



## **El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) en la infància: l'estudi IMAT**

*Mateu Servera Barceló*

**RESUM**

*El present treball té un doble objectiu. D'una banda, es fa una revisió sobre què és i què significa el TDAH i, d'altra banda, se centra en l'estudi IMAT que aporta dades de la sospita de prevalença del TDAH en la població infantil de la illa de Mallorca. Les dades assenyalen que el trastorn pot presentar taxes de prevalença similars a les esperades (entre el 3%-5%), sense diferències rellevants per sexes, edat, tipus de centre o zona sociodemogràfica. A les conclusions s'analitzen les limitacions i les implicacions d'aquestes dades per a la nostra comunitat.*

**RESUMEN**

*El presente trabajo tiene un doble objetivo. Por una parte se realiza una revisión sobre qué es y qué significa el TDAH y, por otra parte, se presentan datos del estudio IMAT centrado en establecer la sospecha de prevalencia del TDAH en la población infantil de la isla de Mallorca. Los datos señalan que el trastorno puede presentar tasas de prevalencia similares a las esperadas (entre el 3%-5%) sin diferencias relevantes por sexos, edad, tipo de centro y zona sociodemográfica. En las conclusiones se analizan las limitaciones y las implicaciones de estos datos para nuestra comunidad.*

**INTRODUCCIÓ: APROXIMACIÓ AL TDAH I A LES SEVES REPERCUSSIONS**

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) és probablement el trastorn psicopatològic infantil no relacionat amb discapacitats de major impacte en la vida del nen i el seu entorn. Avui en dia el TDAH s'entén com una alteració del comportament infantil caracteritzada per nivells d'inatenció, sobreactivitat i impulsivitat inapropiats des del punt de vista evolutiu. Aquests símptomes es mostren des de la primera infància, són de naturalesa crònica i no es poden atribuir a alteracions neurològiques o motores greus, sensorials, del llenguatge, retard mental o trastorns emocionals severos. Aquestes dificultats s'associen a un dèficit general en els processos d'autoregulació que interfereixen la vida acadèmica, social i familiar de l'infant.

Per tant, encara que per fer l'avaluació i el diagnòstic del nen amb TDAH ens basem especialment en els problemes d'inatenció, control motor i impulsivitat, cal tenir-los present com a efecte i no com a causa del trastorn. La recerca sobre aquesta simptomatologia ens ha permès definir un dèficit atencional propi del TDAH, que està especialment centrat en problemes per mantenir l'atenció en tasques repetitives, fàcils però monòtones, i que no disposen de retroalimentació immediata de resultat. També és veritat que es distreuen molt o que tenen problemes per focalitzar-se sobre l'estimulació rellevant i que poden presentar problemes motivacionals, però sembla que el principal fet és que realment no poden mantenir la seva atenció amb la intensitat i la durada que ho fan els seus companys. Per part seva, la impulsivitat i la sobreactivitat motora són dues dimensions molt interrelacionades en el TDAH; reflecteixen, d'una banda, una incapacitat per demorar les respostes, per respectar torns o seguir normes i, d'altra banda, un excés de mobilitat en situacions inapropiades, un canvi d'activitat continu sense sentit ni motiu, empesos sempre per una mena de «motoret».

L'Associació de Psiquiatria Americana, a través del seu manual de diagnòstic dels trastorns psicopatològics (el DSM-IV), defensa avui en dia la presència d'un únic trastorn TDAH, si bé pot ser subdividit en tres subtipus: el de predominada inatentiva, el de preponderància d'hiperactivitat/impul-

sivitat i el combinat (que seria el més comú). Mentre que el TDAH inatent, com a subtipus, ha rebut moltes evidències, hi ha bastants autors que consideren que l'hiperactiu/impulsiu només seria la forma primerenca del TDAH combinat. En qualsevol cas, el diagnòstic s'ha de basar en proves el més objectives possibles de la presència de la simptomatologia bàsica com a mínim en dos ambients (casa i escola) i de l'absència de trastorns neurològics, psicòtics o emocionals greus que puguin explicar-la. A banda d'això, el procés de diagnòstic es complica per l'elevada comorbiditat del TDAH amb trastorns d'aprenentatge i de conducta.

De tota manera, la base diagnòstica del TDAH no explica la naturalesa i la causa del problema. Com dèiem al principi, en realitat el TDAH és un trastorn de l'autoregulació. L'infant des de petit es mostra com a «difícil» (per dormir-lo, alimentar-lo, controlar-lo, etc.) i a partir dels cinc o sis anys és visible ja un patró cognitivoconductual caracteritzat per: (a) un rebuig de les activitats que requereixen esforç (especialment si són repetitives, llargues i monòtones); (b) una tendència a la recerca i canvi de l'estimulació immediata (poca tolerància a la frustració i incapacitat per demorar gratificacions); (c) poca capacitat per inhibir i modificar conductes impulsives per molt que li pervinguin problemes (hi ha una certa insensibilitat a l'estimulació aversiva), i (d) molts de problemes per funcionar sols, de manera que necessiten sempre una guia exterior, no generen objectius o estratègies per ells mateixos. A mesura que l'infant creix millora aquest patró, atès que el trastorn té una part de retard maduratiu, però en canvi pot passar que els efectes que ha produït, com el fracàs escolar, els problemes de rebuig social, la baixa autoestima, els dèficits en la capacitat d'afrontar i resoldre problemes, etc. siguin a partir de l'adolescència un llast difícil de deixar anar.

