



## PONÈNCIA:

### “Visió holística del TDAH”

per **Mercè Mabres** (Psicòloga Clínica. CSMIJ de Gracia.  
Fundació Eulàlia Torres de Beà. Centre Emili Mira)

---

L'extraordinària complexitat del cervell humà fa que en el camp de la salut mental es contrastin l'objectivitat de les proves empíriques dels tractaments amb les vivències de les persones. Si tenim en compte que estem intervenint en l'esfera mental del nen ens cal extremar la prudència. En el cas del TDAH existeix un debat viu i obert en la societat científica, educativa i la ciutadania. Si bé la controvèrsia estimula el pensament i amplia la visió de les coses, l'ús que es fa del diagnòstic del TDAH convida a fer esforços per trobar enfocaments holístics o integradors en els quals a partir d'una concepció biopsicosocial s'atengui aquesta realitat sindròmica des de la complexitat. Es demana que els protocols que elabori l'administració siguin d'autèntic consens entre les evidències científiques contrastables i la llarga experiència dels professionals de l'assistència pública del nostre país.

La simptomatologia del TDAH (dèficit d'atenció, impulsivitat e hiperactivitat per separat o de forma combinada) és una realitat que observem en molts nens i adolescents a les nostres consultes. No obstant el trastorn hiperquinètic està descrit des de fa més d'un segle i no s'han trobat fins al moment les causes que l'originen però el descobriment casual de Bradley el 1937 sobre l'efecte paradoxal de l'amfetamina Bazedrina en nens amb alteracions de conducta, va propiciar l'estudi dels psicoestimulants, derivats amfetamínics amb menys efectes secundaris. El 1955 es va comercialitzar el Metilfenidat als EEUU i el 1981 a Espanya. Els noms dels fàrmacs més utilitzats són: Rubifén, Concerta, Equasym, Elvanse i Strattera (Atomoxetina).

Tal com refereix el butlletí d'informació farmacoterapèutica de Navarra, la societat científica dominant considera el TDAH un trastorn bàsicament neurobiològic en el que hi ha un desequilibri químic dels neurotransmissors, uns gens relacionats amb el metabolisme i transport de la dopamina i un dèficit del desenvolupament de la zona frontal i dels ganglis basals del cervell, entre

d'altres, que es consideren responsables de les funcions executives (atenció i memòria sostinguda, planificació, control de la motivació i del moviment voluntari). Aquesta visió portarà en molts casos a una medicalització del quadre clínic que no exclou pautes educatives als pares i educadors, essent la psicoteràpia cognitiu-conductual l'única teràpia psicològica que es contempla.

No hi ha marcadors consistents i indicadors bioquímics determinants del TDAH però es considera que psicoestimulants com el Metilfenidat inhibeixen la recaptació de la dopamina i la norepinefrina en les neurones presinàptiques incrementant l'alliberació d'aquests neurotransmissors en l'espai extraneuronal i afavorint la sinapsi entre les neurones. En l'estudi del Tractament Multimodal de Nens amb TDAH (MTA) iniciat el 1995 per el NIMH (National Institute of Mental Health) l'agència d' investigació biomèdica i del comportament més important dels EE.UU es comparen els efectes del tractament amb Metilfenidat, el tractament psicossocial i el combinat a través de 19 variables. S'observen algunes petites millores en el tractament exclusiu amb metilfenidat i en el combinat però tan sols en el curt termini de 14 mesos. El nen pot reduir l'activitat motora, interrompre menys als companys, incrementar l'estat d'alerta i ser capaç de concentrar-se en tasques simples, rutinàries o repetitives a causa d'una millor atenció sostinguda. Però no es veuen aquests efectes als 2, 3 i 8 anys de tractament. A llarg termini s'observa un aplanament emocional, menys curiositat i flexibilitat cognitiva. Respecte els efectes físics cal destacar l'augment de la pressió arterial, la pèrdua de pes, lentitud en el creixement, insomni, cefalees i tics entre altres efectes.

