòria per poder valorar tots aquest paràmetres que, any rere any, aniran avaluant-se per tal de millorar la proposta.

Seria necessari incloure a la memòria les següents valoracions:

- Grau d'assoliment dels objectius generals a final de curs.
- Compliment del desenvolupament de tots els continguts.
- Funcionament del Protocol d'Actuació: revisar si s'han dut a terme totes les fases de forma rigorosa i quin ha estat l'impacte. Punts forts i febles al llarg de la intervenció en un curs acadèmic. Pla de millora.
- Execució de les diferents estratègies proposades: quines s'han desenvolupat, quin ha estat l'impacte, s'han afegit modificacions o noves estratègies, de quina manera s'ha innovat per dur-les a terme. Exemples que serveixin per futures intervencions.
- Organització i temporalització de les diferents fases del Protocol.
- Viabilitat dels recursos que s'han fet servir al llarg del procés: valoració de la formació per part de tots els mestres participants i; valoració de la gestió dels recursos i el seu impacte en el procés.

En definitiva, la valoració que es proposa per aquest projecte ha de ser per part de tota la comunitat educativa i totes les persones participants en el procés (família, alumne i especialistes mitjançant qüestionari qualitatiu i, professorat mitjançant la memòria d'avaluació).



## 6. Valoració de la viabilitat

La valoració de la viabilitat d'un projecte és un element important a tenir en compte en el moment de realitzar el disseny d'aquest per, posteriorment, poder-lo desenvolupar adequadament i obtenir resultats positius. Entenem com a viabilitat en un sentit ampli, la probabilitat de dur a terme qualsevol proposta amb èxit o de prosperar, tot considerant l'avaluació positiva de factors culturals, socials, econòmics i legals.

En la viabilitat d'un projecte es poden contemplar diferents dimensions: per una banda, a nivell sociocultural, en què caldrà descriure l'adequació d'aquest a la realitat social i cultural mitjançant la justificació, així com el grau d'implicació i participació dels beneficiaris, tot destacant el seu efecte sobre els col·lectius més vulnerables. En segon terme, la viabilitat legal que implica conèixer i avaluar la normativa i regulació que afecta a l'activitat i la possibilitat d'acompliment de la mateixa. En tercer lloc, la viabilitat econòmica que suposa el cost del projecte, en què ha de ser assequible per l'entitat i quins recursos econòmics es poden obtenir. La viabilitat de gestió seria una altra dimensió; la qual avalua la capacitat organitzativa i de gestió de l'entitat que promou el projecte: recursos humans i experiència. Per últim, la viabilitat tècnica i adequació al medi on caldrà avaluar la possibilitat de dur-lo a terme en funció del temps, l'espai i la disponibilitat de l'equip humà.

En definitiva, la viabilitat fa referència a la capacitat per engegar un projecte per part de l'entitat on es vol aplicar, tot considerant els condicionants de l'entorn. Analitzar la viabilitat ens serà útil per identificar si les condicions contextuais (lloc, recursos, organització de l'entitat, subvencions i ajuts, etc.) faciliten o no la posada en marxa d'aquest. Caldrà avaluar els recursos propis i externs que poden obtenir les escoles participants de la intervenció, per determinar la viabilitat del pla proposat anteriorment.

La part més pràctica del projecte recau en la tercera part, la intervenció psicopedagògica i educativa a les escoles de Primària d'una població. Per tant, és aquí on hem de veure i avaluar la viabilitat de la proposta. A partir de les entrevistes realitzades i del context social, personal i econòmic en què vivim, cal dir que seria utòpic pensar que tota la proposta es durà a terme fil per randa i que tot sortirà bé. La complexitat recau, sobretot, en l'espai i temps per abordar la situació, però també en la manca de gestió de recursos. Són els obstacles més grans que ens podríem trobar. De totes maneres, anem a analitzar la viabilitat de les dimensions abans esmentades.

En primer lloc, a nivell sociocultural, és viable poder formar i informar a tot el professorat sobre el que pretén mostrar aquest treball d'investigació, a partir de seminaris i programes



de formació a l'inici de curs. Potser no es pot fer cada any, perquè hi ha altres dificultats que també cal atendre, però sí de tant en tant, actualitzar els professionals amb la realitat, no només el que diu la comunitat científica. La implicació i participació de les escoles queda totalment demostrada ja que estan immerses en aquesta problemàtica i són els primers interessats a trobar la manera de millorar.

A nivell legal, cap de les actuacions especificades sol·licita una actuació que no es pugui desenvolupar. Simplement que les escoles necessiten més recursos humans i, això depèn de l'administració de l'Estat que és qui s'encarrega de determinar la quantitat de mestres per alumnes. Tot i així, cal ser conscients que encara que no se'ns permeti tenir més mestres per aula, s'han de demanar. A més a més, algunes escoles han demostrat que, només amb una variació en els horaris, de destinar una hora lliure per l'atenció d'aquest alumnat, milloraria molt la situació sense necessitat de demanar més professors.

A nivell econòmic, es troba estretament relacionat amb el que acabo d'esmentar. El gran problema és en la falta de recursos humans i la possibilitat de que hi hagi un Psicopedagog per escola. Tot i així, una de les necessitats que es demana, i que sembla que ara per ara no és viable, respon a l'oportunitat de disminuir la ràtio, igual que passa en altres països com Finlàndia, en què tenen 12 alumnes per classe.

Per últim, la viabilitat tècnica i de gestió és potser la que caldria emfatitzar en aquest projecte. Considero que amb una bona organització i coneixements del que implica atendre a un alumne amb TDAH, o fins i tot més generalitzat, el fet de creure en la inclusió, podria ajudar a fer realitat l'aplicació de les intervencions proposades en l'apartat d'estratègies i orientacions. Ara per ara, tal com està muntat el sistema educatiu, dificulta l'aplicació adequada de totes les estratègies, sobretot perquè per començar, no està adaptat a nens amb aquesta condició. No podem pretendre que els alumnes amb TDAH passin sis hores asseguts a una cadira escoltant explicacions, sovint poc dinàmiques i motivadores, per poder assolir un currículum carregat de coneixements.

Cal ser realistes i considerar que, fins que no canviï el sistema no podem dur a terme amb èxit el projecte amb la seva totalitat, però sí que ha de quedar molt clar que es poden fer moltes coses per millorar, i això només depèn de la professionalitat i dedicació de tot el professorat que educa dia a dia a les aules.





## 7. Conclusions

El Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat (TDAH) és un síndrome que ha demostrat ser molt controvertit al llarg d'aquest projecte. Actualment, la comunitat científica i altres professionals que estan en contacte directe amb persones que pateixen aquest trastorn estan fent les seves investigacions i estudis, tot debatent diversos aspectes o elements en què no acaben de convergir, com ara l'etiologia, el diagnòstic i l'abordatge o bé el tractament d'aquesta problemàtica.

L'etiologia directa del trastorn encara és desconeguda, però hem pogut comprovar que hi ha informació consensuada que defensa que el TDAH és causat per factors biològics, genètics, hereditaris i/o bé ambientals. Tot i així, hi ha petits matisos que divergeixen entre la visió dels que estudien la neurociència basant-se en l'evidència i, els que tracten els trastorns del psiquisme des d'un corrent més psicodinàmic. Els primers atribueixen factors ambientals com ara prematuritat, baix pes al néixer, consum de substàncies del progenitor durant l'embaràs, entre d'altres; mentre que els segons es refereixen a l'entorn proper del nen durant el seu desenvolupament en les primeres edats, que agreuja o disminueix els símptomes. Fins i tot, alguns professionals des de la perspectiva psicodinàmica contemplan que un infant amb immaduresa del còrtex prefrontal, en un entorn adequat, no és un nen amb cap tipus de problemàtica, ja que disposa d'un ambient que l'ajudarà a desenvolupar-se com qualsevol altra persona sense cap trastorn o malaltia (Cabra, 2013).

El diagnòstic l'ha de fer un especialista en medicina i salut mental. Ja s'ha vist que una de les grans problemàtiques que preocupen, fa referència a una presumpta sobrediagnosticació i sobremedicació en aquests últims anys. Uns parlen de què realment no és que hi hagi més persones amb TDAH, ni tan sols es compleixen les estadístiques en quant a prevalença, el que ha succeït és que durant aquesta dècada s'ha començat a diagnosticar a adults quan abans no es feia i, a més a més, els avenços han permès millorar el procés de detecció. Sembla que l'origen d'aquesta presumpta sobrediagnosticació es deu a que molts professionals no experts, s'han vist forçats per la seva pròpia tranquil·litat, a diagnosticar i etiquetar i, des de la part privada s'estan fent molts diagnòstics de TDAH sense una profunda exploració de tot el que comporta el procés de diagnòstic. Afegeixo que, tot i que és un tema amb el qual hem de ser molt prudents, s'ha de vigilar amb l'abús de medicació i evitar que professionals amb interessos farmacològics no espatllin el que molts altres han estat investigant durant molts anys.



L'abordatge és el tema que més interessa des del punt de vista psicopedagògic i educatiu, del qual parteixo. Des de sempre, les persones que patien aquest trastorn i les seves famílies, han rebut el que se'n diu "Tractament farmacològic i teràpia cognitivo-conductual". En aquest projecte, s'ha vist que això no és suficient i, molt menys s'ha d'aplicar d'entrada. Partim d'un trastorn multicausat que hauria de requerir un abordatge multimodal; per tant, és imprescindible que comencem amb intervencions psicològiques, psicopedagògiques i psicosocials (individuals i/o familiars), aplicant els psicoestimulants només en excepcions extremes (Mabres et al., 2012), en què els altres abordatges no són suficients.

Tot i així, l'experiència amb les entrevistes m'ha demostrat que les coses no són tan senzilles i, la dificultat amb què es troben a les aules va encara més enllà. Ens trobem enmig d'un oasi que la societat ha generat, degut al malestar social que estem vivint i que moltes famílies transmeten als seus fills, provocant en ells uns símptomes que són propis del TDAH i etiquetant-los com persones amb una patologia. Quan comences a intervenir te n'adones que aquests infants milloren molt amb el simple fet d'escoltar-los, i treballant amb les famílies. Això ens fa adonar que potser el problema que més preocupa és la dificultat d'atendre a aquest alumnes ja que les seves famílies és queden amb un diagnòstic i una etiqueta, que ja els hi està bé. Per tot això, pensen i estic d'acord que abordar el símptoma no és suficient; hem d'anar més enllà i atacar des d'una visió global, veure a la persona en tota la seva complexitat i, a partir d'aquí, començar a intervenir, adequant-nos a cada cas concret. També cal ser conscients que, des de l'àmbit psicopedagògic i educatiu no interessa tant discutir quina és l'etiologia, quants diagnòstics s'estan fent, ni si existeix o no el trastorn; el que cal és atendre aquest infants que, encara que no compleixin criteris i estan al límit, encara que se'ls hagi fet un diagnòstic erroni o, que realment tenen TDAH, tots aquest infants estan patint i se'ls ha d'ajudar i atendre'ls com cal. Això és el que ha de comportar la nostra feina.