Quant a les causes del TDAH, malgrat sigui un tema obert, avui en dia tenim prou evidències que té una base genètica i neurocognitiva centrada en l'activitat elèctrica i bioquímica de les zones cerebrals més implicades en els processos d'autoregulació (zones frontals i prefrontals) i que es reflecteix en un estat d'infraactivació cortical. Pot haver-hi factors extrínsecs que hi influeixin, especialment tots aquells que afecten el fetus o el nadó, com el consum de tabac, alcohol o altres drogues per part de la mare, infeccions, toxines, patiment fetal, etc. Quin paper hi tenen els factors ambientals com les pautes criança, les interaccions familiar, el sistema educatiu, l'entorn sociocultural, etc.? Doncs, sense ser causa directa del trastorn, clarament interactuen amb els predisponents fins al punt que el poden mitigar o agreujar. Les rutines, exigències i formes de relació i treball que s'estableixen a casa o l'escola tenen, doncs, un pes important. És per això que els protocols de tractament del TDAH més eficaços combinen intervenció farmacològica i programes i tècniques cognitivoconductuals, tal com veurem més endavant. En qualsevol cas la naturalesa crònica del trastorn ens fa ser cauts: es tracta d'intervencions llargues orientades a la millora de l'adaptabilitat de la persona, que poden tenir èxit però que difícilment suposaren una modificació absoluta del seu patró conductual i de processament de la informació.

## **EL TDAH A L'ESCOLA**

Són moltes les vessants que es poden abordar quan es tracta del paper del TDAH a l'àmbit escolar. En definitiva hi ha una doble via d'interacció que es representa a partir dels efectes que produeix en el mestre, els companys i la dinàmica de classe la presència d'un nen amb TDAH dins l'aula i, d'altra banda, la funció mateixa del mestre sobre el problema.

El nen amb TDAH típic provoca un elevat nivell de conflictivitat i estrès dins l'aula que afecta especialment el mestre però també els companys. El mestre sovint es troba molt desorientat davant un nen que és incapaç d'atendre les seves explicacions o fer la feina assignada en el temps mitjà que ho fan els seus alumnes, que no sol acabar res, que aprèn però que necessita direcció constant, que no respon a les estratègies habituals de control de conducta, a qui costa seguir instruccions, que sempre està enmig dels problemes, etc. Ho fa a posta, és un problema motivacional, de voler? Es pot arribar a pensar que sí, perquè a més aquests nens presenten un rendiment molt oscil·lant segons les hores del dia o en diferents dies (això és degut a les fluctuacions que presenta en l'activació cortical). A més, responen malament a programes o tècniques per modificar el seu comportament: a classe pot haver-hi nens amb problemes de conducta o d'aprenentatge, però segur que són molt més bons de manejar que el TDAH. Realment no és un problema de «voler» sinó de «no poder»: els dèficits en autoregulació i els problemes d'activació cortical abans esmentat són la causa inicial que aquests nens, malgrat que sovint mostrin bona predisposició, no acabin fent el que s'esperaria d'ells. Després, és veritat, les experiències contínues de fracàs les poden induir també estats de desmotivació que agreugen la situació. Els problemes també es donen amb els companys: el TDAH és un nen rebutjat perquè interromp quan no toca, no és hàbil jugant (ni a jocs esportius, ni d'estratègia), és esburbat, poc constant, etc. En definitiva, és vist sovint com un generador de conflictes.

El mestre pot tenir un paper fonamental en la detecció i la intervenció en casos de TDAH. En primer lloc els estudis amb escales i qüestionaris de valoració del comportament han demostrat que els mestres són, en general, bons avaluadors del TDAH, molt més que els pares. Probablement perquè tenen una preparació i una visió més «evolutiva» del comportament de l'infant: poden comparar-lo amb altres, saben què se'ls pot exigir a certa edat i què no, han d'establir normes de convivència a l'aula, són els qui els han d'exigir esforç en tasques cognitives, etc. D'altra banda, el mestre sol ser el primer que detecta el nen amb TDAH. Malgrat des de petit hagi tingut sempre problemes, sovint s'han entès a casa com a «coses de nens» i no és fins als cinc o sis anys quan s'arriba a un punt d'exigència atencional i de control impulsiu a les aules que xoca de ple amb la manera de fer d'aquests infants.

Els programes d'intervenció també recullen clarament la funció del mestre com a primordial. Per exemple, sovint comencen amb una reestructuració de l'aula per situar el nen amb TDHA prop de la taula del mestre, establir sistemes perquè el nen tingui a l'abast les normes i les instruccions per resoldre tasques o controlar la conducta (panells, murals, adhesius, blocs de notes, etc.), modificacions de les fitxes de treball per seqüenciar-les, acurçar-les o permetre feina manipulativa, modificacions de la dinàmica de classe per permetre petites fases de «desconnexió», hores de feina individual amb suport, si cal fins i tot adaptacions curriculars, establiment de tècniques de maneig de conductes problema, etc. La dinàmica de classe, l'explicació als companys del que passa al nen amb TDAH i, en definitiva, la millora del clima de convivència també poden ajudar molt.