El darrer estudi Cochrane del 2014 que aborda l'eficàcia del metilfenidat en nens i adolescents diagnosticats de TDAH a través de la revisió de 185 estudis, conclou que la qualitat de les proves disponibles en aquest moment no permet que es pugui tenir seguretat respecte a si prendre metilfenidat millorarà les vides dels nens i adolescents amb TDAH. El metilfenidat s'associa a diversos esdeveniments adversos no greus com problemes per dormir i disminució de la gana.

La prevalença del trastorn varia si s'aplica la classificació diagnòstica americana o europea. Segons el DSM-IV-TR són suficients sis símptomes de dèficit d'atenció o sis símptomes d'hiperactivitat/impulsivitat o d'ambdós. En canvi la classificació europea de l'OMS CIE-10 és més restrictiva i exigeix la presència de sis símptomes de dèficit d'atenció, més tres símptomes d'hiperactivitat i un símptoma d'impulsivitat. Desaprova els trastorns múltiples, eliminant la comorbiditat o patologia associada i quan hi ha trastorns afectius no recomana el diagnòstic de TDAH.

En el DSM-V s'amplia l'edat d'inici dels 7 als 12 anys per què es pugui incloure als adults, no exclou el diagnòstic d'autisme i en el cas d'adolescents de més de 16 anys rebaixa a 5 els símptomes de cada grup.

No hi ha proves psicològiques que el determinin més enllà del que seria l'exploració clínic dins dels dispositius de salut mental públics i privats. Les escales de valoració subjectiva tipus Conners, SNAP es consideren útils tan

sols com a complements doncs poden estar molt esbiaixades per la vivència, desgast o la tolerància de l'adult a les conductes dels nens.

A Catalunya el TDAH representava el 2008 un 14,84% dels pacients atesos al CSMIJ i l'any 2013 el 23,46%. Hi ha molts nens diagnosticats i medicats. Es calcula que la prevalença en el nostre país està entre el 5% i el 10%.

Considerem el TDAH com la manifestació d'un conjunt de símptomes vinculats a factors genètics, biològics, psicosocials i psicològics però no se'n coneix l'etiologia exacta. Es poden donar en diferents organitzacions de la personalitat i divers tipus de funcionaments mentals. Tal com diu Juan Larbán (Sepypna Eivissa) els factors psicològics i psicopatològics a més d'implicar un gran sofriment i malestar, tenen un paper determinant en les manifestacions del TDAH i no són només comorbiditats afegides a un trastorn neurològic pur com es considera en el DSM-IV. La varietat i complexitat clínica del TDAH necessita diagnòstics diferencials acurats i abordatges terapèutics múltiples que no poden limitar-se exclusiva i principalment a l'administració de fàrmacs com tantes vegades passa a la pràctica. Calen ajudes especialitzades i individualitzades de tipus psicològic, familiar i escolar dins d'un abordatge absolutament personalitzat per cada pacient i família.

Parlar del fet genètic-ambiental és parlar de la influència dels estils de vida en les persones de manera que la cosa genètica predisposa però no determina el futur de la persona. Hi ha moltes variacions genètiques contínues al llarg de la vida i no es coneix fins al moment una especificitat concloent en els gens responsables del TDAH. L'ambient en el qual vivim és molt hiperactiu, es dedica poc temps a la comprensió, la interacció pausada, no programada. L'atenció és molt dispersa, estem pendents de moltes coses alhora que ens preocupen, atrauen i distreuen. Si les emocions pul·lulen pel psiquisme de forma desorganitzada és molt difícil centrar l'atenció.

Els símptomes que es descriuen en el TDAH es poden donar en molts funcionaments psíquics que van des de la normalitat (nen més mogut, despistat o curiós) fins a la psicopatologia. De forma separada o combinada poden ser la manifestació de Retard mental, Trastorns d'aprenentatge, Trastorns del comportament, Trastorns generalitzats del Desenvolupament (nens psicòtics o amb nuclis psicòtics), Trastorn d'espectre Autista, Trastorns afectius: nens deprimits, ansiosos, Trastorns emocionals amb expressió somàtica, Carències afectives greus, Trastorns neurològics, Trastorn límit de la personalitat, Abús de substàncies o per factors ambientals com l'estrès, la negligència, l'abús infantil, la malnutrició i quan els nens ha crescut sense límits o quan aquests han estat inadequats, incoherents o posats sense empatia.