En aquesta recerca s'ha contextualitzat d'una manera crítica la posició de moltes entitats a Catalunya, pel que fa a l'esborrany de la guia TDAH organitzada pel Departament d'Ensenyament. El passat mes de juny es va fer la presentació, en la qual tots aquest professionals no hi van prendre part, degut al malestar que els hi havia creat tot plegat. Un cop llegit el resultat final, a diferència de l'esborrany, considero que ha millorat en alguns aspectes, que penso que ha estat gràcies a les innumbrables queixes esmentades. Voldria destacar tres punts claus: en primer lloc, quan es parla de diagnòstic ja no s'especifiquen els professionals que l'han de desenvolupar, per tant, la queixa del COPC (2012) que feia referència al no nomenament dels Psicòlegs dintre del camp de la Salut Mental, ja queda



difuminada. En segon terme, l'apartat destinat a medicació ha desaparegut. Anomenen de passada l'abordatge però no hi ha un apartat especial per aquest aspecte. I, en tercer i últim terme, el redactat sembla més neutral, no es percep una posició determinista d'un sector d'experts com es pot veure a l'esborrany i altres guies de TDAH. Tot i així, penso que encara hi ha aspectes que caldria revisar i millorar, com ara el procés de diagnòstic i l'intrusisme professional que es reflecteix en l'explicació.

Per recollit tot això, la Junta de govern del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC), va redactar un segon comunicat sobre la incidència del TDAH a Catalunya<sup>26</sup>. En aquest redactat fa una explicació molt coherent sobre el TDAH i afegeix que, finalment, el COPC va estar convidat a participar en la comissió que va elaborar la Guia TDAH adreçada als EAPs i la Guia que elabora el Departament de Salut. La seva participació en aquesta comissió parteix d'un posicionament crític i, alhora, de la voluntat de no quedar exclosos en aquest procés. Tenen el deure de poder assenyalar la inconveniència i la inoportunitat del sobrediagnòstic a partir d'una certa detecció i la importància de considerar l'opinió dels professionals que treballen a les diverses xarxes d'atenció a la població infantil i juvenil, els quals el COPC, d'alguna manera, escolta i representa.

Calen més investigacions per avançar, tant en la medicina com en la psicopedagogia i la psicologia. Hi ha molts professionals per tractar la ciència, però també cal convergència, trobar punts d'unió, valorar les diferents visions, obrir el ventall de mirades per poder actuar des de diferents punts i en concordança. No podem pretendre no contemplar la visió de professionals que, dia a dia, estan en contacte directe amb aquest trastorn; l'han d'abordar i coneixen la realitat amb l'experiència quotidiana. Només demanem que es consideri l'opinió de tothom i, llavors, cadascú que reflexioni i intervingui en funció d'uns criteris ben construïts.

Per acabar, voldria remarcar tot allò que m'ha aportat aquest projecte d'investigació i intervenció psicopedagògica. Tenint en compte tota la formació rebuda al màster i la que he experimentat amb aquest treball, he pogut adoptar certs coneixements i temes a reflexionar sobre la raó que m'ocupa, el TDAH. Em sento satisfeta per haver après molt en quant a teoria, però el que m'emporto d'aquesta experiència és el fet d'haver pogut conèixer a diferents professionals que estudien dia a dia aquest trastorn, i que m'han transmès diferents visions sobre la realitat, la qual he pogut modelar i fer-la meva. Com a futura

---

<sup>26</sup> Podeu trobar-lo al següent enllaç: <http://diversitatenxarxa.blogspot.com.es/2013/10/el-tdah-deteccio-i-actuacio-en-lambit.html>



professional, considero que el més important és formar-se des de diferents perspectives, obrir el ventall de mirades i, llavors, poder establir un criteri propi que em guïï en les meves actuacions.



## 8. Referències Bibliogràfiques

Ajuntament Sant Vicenç dels Horts (2013). Recuperat: 31 juny, 2013. Disponible a: <http://www.svh.cat/>.

Amador, J. A., Forns, M. & González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Síntesis.

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

Bebés y más (2013). *El psiquiatra que descubrió el TDAH confesó antes de morir que es una enfermedad ficticia*. Recuperat: 18 juny, 2013. Disponible a: <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/el-psiquiatra-que-descubrio-el-tdah-confeso-antes-de-morir-que-es-una-enfermedad-ficticia>.

Catalunya Ràdio (2013). *Parlem del trastorn per déficit d'atenció amb hiperactivitat*. Recuperat: 20 febrer, 2013. Disponible a: <http://www.catradio.cat/audio/703559/Parlem-del-trastorn-per-deficit-datencio-amb-hiperactivitat>.

Casajús, A. M. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con TDAH*. Barcelona: Horsori.

Clements, S. D. (1966). *Minimal Brain Dysfunction in Children. Terminology and Identification* (USPH Publication núm. 1415) Washington, U. S.: Government Printing Office.

Declaración de Consenso de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) (2007). Diagnóstico y tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*, M2, 49-56.

Diller, L. & Goldstein, S. (2007). Ciencia, ética y tratamiento psicosocial del TDAH. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*, M2, 17-22.

Diversitat en Xarxa (2013). *Materials sobre el TDAH elaborats pel Grup de Treball experiències didàctiques en pedagogia terapèutica a l'educació infantil i primària curs 2004-05*. Recuperat: 13 abril, 2013. Disponible a: <http://diversitatenxarxa.blogspot.com.es/2013/02/materials-sobre-el-tdah-elaborats-pel.html>.



Douglas, V. (1972). Stop, look and listen. The problem of sustained attention impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 159-182.

Farré, A. (2013). Reflexions entorn al TDAH i l'assessorament psicopedagògic. *Àmbits de Psicopedagogia. Revista Catalana de Psicopedagogia i Educació*, 37, 8-10.

Ferré, J. (2002). *Los trastornos de la atención y la hiperactividad. Diagnóstico y tratamiento neurofuncional y causal* (2ª Ed.). Barcelona: Lebrón.

Francesch, J. (2013). Nota informativa de l'ACPEAP sobre la guia TDAH del Departament d'Ensenyament. *Àmbits de Psicopedagogia. Revista Catalana de Psicopedagogia i Educació*, 37, 6.

Garrido, V. (2012). *El TDAH en la edad escolar: Programa de Intervención en el aula para alumnos con TDAH y orientaciones para las familias y docentes*. Treball final de màster per optar al títol de Neuropsicologia i Educació, Universitat Internacional de la Rioja, Jaén, Espanya.

Grupo de Trabajo de la GPC (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Recuperat: 18 juny, 2013. Disponible a:  
[http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc\\_tdah\\_hiperactividad\\_aiaqs2010\\_compl.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tdah_hiperactividad_aiaqs2010_compl.pdf).

Joselevich, E., Bernaldo de Quirós, G., Giusti, E., Heydl, P., Michanie, C., Soprano, A. M. & Vainer, V. (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D. / H.D.) en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.

Junta de Govern del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC) (2012). *Comunicat de la Junta de Govern del COPC sobre la Guia TDAH del Departament d'Ensenyament*. Recuperat: 12 maig, 2013. Disponible a:  
<http://www.copc.cat/Canals/Ficha.aspx?IdMenu=e34b0313-d4d8-4d57-a344-5b9e1dff85d2&Cod=069443c2-49cb-4a50-8f57-cfa79cf5ae53>.

Lasa, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*, M2, 9-16.



- Mabres, M., Escardíbul, M., Lasa, A., López, A., Martínez, B. Miró, M. T., Montaner, A., Moya, J. & Segú, S. (2012). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH*. Barcelona: Octaedro.
- Madrid, F. (2009). Impacto del TDAH en la vida familiar i social. A M. A. Martínez i H. Conde (Eds.), *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo* (pp. 79-83). Burgos: Universidad de Burgos.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., & Romero, B. (2011). *Guía pràctica para educadores. El alumno con TDAH* (4ª Ed.). Barcelona: Mayo ediciones.
- Miranda, A., Presentación, M. J. & Jarque, S. (2009). La intervención con estudiantes con TDAH: hacia un enfoque contextualizado y multidisciplinar. A J. N. García Sánchez (Ed.), *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo* (pp. 303-318). Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2009). ¿Por qué se habla tanto del TDAH? Conocer ayuda a comprender. A M. A. Martínez i H. Conde (Eds.), *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo* (pp. 13-30). Burgos: Universidad de Burgos.
- Moriyama, T., Cho, A., Verin, R., Fuentes, J. & Polanczyk, G. (2012). Externalizing Disorders. Attention Deficit Hyperactivity Disorder [Versió electrònica]. *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, D.1*, 1-23. Recuperat: 18 juny, 2013. Disponible a: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/D.1-ADHD-072012.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Orjales, I (2012). Claves para prevenir el fracaso escolar en niños con TDAH. En A. Perote & R. Serrano (coords.) (Eds.), *TDAH: origen y desarrollo* (99-121). Madrid: IMC.
- Parellada, M. (coord.) (2009). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza.
- Paula, I. (s/d). *Disfunciones ejecutivas en el TDAH e implicaciones para su manejo en el aula*. (annex).
- Planes, J. M. (2012). *Valoració de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) sobre la Guia TDAH elaborada pel Departament d'Ensenyament*. Recuperat: 13 maig, 2013. Disponible a: <http://diversitatensexarxa.blogspot.com.es/search/label/TDAH>