En qualsevol cas, tant pel que comentàrem en l'anterior apartat com per aquestes recomanacions, és evident que el tractament del TDAH és costós: tant des del punt de vista formatiu com de professionals i recursos implicats. Molts de països avançats impliquen directament l'administració pública en aquesta tasca, d'altra banda gairebé impossible per a moltes famílies i escoles. Nosaltres, en el Departament de Psicologia de la UIB, i a través de la Unitat d'Hiperactivitat i el projecte IMAT, desenvolupam feina de recerca, de detecció, avaluació, tractament, formació i assessorament al voltant del TDAH. L'objectiu ha estat sempre conscienciar, mostrar que estam davant un problema greu, d'importants repercussions, i fer-ho aportant dades pròpies.

## L'ESTUDI IMAT A L'ILLA DE MALLORCA

L'estudi IMAT que presentam a continuació és un exemple de la nostra feina. S'emmarca en un projecte de recerca finançat pel Ministeri de Ciència i Tecnologia (BSO2000-1200) i amb un equip de recerca format pels doctors Mateu Servera (Departament de Psicologia, UIB), Esther Cardo (Neuropediatria, Hospital Son Llàtzer) i Joan Llobera (Formació i Recerca de l'Isalut). Entre altres objectius pretenia obtenir dades de la taxa de sospita de prevalença del TDAH en la població infantil de l'illa de Mallorca. La majoria d'aquest tipus d'estudis s'han realitzat als Estats Units, i els pocs de què disposem al nostre entorn s'han fet amb mostres reduïdes i fins i tot exclusivament clíniques. En la bibliografia anglosaxona s'assumeix, en primer lloc, que la taxa de prevalença està entre el 3% i el 5% i, en segon lloc, que el trastorn és molt més freqüent en nens que en nenes, amb una raó de 4:1 en població general i de 9:1 en població clínica (DSM-IV, APA, 1995). De tota manera, molts d'autors consideren que en això hi ha influït el fet d'utilitzar els mateixos criteris i punts de tall per a ambdós sexes, quan en la població normal les conductes típiques del TDAH són més freqüents i intenses sempre en els nens, de manera que caldria una diferenciació per tal de poder comparar.

L'estudi IMAT és del tipus psicomètric, i a través d'un disseny epidemiològic ens ha permès obtenir dades per poder comparar la realitat de l'illa de Mallorca amb les dades abans esmentades. Les característiques bàsiques del disseny són les següents:

- Univers: alumnes de 1r a 4t d'ensenyament primari d'escoles públiques i concertades de Mallorca. N (arrodonida) = 30.000.
- Disseny estratificat (cursos) per conglomerats (vies per cursos en cada centre) proporcional per tipus de centre (públic/concertat) i per zona sociodemogràfica (urbana, rural turística).
- Volum de la mostra (n) = 1.509 nens i nenes.
- Error tipus I assumit. Zalfa = 0,05, per a una prevalença estimada del 5%.
- Nivell de precisió = +/- 1,07%

## L'ESTUDI IMAT: SUBJECTES I PROTOCOL D'AVALUACIÓ

En funció de la definició de cas, que explicarem més endavant, era necessari disposar de les dades provinents de les escales tant dels mestres com dels pares. Per això s'avaluaren 1.791 infants dels dos primers cicles d'ensenyament primari, encara que només de 1.509 es va disposar d'aquesta doble font d'informació. La distribució d'aquests subjectes és la següent:

Sexe		1r curs	2n curs	3r curs	4t curs	total
nen	N	201	185	205	212	803
mena	N	188	172	168	178	706
Total		389	357	373	390	1.509

Font: Estudi IMAT

Com es pot comprovar, tant la distribució dels subjectes per cursos (aproximadament un 25% en cadascun d'ells) com per sexes (53% de nens i un 47% de nenes) foren proporcionals. En l'estudi es va respectar la proporcionalitat de centres públics i concertats en funció de la zona (urbana, turística i rural) a què pertanyien. De manera que en total foren vint-i-quatre escoles les que hi participaren: d'una banda, catorze de públiques i deu de concertades i, d'altra banda, dotze d'urbanes, cinc de turístiques i set de rurals.