Fins aquí aquesta introducció en la conceptualització del TDAH i ara passaré a explicar l'abordatge d'aquesta complexitat psicològica a través d'un cas que ens arriba ja medicat. Abans però us voldria recordar aquests llibres per si voleu ampliar la informació així com també podeu trobar molts articles en la revista de SEPYPNA i de la Fundació Orienta.

Cas Dani 8 anys

Varen consultar al CSMIJ per iniciativa pròpia quan el nen tenia 8 anys. La mare ve acompanyada del nen i explica que mentre esperaven la visita, el va portar a una logopeda de l'escola que va recomanar que li miressin l'atenció en una unitat de trastorns de l'aprenentatge escolar on li diagnosticarien TDAH.

En aquest mateix període de temps també el va portar a un centre de desenvolupament infantil on eren reticents a la medicació per el que va tornar a la primera unitat on li varen receptar el Concerta. Com que li provocava vòmit li varen donar Rubifén que tampoc li va anar bé per què se li ennuvolava la vista. Finalment li donen Medikinet 10 mg. amb la idea de pujar fins a 20 mg. però la mare no sap què fer doncs tampoc el voldria estar medicant tota la vida.

Encara no sabem què fa pensar que el nen tingui un TDAH però sí que hi ha una urgència hiperactiva per trobar una medicació que canviï algun funcionament del nen. La mare, angoixada pel nen, fa contínues actuacions anant d'un cantó a l'altre sense poder pensar i esperar la consulta. El vol medicar però tampoc se'n refia de la medicació i els efectes secundaris o dependència que pugui ocasionar.

El nen és eixerit i simpàtic, més aviat primet i menut de talla. Ens diu que ara està bé. A la mare la preocupa el tema social. El nen diu que no li deixaven xutar la pilota quan li tocava i feien que s'esperés, ara el deixen jugar i no el fan enrabiari. Li pregunto si ara se sent més atent o més pacient i em respon que te de pegar al seu germà, amb això no té paciència. La mare diu que al cole feien que els perseguís, ara si li diuen que torni a fer el King Kong no vol. El nen s'ha posat a mirar un àlbum de cromos de "invízimals" que són una mena de combinació entre animals i monstres. Aclareix que són aquests cromos que es posen en la consola i surten a la pantalla. La mare de seguit em diu que no et consola i el nen amb un to desafiant però també simpàtic diu: ya verás cuando acabe el curso, jajaja! La mare corrobora que li han ofert la consola si treu bones notes. Ha sospès les mates perquè posava uns números per altres, cosa que ha canviat amb la medicació que pren des de fa quinze dies.

La mare afegeix que és un nen molt bo però que abusen d'ell i que ara "estem millorant l'autoestima" amb l'ajuda de la senyoreta que l'anima i reforça. Mostra una dificultat per mirar-se el nen com algú diferenciat d'ella i amb una subjectivitat pròpia. S'alia amb el nen projectant les dificultats fóra d'ell. En un moment determinat la mare li treu d'una revolada l'àlbum que el nen va mirant mentre parlem. El nen es posa a toquejar la cadira i la mare diu que és de tocar molt a la gent i que cap a les set del matí va al llit dels pares. M'interesso per si té alguna mena de por o malsons i em diu que sí.

Un peluix que sortia de l'armari i li feia por, era molt lleig. La mare li pregunta pel somni d'avui i el nen diu que aquest sí que és confidencial. D'aquesta manera es fa l'interessant reclamant la meua atenció però acaba explicant diverses altres pors: la sang que surt quan algú és mort, que ell és un cuc i l'ataquen les àligues, que hi ha taurons a terra... i fins i tot, un cop va somiar que al entrar al col·legi, un lleó matava al seu amic. El nen segueix dient que hi ha altra cosa confidencial, secreta... reiterant de nou la necessitat de què jo

mantingui l'interès per tot el que m'està explicant. La mare s'ha quedat bastant aclaparada per les pors que el nen expressa. Com tantes vegades passa un cop expressades les conductes i símptomes apareix allò més de fons que neguiteja. Poden ser aspectes depressius, desconnectats o fòbics com en aquest cas o també quelcom dins de la normalitat que no s'acaba d'entendre. Explico el nostre enfocament del TDAH pel qual tractem de no quedant-se en el comportament sinó que intentarem explorar com viu i sent les coses el Dani. Programem unes visites exploratòries i per entremig altre visita amb els pares per fer els antecedents personals o anamnesi.