- Presentación, M. J., Miranda, A. & Amado, L. (2009). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: avances en torno a su conceptualización, bases etiológicas y evaluación. A J. N. García Sánchez (Ed.), *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo* (pp. 287-302). Madrid: Pirámide.
- Prisma. Serveis psicopedagògics (s/d). *Trastorn per deficit d'atenció amb o sense hiperactivitat. Modul 1. Història i conceptes fonamentals*. Recuperat: 2 Maig, 2013. Disponible a: [http://www.prisma.cat/doc/lectures/tdah/tdah\\_m1.pdf](http://www.prisma.cat/doc/lectures/tdah/tdah_m1.pdf).
- Prisma. Serveis psicopedagògics (s/d). *Trastorn per deficit d'atenció amb o sense hiperactivitat. Modul 2. Detecció, diagnòstic i tractament*. Recuperat: 2 Maig, 2013. Disponible a: [http://www.prisma.cat/doc/lectures/tdah/tdah\\_m2.pdf](http://www.prisma.cat/doc/lectures/tdah/tdah_m2.pdf).
- Prisma. Serveis psicopedagògics (s/d). *Trastorn per deficit d'atenció amb o sense hiperactivitat. Modul 3. Dificultats d'aprenentatge associades al TDAH*. Recuperat: 2 Maig, 2013. Disponible a: [http://www.prisma.cat/doc/lectures/tdah/tdah\\_m3.pdf](http://www.prisma.cat/doc/lectures/tdah/tdah_m3.pdf).
- Puig, C. & Balés, C. (2003). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H)*. Infancia y desarrollo especial. Barcelona: CEAC.
- Rief, S. F. (2000). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez, C., Álvarez, D., González-Castro, P., García, J. N., Álvarez, L., Núñez, J. C. & Bernado, A. (2009). TDAH y Dificultades de Aprendizaje en escritura: comorbilidad en base a la Atención y Memoria Operativa. *European journal of education and psychology*, 2(3), 181-198. Recuperat: 7 maig, 2013. Disponible a: [http://ejep.es/index.php/journal/article/view/31/pdf\\_44](http://ejep.es/index.php/journal/article/view/31/pdf_44).
- Solovieva, Y., Quintanar, L. & Del Rosario, M. (2003). Análisis de las funciones ejecutivas en niños con déficit de atención. *Revista Española de Neuropsicología*, 5 (2), 163-176.
- Soutullo, C., Garcia, I., Figueroa, A., Carballo, J. J., Díez, A. & Machiñena, K. (2009). Comorbilidad psiquiàtrica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. A M. A. Martínez i H. Conde (Eds.), *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo* (pp. 65-77). Burgos: Universidad de Burgos.



Martínez i H. Conde (2009), *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo*. Burgos: Universidad de Burgos.

### **DOCUMENTS REVISATS**

Apunts de classe d'Isabel Paula, curs 2012-2013. Assignatura "Avaluació i Intervenció dels Trastorns del Desenvolupament i de la Conducta".



## 9. Annexos

A continuació, exposo detalladament un guió dels documents adjunts a l'annex del meu treball, tal i com es pot veure reflectit als diferents peu de pàgina. No obstant, per a la seva publicació no he pogut adjuntar-los tots, degut a la seva extensió.

Podem trobar lectures, quadres i figures que detallen la informació del marc teòric. A més a més, no es pot perdre l'oportunitat de reflectir la realitat psicopedagògica exposada a la contextualització a partir dels articles que tracten la controvèrsia de la situació amb el TDAH, en l'actualitat. Podria posar molt material en aquest punt, però crec que aquest treball ja contempla tot el que es necessitaria saber en el context educatiu i psicopedagògic i que, pel que fa a la part més pràctica d'intervenció, les estratègies, es poden trobar a la majoria de guies com, també, ser innovadors i crear les pròpies a l'escola, adequant-les a cada cas concret.

Per a més informació podeu contactar amb mi mitjançant el següent correu electrònic: [cris.sanchis28@gmail.com](mailto:cris.sanchis28@gmail.com)

### Guió dels annexos

**Annex 1:** Disfuncions Executives en el TDAH i implicacions pel seu maneig a l'aula.

**Annex 2:** Sistemes de Classificació Internacional i Criteris Diagnòstics.

**Annex 3:** L'iceberg del TDAH.

**Annex 4:** Conners' Rating Scales-Revised.

**Annex 5:** Escala d'avaluació del trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (EDAH).

**Annex 6:** Ciència, ètica i tractament psicosocial del TDAH.

**Annex 7:** Diagnòstic i tractament del TDAH (NIH).

**Annex 8:** Comunicat de COPC sobre la guia TDAH del D.E.

**Annex 9:** Nota de l'ACAP sobre la guia TDAH del D.E.

**Annex 10:** Nota de l'ACPEAP sobre la guia TDAH del D.E.

**Annex 11:** Esborrany de la guia TDAH del Departament d'Ensenyament.



**Annex 12:** El TDAH en el moment actual: controvèrsies, divergències i convergències.

**Annex 13:** Reflexions entorn del TDAH i l'Assessorament Psicopedagògic.

**Annex 14:** Estructura de l'entrevista als professionals de l'EAP, CSMIJ i GAME.

**Annex 15:** Estructura de l'entrevista als MEE i Psicopedagogues Escoles de Primària.

**Annex 16:** Situació de les Escoles de Primària de St. Vicenç dels Horts.

**Annex 17:** Tècniques pel control del comportament o modificació de conducta.

**Annex 18:** El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu. Guia per a mestres i professors.



ANNEX 2

SISTEMES DE CLASSIFICACIÓ INTERNACIONAL I CRITERIS DIAGNÒSTICS DEL TDAH

Segons APA (2002), els criteris que descriu la classificació del DSM-IV-TR pel diagnòstic del TDAH són:

A. Cal que es compleixin criteris (1) o (2)

(1) Sis (o més) dels següents símptomes de desatenció han persistit com a mínim durant sis mesos amb una intensitat que és desadaptativa i incoherent en relació amb el nivell de desenvolupament:

**Manca d'atenció:**

- a) Sovint no para atenció suficient als detalls o incorre en errors per distracció en les tasques escolars, en el treball o en altres activitats.
- b) Sovint té dificultats per mantenir l'atenció en tasques o en activitats lúdiques.
- c) Sovint sembla no escoltar quan se li parla directament.
- d) Sovint no segueix instruccions i no finalitza tasques escolars, encàrrecs, o obligacions en el centre escolar (no es deu a un comportament negativista o a una incapacitat per comprendre instruccions).
- e) Sovint té dificultats per organitzar tasques i activitats.
- f) Sovint evita tasques que requereixen un esforç mental sostingut (com treballs escolars domèstics) i pot disgustar-li el fet d'haver-s'hi de dedicar.
- g) Sovint extravia objectes necessaris per dur a terme tasques o activitats (per exemple joguines, exercicis escolars, llibres o eines).
- h) Sovint es distreu fàcilment per estímuls irrelevantes.
- i) Sovint és descarat amb les activitats diàries.

(2) Sis (o més) dels següents símptomes d'hiperactivitat-impulsivitat han persistit almenys durant sis mesos amb una intensitat que és desadaptativa i poc lògica en relació al nivell de desenvolupament:

**Hiperactivitat**

- a) Sovint mou en excés mans o peus, o es remou en el seu seient.
- b) Sovint abandona el seu seient, a classe o en altres situacions que s'espera que romangui assegut.
- c) Sovint corre o salta excessivament en situacions que és inadequat fer-ho (en adolescents o adults pot limitar-se a sentiments



subjectius d'inquietud).

- d) Sovint té dificultats per jugar o dedicar-se tranquil·lament a activitats d'oci.
- e) Sovint "està ocupat" o sol actuar com si "estigués impulsat per un motor".
- f) Sovint parla en excés.

#### **Impulsivitat**

- a) Sovint emet bruscament les respostes abans d'haver estat acabades les preguntes.
- b) Sovint té dificultats per esperar el seu torn.
- c) Sovint interromp o s'entremet en les activitats d'altres (per exemple, en converses jocs).

B. Alguns símptomes d'hiperactivitat-impulsivitat o desatenció que causaven alteracions eren presents abans dels set anys d'edat.

C. Algunes alteracions provocades pels símptomes es presenten en dos o més ambients (per exemple, a l'escola i a casa)

D. Han d'existir proves clares d'un deteriorament clínicament significatiu del funcionament social, acadèmic o laboral.

E. Els símptomes no apareixen exclusivament en el transcurs d'un trastorn generalitzat del desenvolupament, esquizofrènia o un altre trastorn psicòtic, i no s'expliquen millor per la presència de cap altre trastorn mental.

Quadre 1. Criteris diagnòstics de la Classificació Internacional de la Salut del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Existeixen diversos subtipus, segons predomini la hiperactivitat o la falta d'atenció. El trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat de *tipus combinat* es caracteritza per satisfer els criteris A1 i A2 durant els últims 6 mesos. En el trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat *amb predomini del dèficit d'atenció* se satisfà el criteri A1, però no el criteri A2 durant els últims sis mesos. El trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat *amb predomini hiperactiu-impulsiu* satisfà el criteri A2, però no el criteri A1 durant els últims sis mesos. En el cas que no es compleixin els criteris establerts per qualsevol dels subtipus esmentats, es diagnostica com a "trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat no especificat".



A continuació, en el quadre següent podem observar els criteris del manual CIE- 10 de trastorns mentals i del comportament, elaborat per l'Organització Mundial de la Salut (1992), sobre el trastorn hipercinètic:

S'han de donar alguns dels tres símptomes principals (inatenció, hiperactivitat i impulsivitat) per establir el diagnòstic; com a mínim sis d'inatenció, tres d'hiperactivitat i almenys un d'impulsivitat:

#### **Dèficit d'atenció**

1. Freqüent incapacitat per mostrar atenció pels detalls i errors com a conseqüència de la distracció en les tasques escolars i en altres activitats.
2. Freqüent incapacitat per mantenir l'atenció en les tasques o en el joc.
3. Sovint aparenta no escoltar el que se li diu.
4. Impossibilitat persistent per realitzar les tasques escolars assignades o altres missions.
5. Disminució de la capacitat per organitzar tasques i activitats.
6. Sovint evita o se sent marcadament incòmode davant de tasques com els deures escolars, que requereixen un esforç mental sostingut.
7. Sovint perd objectes necessaris per determinades tasques o activitats (material escolar, llibres, etc. ).
8. Es distreu fàcilment davant d'estímuls externs.
9. Amb freqüència s'oblida de les activitats diàries.

#### **Hiperactivitat**

1. Amb freqüència mostra inquietud amb moviments de mans o peus, o movent-se excessivament en el seu seient.
2. A classe o en altres situacions en les quals s'espera que romangui assegut abandona el seient.
3. Sovint corre o grimpa en excés en situacions inadequades.
4. És inadequadament sorollós en el joc o té dificultats per entretenir-se tranquil·lament amb activitats lúdiques.
5. Persistentment exhibeix un patró d'activitat excessiva que no és modificable substancialment pels requeriments de l'entorn social.

#### **Impulsivitat**

1. Amb freqüència fa exclamacions o respon abans que se li facin les preguntes completes.
2. Sovint és incapaç d'esperar torn a les cues o en altres situacions de grup.
3. Sovint interromp o s'entremet en els assumptes d'altres.