Encara que el protocol d'avaluació del nostre projecte implicava més proves, pel que fa a l'estudi IMAT, que és el que presentam aquí, són aquestes:

- Les *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scales IV* (ADHD RS-IV, DuPaul et al. 1998) de DuPaul et al. (1998, versió castellana). Es tracta d'unes escales baremades per a mestres i per a pares, amb els mateixos divuit ítems, que són coincidents amb les conductes del criteri A per al diagnòstic del TDAH del DSM-IV. Cada ítem es valorat de 0 a 3, i les puntuacions elevades indiquen major presència de problemes. Disposa de la subescala inatencional (nou ítems), de la d'hiperactivitat/impulsivitat (nou ítems) i de la total. Té l'avantatge de disposar de barems diferenciats per a mestres i pares, per edats i, el que és més important per a nosaltres, per sexes.
- Una Escala de Conductes Problemes per a mestres d'elaboració pròpia, que presenta vuit ítems que són coincidents amb els criteris diagnòstics del trastorn negativista desafiament del DSM-IV. Cada ítem es puntua de 0 a 3, sent les puntuacions més elevades indicatives de la presència de conductes problema.
- Una mesura del rendiment acadèmic de l'infant, complimentada pels mestres en funció dels controls i les notes que es transforma en una escala final de 0 a 10 (a major puntuació millor rendiment).

La definició de cas es va fer, d'una banda, seguint els criteris DSM-IV i, d'altra banda, a partir d'una puntuació de tall que era igual o superior al percentil 90 en les escales ADHD RS-IV. La taula 2 resumeix els criteris

**TAULA 2. RESUM DELS CRITERIS PER A LA DEFINICIÓ DE CAS A PARTIR DE LES ADH RS-IV**

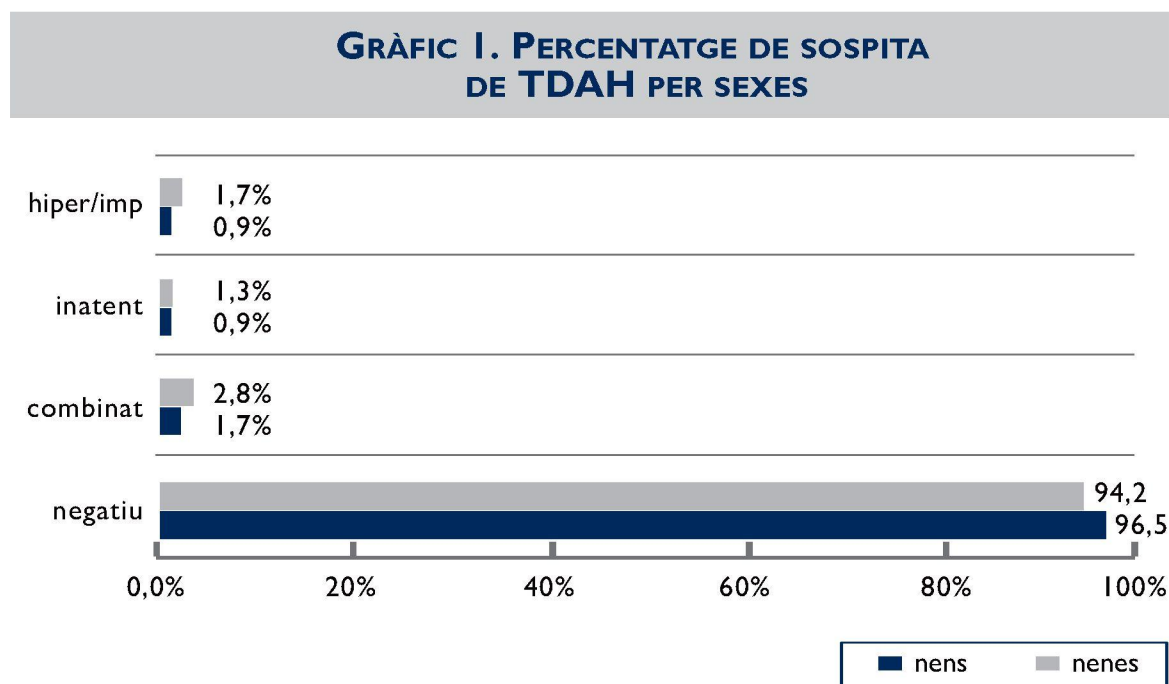
TDAH	ESCALES DE MESTRES			ESCALES DE PARES		
	Total	Inatenció	Hiper/Imp	Total	Inatenció	Hiper/Imp
Combinat	> Pc 90	—	—	> Pc 90	—	—
Inatent	—	> Pc 90	< Pc 89	—	> Pc 90	< Pc 89
Hiper/imp	—	< Pc 89	> Pc 90	—	< Pc 89	> Pc 90

Font: Estudi IMAT

En definitiva, perquè s'acceptàs la presència d'un nen amb sospita de TDAH havien de coincidir mestres i pares amb una puntuació igual o per sobre del percentil 90 o bé en l'escala total (TDAH combinat), o bé en la d'inatenció (TDAH amb predomini inatencional) o bé en la d'hiperactivitat/impulsivitat (TDAH amb predomini hiperactiu/impulsiu). En tots els altres casos, fins i tot en els de nens que eren puntuats molt alts però només per mestres o només per pares, la consideració era de «negatiu» (teòricament lliures del trastorn).