Venen ambdós pares i la mare comença explicant situacions en les quals Dani es fa rebutjar per la seva inquietud que relaciono amb les pors de les quals ens parlava l'altre dia. La mare aporta que costa molt treure-li la idea que porta al cap. El pare es manté silenciós amb un somriure inexpressiu, delegant totalment en la mare. En un moment determinat intervé per desmarcar-se de qualsevol preocupació o responsabilitat dient que ell només el veu quan arriba de treballar i ja és tard. La mare segueix dient que des de sempre ha estat un nen mogut i juganer i ha d'aprendre que no es tracta de jugar tota l'estona.

Va iniciar la guarderia amb dos anys havent estat cuidat fins aleshores per la mare. Quan comença segon de primària se'l comença a veure immadur respecte el grup. Ha controlat l'esfínter uretral als set anys i fins als sis anys se l'ha hagut d'acompanyar per què agafés el son. Quan dorm el seu moviment és continu.

Respecte als inicis diu que el part el varen provocar un temps abans del final de l'embaràs doncs el seu metge ho fa sempre així. En la ment de la mare ja hi havia la pressa, fins i tot per què naixés però després Dani s'ha anat resistint a fer-se gran: vol jugar tot el temps, controla esfínters tard, li ha costat jugar i dormir sol, no mastega la carn i la verdura la menja triturada. De petit quan agafava una cosa no li durava ni cinc minuts a les mans. Ara té una fal·lera pels cromos, fa quatre col·leccions a l'hora i no les acaba.

Va ser un nen desitjat i el part va anar bé però no li va donar el pit perquè no es va veure en cor. No ho expressa però s'intueix que devia sentir-se desbordada per l'ansietat del contacte tan estret com suposava alletar-lo i les angunies sobre si l'alimentaria prou bé. Dani busca encara el contacte físic, fins fa dos anys la feia estar al seu costat al llit per adormir-se, ara se li posa al costat cada matí.

A una de les sessions exploratòries la mare em diu que me'l volia portar sense medicació però al final li ha hagut de donar. Abans que finalitzi l'exploració la mare mostra molta necessitat d'explicar-me que el nen torna a estar molt nerviós, es mossega la samarreta, li pren les cartes al germà, provoca als companys i no sap si li ha d'augmentar la medicació. Semblaria que la mare està més disposada a veure les dificultats pròpies del nen però aguanta molt poc i li costa molt ajudar al nen a posar nom als seus malestars o temors per poder-lo contenir en la seva ansietat que descarrega a través de la hiperactivitat i impulsivitat.

A la devolució diagnòstica els hi explico que Dani és un nen intel·ligent però que pateix molta ansietat, d'aquí també la hiperactivitat. És un nen simpàtic, eixerit i desinhibit. Instrumentalment destaca l'expressivitat dels dibuixos ni que estan molt gargotejats i mostren certa tensió així com agressivitat i ansietats de mort en les històries que els acompanyen. Apareix cert to maníac a mode de defensa però que no priva que emergeixi també la seva fragilitat i sentiment de persecució. Dani sent molta por, inseguretat i li costa pensar de forma diferenciada. S'ha de moure per sentir-se viu i ha de controlar per protegir-se inconscientment de l'amenaça. Però és també un nen espontani que utilitza l'humor en forma d'ironia per atraure l'atenció i disminuir el seu malestar. En l'escriptura li costa també seguir les normes, tal com Dani voldria que fossin en general les coses.