4. Amb freqüència parla en excés sense contenir-se davant les situacions socials.

- L' inici del trastorn no és posterior als set anys.
- Els criteris s'han de complir en més d'una situació.
- Els símptomes d'hiperactivitat, dèficit d'atenció i impulsivitat ocasionen malestar clínicament significatiu o una alteració en el rendiment social, acadèmic o laboral.
- No compleix els criteris per a trastorn generalitzat del desenvolupament, episodi maníac, episodi depressiu o trastorn d'ansietat.

Quadre 2. Criteris diagnòstics de la Classificació Internacional de la Salut del CIE-10 (OMS, 1992).



## ANNEX 3

# EL ICEBERG DEL TDAH

¡Sólo un 1/8 del iceberg es visible!  
La mayor parte está oculta bajo la superficie

## LA PUNTA DEL ICEBERG: Conductas visibles del TDAH

### HIPERACTIVIDAD

Inquieto Habla mucho  
Se mueve mucho No puede estar sentado y tranquilo  
Corretea, trepa, se sube a muebles u otros sitios.  
Siempre en marcha

### IMPULSIVIDAD

Le falta autocontrol Le cuesta esperar su turno  
Suelta lo primero que se le ocurre Interrumpe  
Dice mentiras Se entromete  
Es contestón Pierde los estribos

### DESATENCIÓN

Desorganizado No acaba lo que empieza  
No atiende Es olvidadizo  
Parece no escuchar Se distrae fácilmente  
Comete errores por descuido Pierde cosas  
No hace las tareas escolares

## "ESCONDIDAS BAJO LA SUPERFICIE" ¡Conductas menos visibles!

### LOS DÉFICITS DE NEUROTRANSMISORES

#### AFECTAN A LA CONDUCTA

Niveles insuficientes de norepinefrina,  
dopamina y serotonina  
afectan a la actividad cerebral  
en tareas cognitivas.

#### FUNCIONES EJECUTIVAS DÉBILES

Memoria de trabajo y recuerdo  
Activación, alerta y esfuerzo  
Lenguaje interno  
Control de las emociones  
Solución a problemas complejos

#### SENTIDO DEL TIEMPO ALTERADO

No mide correctamente el paso del tiempo  
Pierde el sentido del tiempo  
A menudo llega tarde  
No tiene habilidades de planificación  
Se olvida de los proyectos a largo plazo o  
los cumple con retraso  
Le cuesta calcular el tiempo que llevará hacer una tarea  
Le cuesta hacer planes de futuro  
Impaciente  
Odia esperar  
El tiempo le pasa muy despacio  
Tarda muchísimo con las tareas escolares  
Evita hacer los deberes

#### ALTERACIONES DEL SUEÑO (56%)

No tiene un sueño reparador  
Le cuesta dormirse  
Le cuesta despertarse  
Llega tarde a la escuela  
Se queda dormido en clase  
Le faltan horas de sueño  
Esta irritable  
Discute con los padres por las mañanas

#### NO APRENDE FÁCILMENTE A PARTIR DE PREMIOS O CASTIGOS

Repite su mala conducta  
Cuesta disciplinarlo  
Sigue las reglas con dificultad  
Le cuesta controlar su propia conducta  
No reflexiona sobre su conducta pasada  
No aprende de su conducta pasada  
Actúa sin tener en cuenta el pasado  
Necesita gratificación inmediata  
Los premios a largo plazo no funcionan  
No examina su propia conducta  
Le cuesta modificar su conducta

### ALTERACIONES COMÓRBIDAS

2/3 presentan al menos otra alteración

Ansiedad (34%) Depresión (29%)  
Trastorno bipolar (12%) Abuso de sustancias (5-40%)  
Síndrome de Tourette (11%)  
Trastorno obsesivo-compulsivo (4%)  
Trastorno oposicionista desafiante (51-67%)  
Trastorno de conducta (22-43%)

### IMPORTANTES DIFICULTADES DE APRENDIZAJE (80%)

Dificultades específicas de aprendizaje (25-50%)  
Memoria de trabajo pobre Le cuesta memorizar  
Se olvida de las peticiones de padres y maestros  
Lento haciendo cálculos matemáticos (26%)  
Problemas con la ortografía (24%)  
Pobre expresión escrita (65%)  
Le cuesta escribir redacciones, trabajos  
Lento recordando la información  
Comprensión oral y escrita pobres  
Le cuesta describir el mundo usando palabras  
Le cuesta combinar palabras con rapidez  
Desorganizado  
Procesamiento cognitivo lento  
Pobre coordinación motor  
Mala caligrafía  
Desatención Estilo de aprendizaje impulsivo

### BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

Dificultad para controlar las emociones  
Es de genio rápido Reacciona emocionalmente  
Pierde fácilmente los estribos  
Puede abandonar sus objetivos fácilmente  
No es perseverante  
Habla o actúa sin pensar  
Preocupado por sus sentimientos  
Le cuesta entender el punto de vista de los demás  
Puede ser egoísta  
Puede ser egoísta

El TDAH es a menudo mucho más complejo de lo que la gente cree!

Aunque que los iceberg, muchos problemas relacionados con el TDAH no son visibles. El TDAH puede ser leve, moderado o severo,  
y el problema que concierne con otras alteraciones, y que sea una característica para algunos estudiantes.

© 2003 Alex Zeigler



## ANNEX 8



Col·legi Oficial de  
Psicòlegs de Catalunya

COMUNICAT DE LA JUNTA DE GOVERN DEL COPC  
SOBRE LA GUIA TDAH DEL DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya vol expressar la seva valoració sobre la Guia TDAH elaborada per la Conselleria d'Ensenyament.

I ho vol fer manifestant, en primer lloc, la seva sorpresa i el seu malestar perquè el COPC no hagi estat consultat en el procés d'elaboració ni, tan sols, inclòs en la llista d'entitats a les que s'ha demanat una valoració de la mateixa, abans de la seva publicació en DOGC.

Segons es desprèn del contingut de l'esmentada Guia, els psicòlegs no són tinguts en compte en cap moment com a professionals implicats en un procés de detecció i/o diagnòstic de possibles casos de TDAH. De fet, quan en el text es fa referència als professionals de la salut, es nombra específicament a "pediatres, neuròlegs i psiquiatres", fent ommissió dels psicòlegs, que tampoc són nomenats quan es fa referència als "especialistes en salut mental".

Aquest fet és particularment significatiu quan es constata que el propòsit central de la Guia es promoure una tasca de detecció i pre-diagnòstic de possibles casos de TDAH, que hauria de ser realitzada pels mestres i professors, en la línia d'unes declaracions recents de la Consellera d'Ensenyament, en les que, referint-se a aquest projecte, afirmava que els professors faran de "metges de capçalera" en el tema del TDAH.

---

Per bé que en el text s'afirma que les valoracions fetes pels professors hauran de ser validades per un equip de salut mental infanto-juvenil, resulta obvi que la funció que es pretén atribuir als docents queda del tot fora del seu àmbit de competències i promou, des de una instància institucional, un veritable intrusisme professional: s'atribueix als professors una funció de detecció (que implica sempre una dimensió diagnòstica), i s'exclou totalment als psicòlegs – que no són ni tan sols nomenats – d'un procés en el que els correspondria participar, i que apareix com exclusiu dels metges. Aquests, cal dir-ho, queden també al marge d'un procés que ha de ser realitzat en tot moment per especialistes.

Paradoxalment, l'autor més citat en el text a l'hora de definir i fonamentar el TDAH – R.A. Barkley – és un psicòleg, autor de referència en aquest àmbit.

El TDAH és, a més, una entitat nosològica sense un consens ple entre els professionals de la salut mental (psicòlegs clínics i psiquiatres), motiu pel qual la Conselleria d'Ensenyament hauria fet bé de comptar amb un assessorament que tingués en compte la diversitat de punts de vista existents.



Col·legi Oficial de  
Psicòlegs de Catalunya

D'altre banda, la medicalització de trastorns de la conducta i, en particular, l'ús de psicofàrmacs com els psicoestimulants en nens en edat escolar (metilfenidat i atomoxetina), és una pràctica que s'ha generalitzat en els darrers anys, donant lloc a situacions de probables excessos, sobre les quals s'ha pronunciat recentment el Comitè de Nacions Unides responsable del seguiment de la Convenció dels Drets dels Infants, en les seves recomanacions a l'Estat espanyol.

En aquest context, creiem que l'esmentada Guia dóna per suposada la idoneïtat del tractament farmacològic dels possibles casos de TDAH, i encarrega, a més, als mestres i professors la tasca de exposar als pares quins són els tractaments adequats: els esmentats tractaments farmacològics i els psicoeducatius, en relació als quals els psicòlegs tampoc són tinguts en compte ni nombrats en cap moment. Aquest aspecte es especialment greu, si tenim en compte que existeix un perfil de psicòleg educatiu que ja desenvolupa tasques en el sistema escolar.

L'ús de qüestionaris com l'inclòs en l'esmentada Guia no està, per altre banda, lliure de objeccions metodològiques. De tot això es desprèn la necessitat de revisar en la seva totalitat el protocol que es pretén implantar de manera obligatòria, i potenciar les sinergies entre l'àmbit de l'ensenyament i les diverses xarxes i equips de salut mental infantil i infanto-juvenil, en les que psicòlegs clínics i psiquiatres realitzen habitualment les seves tasques de detecció, diagnòstic diferencial i tractament.

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya

Barcelona, 8 de novembre de 2012



**ANNEX 9****VALORACIÓ DE L'ASSOCIACIÓ CATALANA D'ATENCIÓ PRECOÇ (ACAP)  
SOBRE LA GUIA TDAH, ELABORADA PEL DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT**

La Junta de l'ACAP ha analitzat el contingut de la Guia TDAH elaborada pel Departament d'Ensenyament, i que ens va ser remesa a través del Departament de Benestar Social i Família. Considerem positiu que el Departament d'Ensenyament vulgui comptar amb la opinió de entitats i professionals abans d'iniciar l'aplicació d'un projecte d'aquestes característiques.

Dit això, volem manifestar una valoració global de la iniciativa a la que respon la esmentada Guia i, a continuació, una sèrie de consideracions més puntuals.