## L'ESTUDI IMAT: ANÀLISI DE RESULTATS

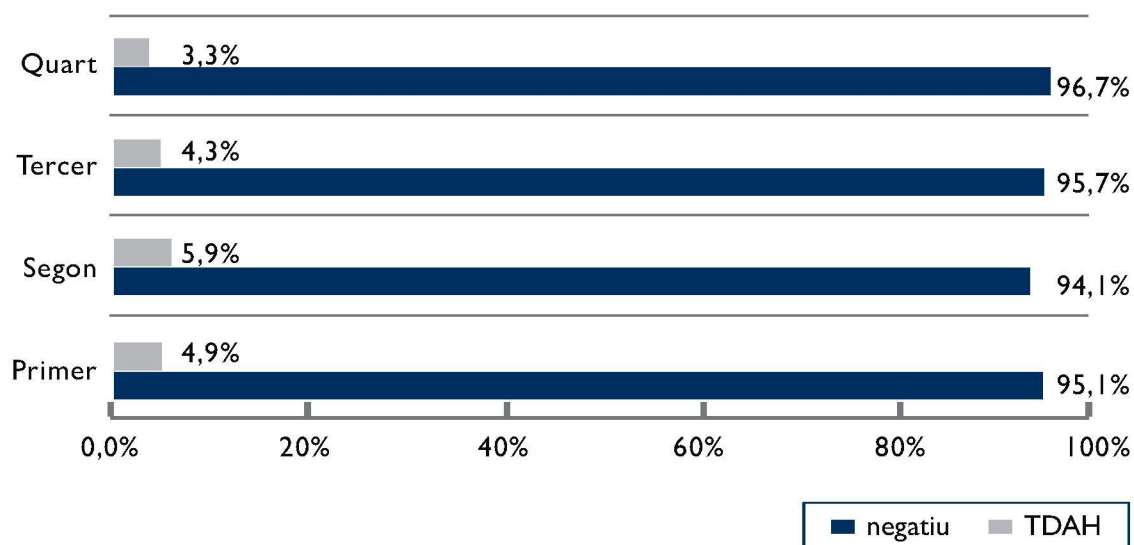
El gràfic 1 presenta els resultats globals de sospita dels distints subtipus de TDAH per sexes.



Font: Estudi IMAT

Es pot observar que, en total, el 4,7% dels subjectes avaluats presenten sospita d'algun subtipus de TDAH. La majoria presenten el subtipus combinat (2,3%), mentre que els altres dos estan una mica per sobre de l'1%. No hi ha diferències estadísticament significatives per sexes, tot i que la tendència és que fins i tot les nenes estiguin una mica per sobre els nens. El gràfic 2 analitza els resultats per cursos, en aquest cas sense necessitat de distingir entre subtipus de TDAH atès que la distribució fou similar en tots els nivells.

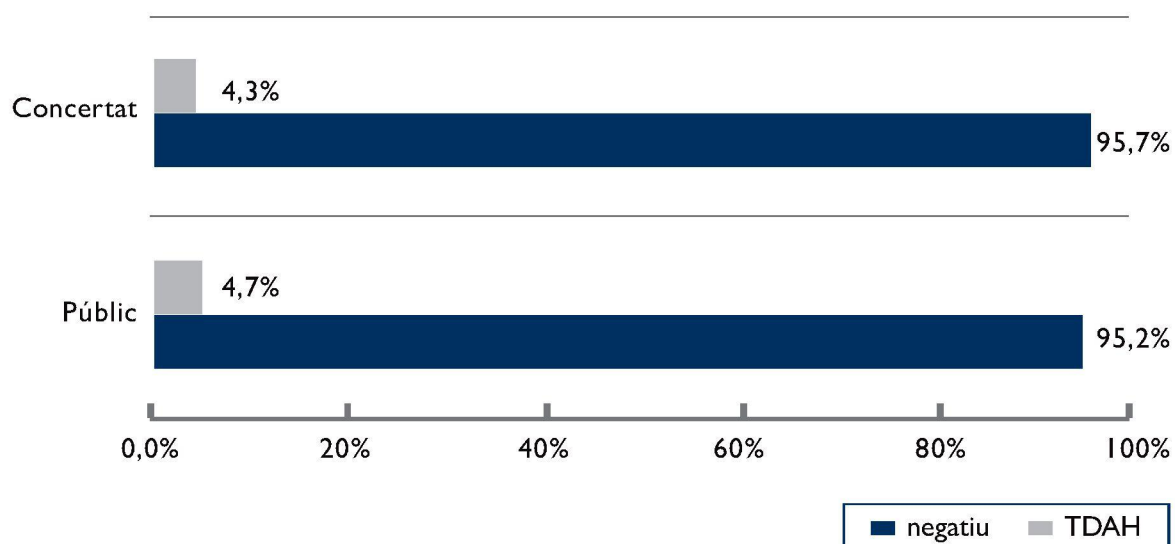
**GRÀFIC 2. PERCENTATGE DE SOSPITA DE TDAH PER CURSOS DE PRIMÀRIA**



Font: Estudi IMAT

No hi ha diferències significatives entre els distints cursos, si bé la tendència és que es detectin més casos durant el primer cicle de primària (entre el 5% i 6%) que en el segon (entre 3% i 4%). El gràfic 3 analitza les diferències per tipus de centre, també incloent a la categoria TDAH els tres subtipus.

**GRÀFIC 3. PERCENTATGE DE SOSPITA DE TDAH PER TIPUS DE CENTRE**

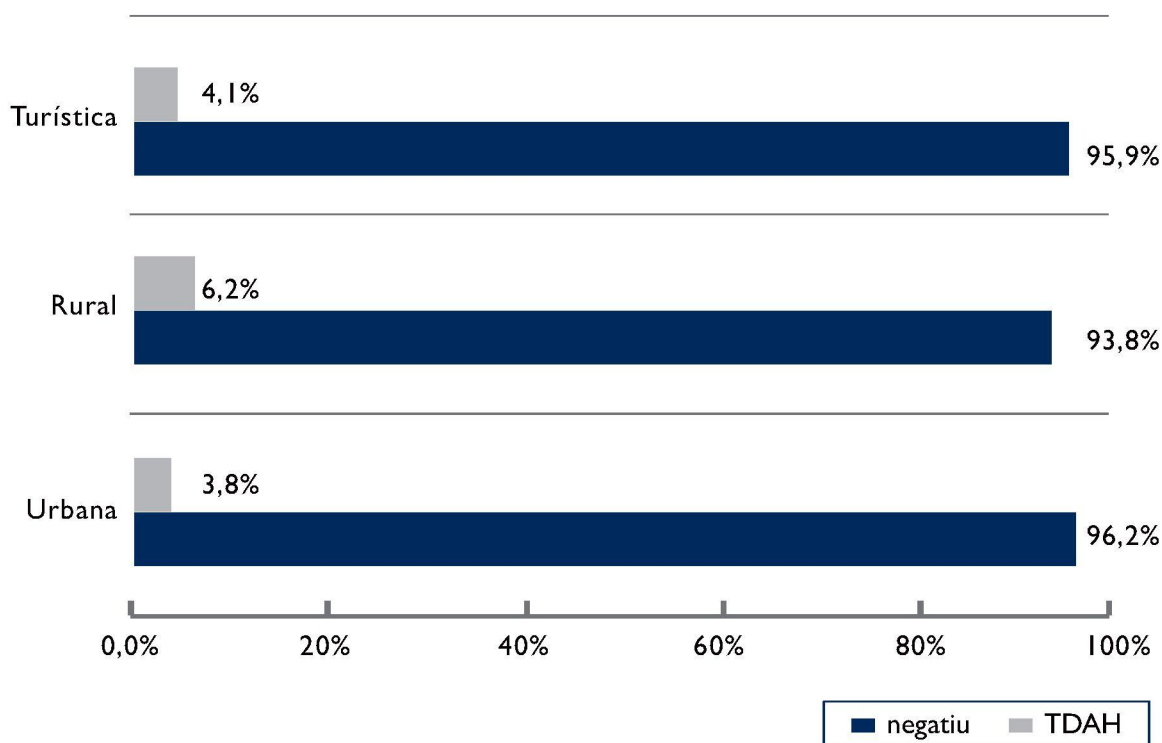


Font: Estudi propi



La sospita de patir el trastorn no guarda relació amb el tipus de centre avaluat. Pràcticament en els dos casos s'està una mica per sobre del 4%. El gràfic 4 analitza les diferències entre els centres en funció de la seva ubicació a les zones definides.