Volem manifestar la nostra total disconformitat amb el projecte de dur a terme a les escoles, i per part dels mestres i professors, una detecció de possibles casos de TDAH, en base a un qüestionari que remet als corresponents ítems del DSM IV-TR. I això en base a diverses raons:

- = Pensem que la utilització de qüestionaris com l'inclòs en la Guia TDAH implica sempre una funció diagnòstica, que ha de ser realitzada pels professionals adients (psicòlegs, psiquiatres, neuròlegs).
- = Constatem que el TDAH està sent objecte d'un molt probable sobrediagnòstic, que condueix, en molts casos, a la prescripció d'una medicació psicoactiva, amb preocupants i prou coneguts efectes secundaris.
- = Considerem que el conjunt del protocol que conforma la Guia TDAH està tendenciosament orientat a la promoció del tractament farmacològic, ometent el fet que no hi ha consens acadèmic ni professional sobre el esmentat trastorn (pel que fa al seu estatut nosològic, a la seva etiologia i a la seva patogènia).
- = Creiem que la promoció d'un diagnòstic com el del TDAH, del que ja se'n fa un ús probablement excessiu, contribuirà negativament a l'adequat diagnòstic de molts altres factors que incideixen en l'adaptació i el rendiment escolar de molts nens: problemàtiques familiars i socials greus, creixent manca de recursos a les escoles, altre tipus de trastorns emocionals, etc.



A totes aquestes qüestions fa referència el Comitè de Nacions Unides pels Drets de l'Infant, que realitza l'Informe anual sobre el grau de compliment, a cada país membre, dels principis i els acords de la Convenció dels Drets dels Infants. Així, a l'informe corresponent a l'any 2010 (pàgina 11 - Salut i accés a serveis sanitaris) el esmentat Informe indicava a l'Estat Espanyol el següent (1):

*“El Comitè expressa també la seva preocupació per la informació que indica un augment, en un període curt, en la prescripció de psicoestimulants a infants diagnosticats amb un trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH).”*

*“El Comitè recomana a l'Estat part que examini amb cura el fenomen de la prescripció excessiva de medicaments als infants i adopti iniciatives per a proporcionar als infants diagnosticats amb un TDAH i altres trastorns del comportament, així com als seus pares, mares i mestres, accés a una àmplia gamma de mesures i tractaments educatius i psicològics.”*

D'altra banda, entenem que el plantejament de base, i moltes de les propostes concretes de la Guia TDAH, són contràries a les conclusions de l'estudi realitzat per l'Observatori de Salut Mental i Comunitària de Catalunya (OSAMCAT), i dirigit per la Dra. Maria Teresa Anguera, Vicerectora de la Universitat de Barcelona, i el Dr. Josep Moya, coordinador de l'OSAMCAT. Aquest estudi, encarregat per la Conselleria d'Ensenyament en compliment d'una resolució del Parlament de Catalunya, formulava, entre d'altres, les següents recomanacions (2):

*“El diagnòstic del TDAH ha de ser realitzat per professionals especialitzats, de tal manera que s'evitin les etiquetes diagnòstiques de professionals no especialistes”.*

*“Es recomana seguir els criteris de l'OMS (Organització Mundial de la Salut) per tal de facilitar l'adopció de mesures que diferencien entre alumnes amb simptomatologia TDAH (sense comorbiditat) i alumnes amb problemes conductuals.”.*

*“Els qüestionaris i les escales de valoració mai poden substituir les entrevistes amb l'infant i la seva família”.*

*“És fonamental l'exploració directa amb l'infant, ja que és en aquesta on pot manifestar les dificultats i el patiment que, de vegades, pot ser negat per l'entorn”.*

Volem afegir, finalment, una sèrie de consideracions de caràcter més puntual:

= La esmentada Guia no fa referència en cap moment a la xarxa de CDIAPs ni al treball dels professionals de l'atenció precoç. Així, a la pàgina 14 es llegeix: “Si bé abans dels 6 anys no sol diagnosticar-se TDAH, podem observar en els infants alguns trets precoços que poden justificar una intervenció educativa específica i, fins i tot, la derivació als serveis de salut”.

= Considerem que aquest fet és molt rellevant, donat que els professionals de la xarxa de CDIAPs treballem en estreta coordinació amb l'escola –a nivell d'escola bressol i d'educació infantil- i participem molt directament en la detecció precoç i el diagnòstic diferencial dels trastorns que es poden produir en l'etapa 0-6.



= En els darrers anys, constatem un augment preocupant de casos de nens menors de 4 anys, que reben un diagnòstic de TDAH i la corresponent prescripció de psicoestimulants. No podem menys que pensar que la implantació a les escoles, i amb caràcter obligatori, d'un protocol de detecció de possibles casos de TDAH, generi un augment de casos de "mala praxi" i de "falsos positius", amb les conseqüències negatives que això comporta.

Els arguments expressats en aquest document poden ser resumits en la següent conclusió: creiem que aquesta iniciativa s'aparta de la que creiem que és la direcció correcta per a millorar la salut de la població infanto-juvenil: la potenciació del treball en xarxa entre els professionals de les diverses xarxes que l'atenen -escolars, socials, de salut mental, d'atenció precoç- i la millora dels recursos amb que compten.

Barcelona, 8 de novembre de 2012

*Josep M<sup>a</sup> Panés*

President de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP)

(1) Convenció sobre els Drets de l'Infant. Comitè dels Drets de l'Infant. Examen dels informes presentats pels Estats part en virtut de l'article 44 de la Convenció. Observacions finals: Espanya : [http://www.de0a18.net/pdf/drets\\_observacions.pdf](http://www.de0a18.net/pdf/drets_observacions.pdf)

(2) Anguera, M.T. i Moya, J. (2010). *Problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya. El trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat i els trastorns de conducta. Necessitats educatives que generen*. Departament d'Educació. Generalitat de Catalunya: [http://www20.gencat.cat/docs/Educacio/Home/Departament/Publicacions/Col\\_leccions/EducacioInclusiva/Educacio\\_inclusiva\\_4.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/Educacio/Home/Departament/Publicacions/Col_leccions/EducacioInclusiva/Educacio_inclusiva_4.pdf)





## ANNEX 10

# opinió

## NOTA INFORMATIVA DE L'ACPEAP SOBRE LA GUIA TDAH DEL DEPARTAMENT D'ENSENYAMENT

Hem sabut per la premsa que el Departament d'Ensenyament ha elaborat una Guia per a la detecció, identificació i intervenció del TDAH dins l'àmbit escolar. L'ACPEAP vol fer pública la seva preocupació pel que entenem que el Departament d'Ensenyament pretén amb aquest projecte.

La nostra preocupació es manifesta en dos àmbits: un més formal, respecte al procediment seguit en l'elaboració de la guia i la consulta posterior, on en cap moment s'ha tingut en compte l'opinió dels nostres professionals. En tot cas, no s'ha convidat a col·laborar l'associació, que representa quasi la meitat del col·lectiu, ni en la fase d'elaboració ni en la de consulta.

El segon àmbit, fa referència al contingut. Entenem que el Departament vol iniciar un abordatge per part dels professionals més propers: mestres i professors, dels alumnes des d'Atenció Primerenca fins a l'adolescent a l'ESO, per detectar uns trets que fan referència a una tipologia de trastorn centrada en la simptomatologia, traspassant a aquests professionals una responsabilitat que no els pertoca i per la qual no tenen tota la formació.

A més, l'amplificació mediàtica del trastorn està tenint com a conseqüències el sobrediagnòstic i l'excés de medicació que sovint aparten el focus del veritable problema i comporten un reduccionisme a l'hora d'avaluar els casos, obviant o minimitzant altres aspectes emocionals i l'entorn familiar i social.

Aquest debat no és nou, al novembre 2001, la Fundació Eulàlia Torras de Bea posa sobre la taula la discussió que el concepte d'hiperactivitat comporta, la imprecisió dels criteris diagnòstics de la síndrome i la canviant terminologia utilitzada des de començaments de segle. Es postula la necessitat del diagnòstic diferencial per excloure altres trastorns englobats en la psicopatologia clínica.

Ens inquieta i volem alertar sobre la tendència creixent de tractament farmacològic a l'atenció primària no especialitzada, amb l'únic objecte d'una reducció simptomatològica a curt termini, sense l'acompanyament imprescindible d'un estudi diagnòstic complet i d'un rigorós seguiment per part del pro-

fessional especialista responsable; els factors d'etiologia múltiple comporten opcions terapèutiques obligatòriament multi-dimensionals.

Per tot això, ens preocupa profundament l'abordatge tal i com s'està plantejant, i el paper que s'adjudica en aquest procés als professionals dels EAP que, vinculats i propers als centres educatius, són responsables, entre altres tasques, de detectar, observar i fer el seguiment dels alumnes amb dificultats, en intervencions interdisciplinàries, al llarg de la seva escolaritat.

Amb el benentès que enfront les dificultats en la creixença de determinats alumnes que presenten problemes al llarg del seu desenvolupament, i que de vegades cursen amb conflictes de caràcter social, s'han de considerar totes les variables i coneixements científics que puguin aportar llum sobre la identificació del problema, així com de les vies de la possible intervenció.

Manifestem el nostre acord amb el COPC i amb l'ACAP en el seu comunicats respecte a la Guia dirigits al departament d'ensenyament, i suggerim una reflexió que permeti ubicar el tema:

- conceptualment, tenint en consideració els diferents punts de vista respecte a aquests tipus de trastorns.
- quant a l'avaluació: respecte al procés de detecció i identificació, respecte als instruments, i principalment respecte al paper que cada un dels professionals ha de tenir en el procés.
- quant a la intervenció: mirant més enllà del tractament farmacològic i tendint a afavorir intervencions pluridisciplinàries que tinguin en compte els diferents contextos (escolar, familiar i social) en què l'alumnat es desenvolupa.

Barcelona, Gener 2013  
**Jaume Francesch**  
 President de l'ACPEAP



## ANNEX 13

ÀMBITS DE PSICOPEDAGOGIA núm 36, p 8-10

## REFLEXIONS ENTORN AL TDAH I L'ASSESSORAMENT PSICOPEDAGÒGIC

**Anna Farré i Riba**

Pedagoga. Equip d'assessorament psicopedagògic de Cornellà-Sant Joan Despi

### RESUMEN

El eco mediàtic del TDAH y la sintomatologia associada a dicha categoría diagnòstica ha generado el sobrediagnòstico y la sobremedicación de un alto porcentaje de alumnado a lo largo de su escolaridad, a la vez que ha reducido la mirada sobre las dificultades educativas a una óptica neurobiológica casi excluyente. Este fenómeno ha provocado una polarización de posiciones en el campo de la psicopedagogía, la psiquiatría y la educación en general. Desde una reflexión personal y autocrítica se quiere generar opinión para consensuar criterios de intervención que, sin excluir las aportaciones de las neurociencias, permitan contemplar el individuo desde su plenitud personal y social.