**GRÀFIC 4. PERCENTATGE DE SOSPITA DE TDAH PER ZONES SOCIODEMOGRÀFIQUES**

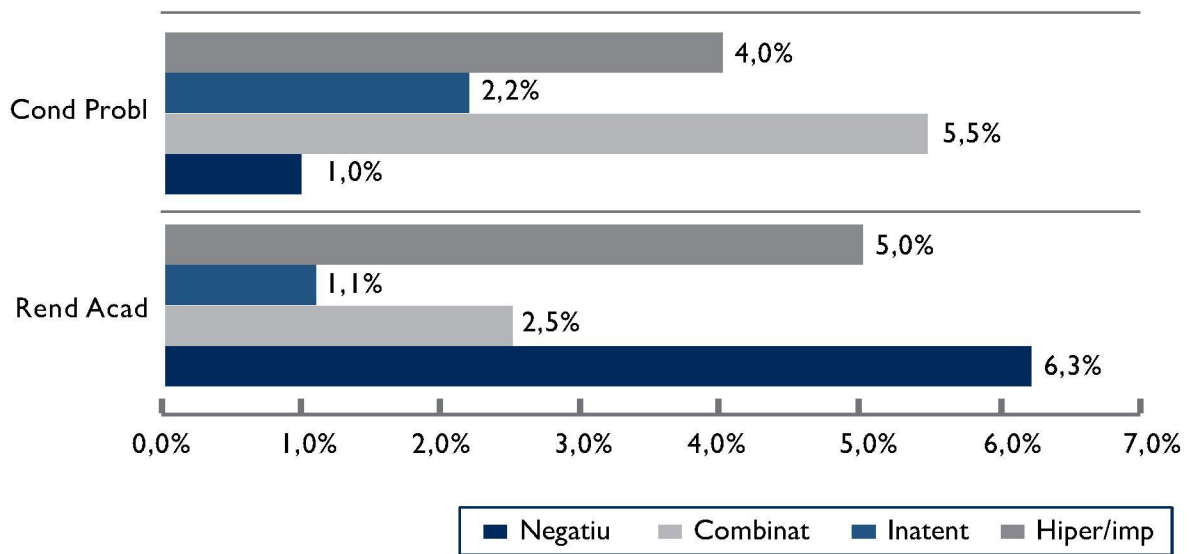


Font: Estudi propi

Les diferències no són estadísticament significatives, i per tant, es pot concloure que la zona no condiciona la sospita de patir el TDAH, si bé resulta curiós que sigui en zones rurals, més del pla de Mallorca, on es tendeixi a detectar-ne un major nombre de casos.

El gràfic 5 el que fa és comparar el rendiment acadèmic i les conductes problema a l'aula entre els distints subtipus de TDAH i els infants teòricament «negatius». L'escala en ambdós casos és de 0 a 10 per facilitar la comparació.

### GRÀFIC 5. COMPARACIÓ DEL RENDIMENT ACADÈMIC I DE LES CONDUCTES PROBLEMA A L'AULA ENTRE ELS DIFERENTS SUBTIPUS DE TDAH



Font: Estudi propi

En el cas de les conductes problema, els tres subtipus de sospita de TDAH es diferencien significativament del conjunt de nens «negatius». La mitjana d'aquest és només 1, mentre la dels altres està al voltant de 4, si bé cal remarcar que hi ha importants diferències entre els subtipus: el de TDAH amb predomini inatencional presenta una puntuació molt menor que el combinat i l'hiperactiu/impulsiu. En el cas del rendiment acadèmic la tendència és similar, però amb un canvi remarcable: en conjunt els tres subtipus de TDAH presenten una mitjana de rendiment més baixa, al voltant del 3, mentre que la dels negatius és més del doble. Però, aquesta vegada, entre ells s'observa que és el subtipus amb predomini hiperactiu/impulsiu el que està molt per sobre especialment del subtipus inatent.

## CONCLUSIONS I REFLEXIONS DE FUTUR

Començarem, en primer lloc, per comentar les dades de l'estudi IMAT i acabarem amb unes reflexions més generals en què també tindrem present les característiques del TDAH esbossades a la primera part del treball.

La primera conclusió ha de ser necessàriament destacar la coincidència que hem trobat entre la taxa de sospita de prevalença del TDAH a l'illa de Mallorca i les dades, tant psicomètriques com clíniques, de què disposàvem bàsicament d'estudis nord-americans. La nostra taxa de sospita està entre el 3,7% i el 5,7% aplicant el punt de tall del percentil 90, el més comú entre les distintes possibilitats que ofereixen les escales de DuPaul i col·laboradors utilitzades. Però és que fins i tot si aplicam l'arbre de decisió més estricte que recomanen aquests autors, i que deriva d'estudis clínics en què s'han establert punts de tall variables per a cada subescala en funció de quin sigui l'avaluador (mestres o pares), la taxa se situaria al voltant del 2,5% (+/- 1,7%). És a dir, sigui com sigui, els valors situen una mitjana d'un alumne amb TDAH per aula aproximadament encara que, això sí, de subtipus i gravetat variable.

El fet que no hi hagi diferències estadísticament significatives per edats, tipus de centre i zona sociodemogràfica va en favor del concepte del TDAH com un trastorn neurocognitiu, relativament independent de factors ambientals. Si bé cal ser prudents perquè en el nostre entorn s'ha tendit en els darrers anys a una equiparació socioeconòmica entre els alumnes de centres públics i concertats i, d'altra banda, la nostra distinció entre zones rurals, urbanes o turístiques no pot tenir (per la mateixa dimensió del territori) les mateixes connotacions que quan es fa en altres països o comunitats. Quant a la manca de diferències per sexes, sí que resulta una dada més sorprenent, si bé cal matisar-la convenientment.

DuPaul i els col·laboradors tingueren molta cura, quan baremaren les seves escales, a establir diferències fiables i significatives, d'una banda, entre mestres i pares i, d'altra banda, per sexes. Això es va traduir, després de múltiples estudis, en uns barems clarament diferenciats. A la pràctica resulta que la puntuació directa per arribar el percentil 90 (o a qualsevol altre) sempre és més baixa en els barems de les nenes que en els dels nens, i encara ho és molt més en el cas de l'escala de pares. Per tant, quan s'empren aquestes escales ja cal esperar que les diferències que pugui haver-hi en aquest sentit quedaran molt apaivagades. Evidentment calen més estudis per confirmar que els punts de tall que defensen els autors són els indicats, perquè podria resultar que són massa laxos en alguns casos. Però de tota manera, fins i tot si aquests punts es confirmassin i, per tant, la prevalença fos similar per a nens i nenes, encara persistiria una diferència crucial: el trastorn assoleix els nivells màxims de gravetat gairebé sempre en el cas dels nens, mentre que en el cas de les nenes tendeix a mostrar-se molt més moderat o lleu. És a dir, que el fet de tenir especial cura per traslladar a l'àmbit clínic les diferències que ja es donen en la població normal només suposaria donar l'oportunitat al fet que moltes nenes que presenten nivells d'inatenció, impulsivitat i sobreactivitat per sobre del que seria d'esperar en companyes de la seva edat puguin rebre atenció si realment tenen problemes acadèmics o de comportament, però no llevaria que el TDAH, en les seves formes més greus, continuï sent clarament predominant en els nens.

Quant a les reflexions de futur, necessàriament impliquen la constatació de dues evidències elementals: d'una banda, el reconeixement del TDAH dintre la psicopatologia infantil com un dels trastorns (si no el que més) que més implicacions negatives té per a la vida familiar, social i acadèmica del nen i, de l'altra, el fet que presenta una de les taxes de prevalença més elevades dins aquest àmbit. Amb això volem remarcar la necessitat d'un major esforç de les polítiques educatives i socio-sanitàries vers la detecció i el tractament d'aquests infants, si bé s'ha de tractar, al nostre parer, de polítiques ben orientades, guiades pels coneixements rigorosos que es tenen sobre el trastorn. Per exemple, el tema del diagnòstic del TDAH encara avui en dia és polèmic en certs aspectes, però els experts coincideixen en la necessitat de protocols d'avaluació objectius que, com a mínim, incloguin una revisió neuropediàtrica, qüestionaris i escales per a pares i mestres correctament baremades i centrades en criteris diagnòstic consensuats, entrevistes semiestructurades orientades als factors predisponents, proves d'avaluació del funcionament intel·lectual i del processament de la informació i tasques de laboratori centrades en aspectes atencionals i de control motor. No podem passar d'un extrem a l'altre, del que fins fa poc era un cert desconeixement i despreocupació sobre el tema fins al que podria arribar a ser un sobrediagnòstic: la reconversió del TDAH en un calaix de sastre que englobés tots els problemes comportamentals i d'aprenentatge de l'infant.

La correcta detecció del TDAH és, evidentment, la clau per al seu tractament eficaç. Aquest tractament també està envoltat de diverses polèmiques, si bé la majoria d'experts coincideixen, en general, en un enfocament multicomponent: en primer lloc la utilització correcta dels psicofàrmacs, com el metilfenidat, que en un elevat percentatge de casos han resultat útils per incrementar tant

el temps d'atenció de l'infant com la seva capacitat d'autoregulació motòrica i emocional. En segon cas, l'entrenament de pares i educadors en el maneig de tècniques i procediments per al control de conductes problemes típiques del TDAH; hi ha programes senzills i ben estructurats que han obtingut bons resultats. En tercer lloc la necessitat de fer les modificacions o adaptacions curriculars pertinents en funció del grau d'afectació de l'infant: a vegades és suficient realitzar canvis puntuals en la dinàmica de classe i a vegades cal aprofundir en l'adaptació curricular, però gairebé sempre l'atenció individualitzada (intra i extraescolar) és necessària. I, finalment, el treball intens amb l'infant centrat en tècniques cognitivoconductual que l'ajudin a desenvolupar els processos d'autoregulació alentits o deteriorats com també el seu comportament estratègic. Es tracta, òbviament, d'una intervenció a llarg termini, que com a molt tard ha de començar en els primers cursos de primària i que esperam que, tot i que pugui variar en freqüència i intensitat durant tot aquest temps, es mantingui fins als onze o dotze anys. Després, a l'adolescència, sovint gràcies a la intervenció i també als processos madurats, molts d'infants experimenten millores. És el moment d'ajudar-los en altres aspectes, com són les habilitats d'interrelació social, els estudis i/o la capacitació laboral, tot tendint cap a la seva plena integració. Sabem poques coses del TDAH a l'edat adulta, encara que en els darrers anys han augmentat tant la recerca com la preocupació social, amb la constitució fins i tot d'associacions d'afectats. És evident, però, que si s'ha rebut atenció des de la infància els possibles problemes que pugui haver-hi poden quedar molt atenuats.

En definitiva, atesa les característiques i les implicacions del TDAH que hem exposat aquí, del que es tracta és que tant des del sistema educatiu com socio sanitari es comencin a crear equips especialitzats, multidisciplinaris, que abordin correctament el tractament del problema, i que la nostra comunitat es posi al nivell d'altres països en aquest tema fonamental en els camps dels trastorns d'aprenentatge i de la psicopatologia infantil.

## REFERÈNCIES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).

DUPAUL, G. J., POWER, T. J.; ANASTOPOULOS, A. D.; REID, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. New York: Guilford.

### Per saber-ne més:

MORENO, I.; SERVERA, M. (2002). «Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad». A: SERVERA, M. (coord.). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil* (pàg. 217-254). Madrid: Pirámide.

SERVERA, M.; BORNAS, X.; MORENO, I. (2001). «Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento». A: CABALLO, V. E.; SIMON, M. A. (eds.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales* (pàg. 401-433). Madrid: Pirámide.

MORENO, I. (1995). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide (ojos solares).