### ABSTRACT

The media impact of ADHD and associated symptoms has led to the over-diagnosis and psychotropic over-prescription of children throughout their school life, as well as reducing the gaze on the educational difficulties from a neurobiological perspective in a widely exclusive way. This phenomenon has led to a polarization of positions in the field of psychology, psychiatry and education in general. From a personal reflection and self-criticism, our goal is to generate opinion to reach consensus criteria for intervention in a whole idea of social and personal fulfillment.

En els darrers anys estem assistint a un fenomen de sobrediagnòsi social i mediàtica d'un trastorn caracteritzat per dificultats d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat: el TDAH. Potser la familiaritat dels seus trets, que formen part de la normalitat en les primeres fases del desenvolupament, n'ha popularitzat el nom i ha generat la creença que, qualsevol persona que identifica aquests trets als infants pot fer-ne el diagnòstic, i que qualsevol dels nens o nenes que en algun moment mostren impulsivitat, dificultats d'atenció o excés d'activitat és susceptible de patir el trastorn, i per tant, també de rebre tractament farmacològic amb psicoestimulants.

A les aules tenim un alt percentatge de nens amb diagnòstic de TDAH, molts d'ells amb tractament farmacològic durant molts anys, i des dels mitjans de comunicació i des del propi Departament d'Ensenyament se segueix insistint que cal fer més detecció i sensibilitzar més els professionals de l'educació i les famílies sobre aquest tipus de trastorns.

Convé parar i reflexionar. Cal mirar com en altres països que ha succeït un fenomen semblant s'ha fet un pas enrere i s'està mirant de tornar les coses al seu lloc.

Es realment del TDAH que es parla? O hem de situar el fenomen dins una societat en ple canvi que havent perdut referents en busca de nous que li donin nou sentit? Parlem d'una societat canviant, que es troba en plena dispersió, sense objectius clars, pendent de tots els estímuls emergents, sense espera, sense capacitat de reflexió<sup>(1)</sup>. Han canviat els referents culturals, els models de família, els referents educatius, i en general els valors.

I és en aquest marc on prima la immediatesa, que davant

els problemes de l'escola busquem també respostes i solucions ràpides, sense pensar massa en quines són les causes que els motiven i molt menys des d'una perspectiva que ens permeti considerar els infants en tota la seva plenitud física, emocional, familiar i social. Ens resulta més fàcil classificar en categories i generalitzar les respostes, atribuir relacions causa-efecte sense donar gaire lloc a la variabilitat interpersonal, considerar només allò que és previsible i deslliura de responsabilitats l'entorn.

### QUIN PAPER HI TENIM ELS ASSESSORS PSICOPEDAGÒGICS?

Aquests darrers mesos ha sortit a la llum l'opinió de diferents sectors professionals respecte a la Guia TDAH elaborada pel Departament d'Ensenyament com a instrument de detecció, identificació i intervenció en l'alumnat amb TDAH. Amb aquest fet s'ha revifat la discussió que justament el curs passat es va iniciar arran dels cursos de formació per als professionals dels EAP i CREDA que també van posar en marxa des del departament i de clara tendència neurobiològica.

La línia d'abordatge de les necessitats educatives des del departament ha quedat definida de forma clara i aquesta posició ideològica ha provocat la polarització d'una qüestió de fons que va més enllà de la presentació d'unes guies o protocols de detecció i que suposa una actitud determinada davant les necessitats educatives i respecte l'educació en general.

S'han generat posicions enfrontades en espais on conviuen pacíficament diferents maneres de treballar i d'analitzar l'educació i els seus problemes, però que davant d'una envestida realitzada d'una manera potser massa excloent i poc respectuosa amb les línies de treball dels equips d'assessorament psicopedagògic i dels CREDA, han provocat una reacció de confu-





Anna Farré i Riba

sió i, en alguns casos, de certa hostilitat i manca d'acceptació.

Aquesta polarització fa referència al concepte d'educació i de necessitats educatives, al paper i funcions dels professionals dedicats a l'educació i a la psicopedagogia i, alhora, posa en qüestió un model d'intervenció i una llarga tradició dels serveis educatius que han creat un corpus científic i professional que defineix una manera de fer més comprensiva i més connectada amb la realitat personal i social de l'alumnat i de tota la comunitat educativa.

Cal ressituar el problema i analitzar la situació amb mesura, amb suficient autocrítica, i trobar línies que facilitin un consens i una pacificació que permeti seguir avançant.

No es tracta de desqualificar els avenços mèdics, ni negar l'etiologia orgànica en alguns dels trastorns que es manifesten a l'escola, sinó destacar la necessitat de tenir en compte que hi ha altres maneres de veure allò que dins el procés educatiu es desajusta a les previsions i a les expectatives dels adults. Hi ha altres mirades. Reduir la causalitat a l'àmbit neurobiològic, especialment quan parlem d'expressions tan comunes com la hiperactivitat, les dificultats d'atenció o la impulsivitat, té el risc evident de minimitzar el paper dels processos afectius i socials que poden canviar de manera substancial i profunda l'infant i la seva manera d'aprendre, de comportar-se o d'expressar les seves emocions. I aquesta visió tan esbiaixada de l'escola i de l'infant, incomoda profundament als professionals que des de fa molts anys acompanyem infants, famílies i professors en el procés educatiu.

Òbviament, en l'assessorament psicopedagògic no es pot viure al marge de la ciència. Existeixen classificacions nosològiques que a vegades faciliten l'entesa dins la comunitat científica i cal seguir avançant en les neurociències per trobar tot allò que permeti millorar en el diagnòstic i tractament dels trastorns en la infància. Però això no pot comportar la necessitat de *patologitzar* tots els comportaments que d'alguna manera es desvien de la norma i que, sovint, només responen a un ritme diferent en l'adquisició dels processos de la lectoescriptura o dels hàbits escolars o a la presència de factors emocionals, socials, culturals que res tenen a veure amb l'organicitat.

Fins ara, en el TDAH i altres trastorns afins, hi ha hagut una tendència a l'exclusió afectiva i social, a marcar el trastorn com predominantment biològic i a tractar-lo conseqüentment amb fàrmacs, malgrat haver-hi inconsistències i opinions en desacord.

En l'anàlisi de l'etiologia, la predominança biològica genera l'expectativa de que és un trastorn que afecta i impacta al pacient i la seva família, deixant-los passius, tant en la generació dels símptomes com en el tractament, per la qual cosa els tractaments farmacològics operen com la solució al problema deixant de banda l'anàlisi subjectiva[2].

Citant Waisblat, "està clar que aquests nens i nenes són reals, i que les escenes que descriuen els pares i mares les veiem

dia a en la vida quotidiana. El que no està tan clar és que per atendre aquesta realitat calgui estructurar un "trastorn", amb l'única terapèutica d'una medicació simptomàtica i respecte de la qual, fins i tot els més grans defensors de l'existència del quadre reconeixen que no hi ha proves que puguin certificar la presència d'un trastorn neurològic. És important no perdre de vista que els nens i nenes diagnosticats de TDAH "no venen sols", sinó que estan acompanyats de pares i professors angoixats, desconcertats, així com de professionals de la salut mental que no donen abast a la consulta i que moltes vegades no compten amb els recursos alternatius a la medicació tot i que ells mateixos sovint la qüestionen"[3].

#### **AVALUACIÓ DEL TDAH. CAUSES I CONSEQÜÈNCIES DEL SOBREDIAGNÒSTIC**

El TDAH, com la dislèxia, o altres trastorns de l'aprenentatge, no tenen marcadors biològics clars. Ni tan sols les recomanacions de la Guia interdepartamental de la pràctica clínica no orienten a proves de neuroimatge, o neurofisiològiques, ni es considera imprescindible l'estudi neuropsicològic perquè cap d'aquests estudis aporta informació que permeti prendre decisions ni respecte al diagnòstic ni respecte al tractament[4]. De fet, els límits entre el trastorn i la normalitat són imprecisos. Especialment en petita infància, es parla de problema quan en realitat són comportaments normals per l'edat, i el que es discuteix és el grau o intensitat en que es dona dins un *continuum*. Sovint la patologització recau en l'avaluador: la capacitat de suportar, el seu estat emocional o la pròpia experiència pot assenyalar subjectivament un comportament com a problema.

Aquesta inespecificitat fa que en molts àmbits es qüestionin la pròpia existència d'aquests trastorns com entitats nosològiques. De fet, les diferències de criteri entre classificacions diagnòstiques (DSM-IV i CIE-10) poden explicar diferències de prevalença en la població en relació 10/1 respectivament[5]. En canvi, hi ha hagut molt més interès en la utilització dels criteris americans que dels de l'OMS, molt més restrictius[6].

La inatenció, per exemple, està en la base de moltes alteracions, tant neurològiques com de l'àrea emocional i social. Qualsevol canvi important en la vida d'una persona pot generar dificultats d'atenció, inestabilitat, irritabilitat i si no s'aborda la causa que generalment l'ha provocat i no s'acompanya l'alumnat en la seva comprensió, les dificultats poden cronificar-se i anar tenyint altres àmbits en la vida afectiva, escolar, familiar o social. A vegades en entorns poc contenidors que no ajuden a mostrar i posar els límits, es generen comportaments que són etiquetats d'hiperactius i que busquen intervenció en l'infant i no en l'entorn que genera el malestar.

El fet d'atribuir una categoria diagnòstica pot portar el risc de recórrer a solucions genèriques i no adaptades a cada cas, sense tenir en compte allò que el noi o noia té en comú amb altres nens hiperactius i què és el que el fa diferent. I, per descomptat, cal un diagnòstic diferencial molt acurat.

A la inespecificitat de la clínica, i la subjectivitat dels avalu-





## REFLEXIONS ENTORN AL TDAH I L'ASSESSORAMENT PSICOPEDAGÒGIC

adors cal afegir encara una altre factor que ha contribuït al sobrediagnòstic del TDAH i altres trastorns afins: l'ús inadequat d'instruments d'avaluació. La generalització de protocols als centres educatius afavoreix aquest etiquetatge irreflexiu i que sovint es desenfoca la mirada sobre aspectes que no són rellevants per a la comprensió d'un alumne amb dificultats.

La situació de l'assessor a l'escola li dona un lloc privilegiat: facilita l'observació dels infants en el seu entorn escolar, l'accés a diferents fonts d'informació i per tant altres entorns significatius com la família o el barri. El treball conjunt amb el professorat és la peça de valor tant en la definició del problema com en la recerca conjunta de respostes. Si desaprofitem aquesta riquesa i aquesta possibilitat de treball en xarxa i reduïm la nostra tasca a la complementació de protocols, perdem les oportunitats d'utilitzar les capacitats dels educadors i de la família per fer-se càrrec de les necessitats dels nois o noies i de trobar les seves pròpies solucions.

**LA INTERVENCIÓ EN ELS DIFERENTS CONTEXTOS**

Com a conseqüència del sobrediagnòstic, l'abordatge terapèutic es redueix sovint al tractament farmacològic amb psicoestimulants. Es parla molt de la medicació com a darrer pas en el tractament del trastorn, però realment és un dels que primer s'aborden, i a vegades és l'únic. Es minimitzen els efectes adversos i cada vegada hi ha més nens a l'escola medicats des de més petits, i en alguns casos fins i tot a llar d'infants. Es magnifiquen tant els efectes terapèutics que es tendeix a l'atribució de qualsevol millora a la medicació i no a l'esforç personal o al treball conjunt de la família i l'escola per superar el malestar.

Està clar que l'abordatge de cada cas en xarxa requereix un temps del que difícilment es disposa, però hem d'avançar cap a respostes més generals i comprensives que incloguin canvis en els diferents entorns i que generin una visió global de la situació i dels diferents elements que la componen.

Moya i Anguera, referint-se al TDAH i altres problemes de comportament suggereixen que totes les decisions que es prenguin en el centre per flexibilitzar els recursos humans i materials i els currículums, i compartir les actuacions d'ensenyament-aprenentatge, són molt preventives per evitar i afrontar amb més diligència les situacions que s'han generat per conductes disruptives. En aquest sentit és molt important que en el projecte educatiu del centre hi hagi una reflexió, i es prenguin acords compartits amb la comunitat educativa sobre la identificació d'aquestes conductes i les causes que les generen i quines actuacions cal dur a terme(5).

Podem estendre aquestes actuacions de caire preventiu als aspectes que afecten a l'organització escolar. En la mesura que l'escola sigui més inclusiva des del sistema, més flexible des de l'organització del centre, la dinàmica de l'aula, les programacions o l'avaluació, més fàcil serà atendre a cada un dels alumnes des de la seva necessitat individual.

**Referències Bibliogràfiques:**

- [1] Narbona García J (2001): Alta prevalencia del TDAH ¿Niños trastornados o sociedad maltrecha?, *Rev Neurol*, 32 : 229-231
- [2] Hernández Basilio L I (2009) : Una visión crítica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev. Mex. Orient. Educ.* v.6 n.16 México abr.
- [3] Waisbiat, A. (2012). La atención de la desatención. Una mirada crítica sobre el TDAH. Cuadernos de Psicomotricidad. En imprenta. UNED. Bergara. / [www.procc.org](http://www.procc.org)
- [4] Fundació Sant Joan De Déu, coord.(2010): Guia de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIQAS) de Catalunya; Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM No 2007/18
- [5] Moya Clíe, J , Anguera Arglaga, MT (2010) : Problemes de comportament en infants i adolescents a Catalunya: tractament per déficit d'atenció i trastorn de conducta, necessitats educatives que generen . Generalitat de Catalunya. Ed Inclusiva. Nº4
- [6] Cornellà, J (2010): Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica. *An Pediatr Contin*, 2010;8(6):299-307

Correspondència amb l'autora: Anna Farré. E-mail: [afarre@xtec.cat](mailto:afarre@xtec.cat)





## ANNEX 14

## Entrevista Semiestructurada

*Visió del trastorn des de l'Àmbit Psicològic i Clínic i l'Àmbit Pedagògic i Psicopedagògic*

### DADES DEL CENTRE

Entitat o centre :
Professional:
Lloc de l'entrevista:
Dia / Hora:

TDAH	
Casos de TDAH / Prevalença	
Nº de nens/es diagnosticats a Sant Vicenç dels Horts	
Nº de nens/es entre 6 i 12 anys	

### INTRODUCCIÓ

Bon dia! Primer de tot em presento, sóc la Cristina, estudiant de Psicopedagogia de la Universitat de Barcelona, que com ja li vaig comentar, el meu treball de recerca final del Màster és al voltant del TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat, un trastorn que té origen a la infància i del qual se'n parla molt últimament provocant controvèrsies i opinions dispars entre els diferents professionals i investigadors que estan abordant aquesta malaltia, si es que em podem dir malaltia, alteració, condició de salut, trastorn, síndrome, etc.

L'objectiu d'aquesta entrevista és conèixer quina és la visió del trastorn dels diferents professionals de les diverses disciplines especialitzades (clínica, psicològica, pedagògica i psicopedagògica), sobretot d'aquells referents que estan directament relacionats amb les escoles, com ara el CSMIJ, el GAME, que pertany a la UTAC de Sant Joan de Déu i, l' EAP.

Bé, si us sembla bé, comencem l'entrevista.

### SENSACIONS

- Està el cas de la situació que està patint el TDAH en l'actualitat?
- Com esteu rebent els professionals del CSMIJ/GAME aquest impacte social de controvèrsies enfront del TDAH?
- El TDAH sembla que s'ha posat de moda, és cert? Quina és la vostra opinió sobre l'existència o no del TDAH?
- Com esteu interpretant l'augment evident dels casos de TDAH d'ençà 10 anys que van començar a augmentar el nombre de diagnòstics?

### FORMACIÓ

- Quan va conèixer aquest trastorn? A la facultat o com a professional?
- Va rebre algun tipus de formació quan va començar el bum del TDAH?



- Rebeu formació continuada donat que és un trastorn que contínuament pateix canvis i que, actualment hi ha moltes investigacions que estan debatent al voltant del TDAH?
- La formació que rebeu és psicològica i clínica o fa un abordatge global des de totes les disciplines i amb la visió de tots els implicats com ara la part pedagògica i educativa?

### **METODOLOGIA DEL CENTRE**

- Què feu quan us arriba un nen a la consulta amb simptomatologia hiperactiva-impulsiva o de dèficit d'atenció?
- D'on venen derivats aquests nens i nenes?
- Us trobeu molts casos que venen diagnosticats o amb l'etiqueta?
- Quants casos teniu ara mateix de TDAH diagnosticats? I fa 5 o 10 anys? Ha augmentat molt?
- Quin és l'itinerari que segueix un nen des de que és diagnosticat fins que simplement es fa el seguiment des de l'escola?

### **PREVALENÇA**

- Quina prevalença veieu en el trastorn en edat escolar?
- Penseu que el tipus d'ambient, per exemple un poble del Pre-Pirineu i una ciutat com Barcelona, tenen diferent prevalença? Per què?
- Quina relació de prevalença hi ha en qüestió de sexe? Penseu que afecta a més nens que a nenes o es deu a un infradiagnòstic de nenes amb TDAH inatent?

### **ORIGEN I ETIOLOGIA**

- Quin creieu que és l'origen i les causes del TDAH?
- Penseu que els factors ambientals són una causa o només agreugen o fan disminuir la simptomatologia?
- Que en penseu de les teories que diuen que el tipus d'alimentació que reben els nens diagnosticats pot ésser una possible causa del trastorn?

### **AVALUACIÓ I DIAGNÒSTIC**

- A partir de quina edat es pot fer un diagnòstic de TDAH en un nen? Què en pensa del canvi que es vol fer en el DSM-V en quant a l'edat de diagnòstic?
- Creieu que hi ha un Sobrediagnòstic o un infradiagnòstic? Veieu relació amb el malestar expressat en la societat i la gran quantitat de nens i nenes diagnosticats de què se'n parla?
- Què en penseu de la diferència que hi ha en els criteris diagnòstics del DSM-IV-TR i el CIE-10? Quines feu servir i per què?
- Penseu que per un bon diagnòstic s'hauria d'excloure la comorbiditat ja que aquests possibles trastorns afegits podrien ser la causa dels diferents símptomes? O per altra banda formen part del trastorn que mai es troba en estat pur?

### **ABORDATGE**

- Quin tipus d'abordatge acostumeu a triar?
  - a) Abordatge farmacològic per la majoria i com a primera opció.
  - b) Abordatge multimodal: combinació farmacològica, psicològica i psicosocial.
  - c) Recolzament psicopedagògic i psicosocial i abordatge farmacològic en segona opció.



- d) Intervencions psicològiques, psicopedagògiques i psicosocials, deixant les farmacològiques per a casos extrems.
- Quan es recepta un fàrmac s'expliquen tots els possibles efectes secundaris?
  - Què en penseu de la medicina alternativa?
  - Què en penseu del que se'n diu sobre les indústries farmacèutiques?
  - Quina és la vostra funció davant d'un abordatge del TDAH?
  - Qui s'encarrega de donar orientacions al professorat i als pares?
  - Feu formació a les escoles?

### **GUIA DEL DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ**

- Quina guia de pràctica clínica feu servir? Creu que és una bona eina que treballa el símptoma únicament o amb una mirada que engloba tot el context de la persona afectada?
- Creieu que és millor abordar els símptomes o tenir una visió més global, per exemple del context de la persona?
- Coneixeu l'existència de la guia de detecció, intervenció i tractament que pròximament publicarà el departament d'ensenyament? Què en penseu?
- Esteu d'acord en què els professionals de les escoles (mestres o MEE o psicopedagogs) han de detectar el TDAH o només els símptomes sense posar una etiqueta?
- Quin és el paper que hauria de jugar l'escola (observar, avaluar, diagnosticar, orientar)? Penseu que han de conèixer el trastorn, avaluar-lo, assessorar a les famílies, formar-se, etc.?

### **TANCAMENT**

Doncs bé, això és tot. Moltes gràcies per la seva atenció, és de gran ajut pels estudiants i per la recerca, en general, que professionals com vostès col·laborin en els projectes universitaris. Em satisfà molt haver parlat amb vostè i agraeixo la seva col·laboració.

Esperem poder seguir avançant en la millora de la pràctica educativa.

Salutacions.





## ANNEX 15

## Entrevista Semiestructurada

### *Visió del trastorn des de l'Àmbit Educatiu a les escoles*

#### DADES DEL CENTRE

Entitat o centre :
Professional:
Lloc de l'entrevista:
Dia / Hora:

TDAH A L'ESCOLA	
Nº total de nens/es diagnosticats	
Nº de nens/es entre 6 i 12 anys diagnosticats	
Nº de nens/es amb abordatge farmacològic	

#### INTRODUCCIÓ

Bon dia! Primer de tot em presento, sóc la Cristina, estudiant de Psicopedagogia de la Universitat de Barcelona, que com ja us vaig comentar, el meu treball de recerca final del Màster és al voltant del TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat, un trastorn que té origen a la infància i del qual se'n parla molt últimament provocant controvèrsies i opinions dispars entre els diferents professionals i investigadors que estan abordant aquesta malaltia, si es que em podem dir malaltia, alteració, condició de salut, trastorn, síndrome, etc.

L'objectiu d'aquesta entrevista és conèixer quina és la situació actual que s'està vivint a les escoles pel que fa a l'avaluació i l'abordatge psicopedagògic i educatiu del TDAH. Estem al cas que és un trastorn que està patint un gran impacte social amb moltes controvèrsies i que no deixen de ser nens i nenes amb dificultats als quals hem de donar una resposta educativa partint del principi d'atenció a la diversitat. A més a més, el meu interès en parlar amb vosaltres té una segona intenció, que és conèixer com s'està treballant aquest trastorn a la població de Sant Vicenç dels Horts, ja que el m'agradaria poder dissenyar un projecte d'implicació a les escoles per abordar el TDAH i millorar la intervenció educativa, si és que es pot millorar. Com sempre diem, tot és millorable.

Bé, si li sembla bé, comencem l'entrevista.

#### FORMACIÓ

- Coneix el Trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat? Com definiria a un nen/a amb TDAH?
- Heu rebut formació entorn d'aquest tema a nivell escolar? O per propi interès? Quan fa? Rebeu actualment?
- Els mestres i les mestres de l'escola estan al dia del trastorn?
- Esteu al cas de tots els debats que s'estan fent i les controvèrsies que implica les diferents visions de les diverses disciplines, les quals discrepen en temes com l'etiologia, el diagnòstic i l'abordatge del tractament.



- Penseu que els mestres haurien d'estar informats del trastorn o més aviat el que han de comprendre són les dificultats i com poder ajudar-los?

### SENSACIONS

- Teniu alumnes diagnosticats amb TDAH? Quants i de quins cursos? Quins estan medicats?
- Com us sentiu davant del suposat augment de casos de TDAH? Crieu que s'està fent una sobrediagnosticació?
- Com us sentiu quan un nen/a comença a ser medicat i canvia el seu comportament?
- Us sentiu amb eines suficients de fer front i atendre a aquest tipus d'alumnat?

### AVALUACIÓ I DIAGNÒSTIC

- Què feu quan teniu alumnes amb simptomatologia hiperactiva o de dèficit d'atenció? Poseu etiqueta TDAH entre vosaltres?
- Penseu que a l'escola s'ha de fer un diagnòstic o quin creieu que és el vostre paper?
- Seguiu algun tipus de protocol per avaluar?
- Quines tècniques d'avaluació feu servir per veure si existeix simptomatologia hiperactiva o dèficit atencional? (EDAH, Conners, altres, Observació oberta, amb protocol, entrevistes amb l'alumne, amb la família...).
- Creieu que tots els nens i nenes que venen diagnosticats són TDAH en realitat o s'està fent un mal diagnòstic en molts casos?
- Aquests nens qui els diagnostica? El CSMIJ o un centre privat com pot ser el GAME o un ganivet psicopedagògica?

### ABORDATGE

- Com abordeu des de l'escola el Trastorn? Feu servir orientacions preestablertes per les guies (modificació de conducta, autoinstruccions, orientacions d'aula...)? Quina guia sobre el TDAH feu servir?
- Quines orientacions es donen als professors davant d'un cas amb TDAH?
- Coneixeu les diferents estratègies que es fan servir per minimitzar la simptomatologia?
- Feu servir les mateixes estratègies independentment que el nen sigui hiperactiu o inatent?
- Què en penseu de medicar nens i nenes amb diagnòstic de TDAH?
- Els propis nens i nenes saben que tenen TDAH o simplement que són moguts i els hi costa parar atenció?
- Són ben acceptats pel grup classe al qual corresponen?
- Es fan entrevistes periòdiques amb els alumnes amb TDAH? Se'ls escolta i se'ls donen eines per mantenir un bon ritme d'aprenentatges?
- Com es senten els tutors i professors d'aquests nens davant de la situació en què no poden controlar-los, els descontrolen les classes, no aprenen com ho haurien de fer? Es senten desbordats?
- Es fan activitats a l'escola sobre educació emocional?
- Hi ha moments en què s'apliquen exercicis de relaxació o tècniques en alguna àrea (ioga, música...)?



## RELACIÓ AMB LA FAMÍLIA

- Quin tipus de relació teniu amb les famílies amb alumnes amb TDAH?
- Quin tipus de famílies són? Normalitzades, amb greus dificultats a casa...?
- Es fan més reunions que amb la resta de famílies sense fills amb dificultats?
- Són famílies col·laboradores? O més aviat dificulten l'abordatge?
- Qui informa a aquestes famílies del trastorn que pateixen els seus fills?
- Creieu convenient que s'utilitzi l'etiqueta de TDAH amb les famílies o seria millor l'opció de parlar des de la simptomatologia?

## NECESSITATS

- Què en penseu de la funció del psicopedagog? És productiu abordar el TDAH amb un dia a la setmana que vingui a veure a tots els alumnes de l'escola?
- Rebeu ajuda d'associacions? Penseu que seria adequat rebre formació d'aquestes davant de tanta controvèrsia?
- Què creus que milloraria l'abordatge del TDAH?
- Quines són les vostres necessitats davant de l'abordatge d'aquest trastorn?

## TANCAMENT

Doncs bé, això és tot. Moltes gràcies per la seva atenció, és de gran ajut pels estudiants i per la recerca, en general, que professionals com vostès col·laborin en els projectes universitaris. Em satisfà molt haver parlat amb vostè i agraeixo la seva col·laboració.

Esperem poder seguir avançant en la millora de la pràctica educativa.

Salutacions.



## ANNEX 16

## SITUACIÓ DE LES ESCOLES DE PRIMÀRIA DE SANT VICENÇ DELS HORTS

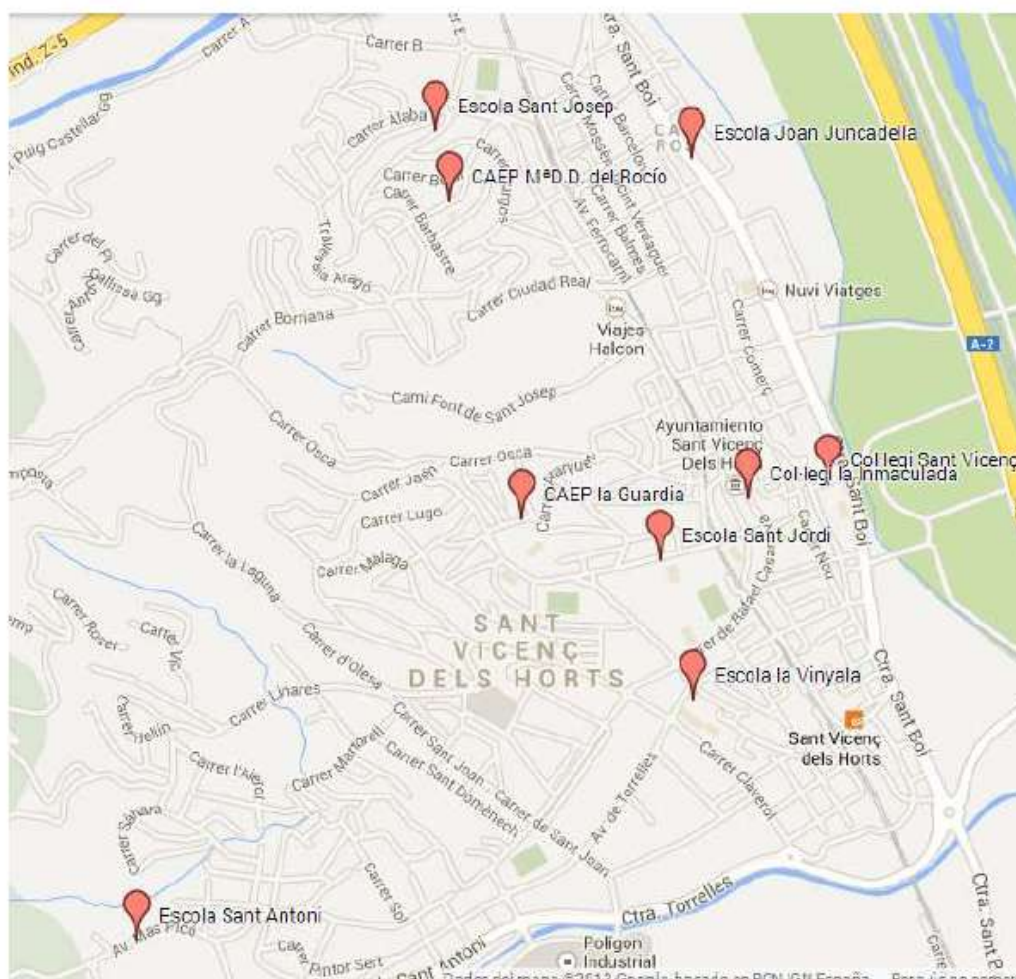


Figura 3. Mapa de la situació de les Escoles de Primària de Sant Vicenç dels Horts. Elaboració pròpia.



## ANNEX 17

## TÈCNiques DEL CONTROL DEL COMPORTAMENT O MODIFICACIÓ DE CONDUCTA

REFORÇ POSITIU	Elogiar i reforçar aquells comportament que volem que es repeteixin. Han de ser conductes molt concretes, se forma sincera i verdadera, fent servir el reforç social (felicitació, lloança, afecte), privilegis senzills (càrrecs, una estona més de pati) o petits premis (adhesius, cromos, postals). Es poden autoregistrar i valorar aquestes conductes adequades.
EXTINCIÓ	Deixar d'atendre un comportament per reduir conductes inadaptades. No mirar-lo, no escoltar, ni parlar, ni raonar, ni gesticular. Cal saber que s'està extingint sense cap reforçador, com riures dels companys. Cal ser persistents, encara que es trigui a aconseguir un efecte, ja que al principi s'accentua el mal comportament. No és pot aplicar en cas de perill. Cal extingir la conducta, no la persona.
TEMPS FORA	Aïllar el nen cap a un lloc mancat d'estímuls, per determinada conducta que volem extingir i que, prèviament, ha estat pactada amb el nen. s'aplica aproximadament un minut per any d'edat, encara que les primeres vegades ens passem de temps per persistència. Un cop a finalitzat se'l convida a tornar sense fer cap comentari, com si no hagués passat res.
NORMES I LÍMITS	Establiment d'unes bones normes i límits en positiu. Evitar els càstigs ja que no li ensenyen la conducta correcta.

Quadre 12. Tècniques pel control del comportament o modificació de conducta. Extret de Adana (Mena et al., 2011).