Es programen unes entrevistes de seguiment psicoterapèutic alternat pares/nen d'una banda i amb la psiquiatra per què porti el seguiment de la medicació.

La mare s'identifica amb les dificultats que té el nen per centrar l'atenció i a l'hora de relacionar-se amb els altres. Comunica amb molta emoció que de petita a ella també li passava, li preocupa el factor hereditari com a factor que impossibilita el canvi. Va veient la immaduresa del nen. Comença a constatar una inapetència i baixada del pes.

En el seguiment psicològic s'aborda la immaduresa del nen, les pors i la manca de diferenciació emocional. Se'ls hi parla als pares de la necessitat de reassegurar el nen i observar allò positiu que també té. S'apunta la possibilitat d'oferir-li un tractament Reeducatiu que treballi no tan sols les funcions del pensament (atenció, diferenciació, anàlisi, síntesi, raonament, deducció...) sinó també els aspectes relacionals que puguin sorgir. Com a servei públic que som aquest recurs requerirà un temps d'espera en el que anirem continuant el seguiment psicològic i farmacològic.

Es posen de manifest les dificultats a l'hora de posar els límits per part dels pares en el sentit de massa permissivitat a l'hora d'anar a dormir, permeten que el nen vegi pel·lícules o jugui a videojocs que estimulen les seves pors. S'orienta als pares per que els límits siguin raonables, coherents i estiguin posats amb una fermesa carinyosa ja que s'observa també la tendència al recurs del càstig per reconduir les conductes.

Treballem la necessitat de fer tasques compartides amb el nen per exercitar l'espera i tolerar el procés de les coses. A la mare li costa diferenciar-se i poder veure les dificultats del nen per les que en ocasions Dani no pot contenir l'ansietat, es fa renyar per la tutora, reclama l'atenció fent-se el graciós o sent que li fan el buit en la relació amb els companys.

Repassem maneres de contenir el nen, entenen la seva ràbia, frustració i tot allò que li passa per dins. En una ocasió el nen li demana a la mare que l'abraci fort doncs pensa en la mort. A través d'aquestes pors intenses i ansietats de mort que el nen expressa s'ajuda a la mare a que vegi la impulsivitat i la hiperactivitat com l'evacuació abrupta del malestar intern del nen. El treball amb

aquesta mare tan sola i amb tanta ansietat es fa difícil, la immaduresa del nen ocupa ara el lloc del TDAH en el sentit de quelcom inamovible que justifica totes les dificultats.

La mare consulta amb altre psiquiatre privat en un moment en que ha deixat pel seu compte de donar-li la medicació i busca tractament psicològic pel nen. Davant l'efecte rebot que semblaria un empitjorament, el psiquiatre li prescriu altre fàrmac. D'altre banda es fa nou informe d'assistència recomanant a l'escola mesures específiques per atendre el TDAH del nen i per que l'ajudin a pensar en les reaccions impulsives que pugui tenir.

S'indica a la mare un grup d'Habilitats Emocionals per pares (GHEM) en el que mitjançant un abordatge breu de vuit sessions s'ajuda als pares a que puguin observar i connectar amb els fills, més enllà de les conductes que aquests presenten. La mare assisteix tan sols a una sessió.

Es planteja l'efectivitat de la medicació, recorda els períodes en que aquesta s'ha reduït o interromput i que malgrat tot no han anat malament. Anul·len un seguit de visites per diferents esdeveniments familiars.

A l'estiu deixen de donar-li la medicació, el nen creix físicament i en el nou curs millora a nivell de notes a excepció de la plàstica que al ser una activitat menys estructurada precisa més autoregulació i paciència. Se li torna a prescriure medicació, ja que l'escola ho demana però la nostra psiquiatra acorda uns períodes acotats per què prengui la mateixa.

Finalment arriba la possibilitat de fer la Reeducació, s'avaluen els canvis des de l'inici del procés i es valora aprofitar aquest recurs pel que té de tractament individual per poder treballar més intensivament amb el nen ni que ara les prioritats no seran tant de Reeducació com en el moment en que aquesta es va indicar. Ara el treball es centra en la seva actitud a classe i la relació amb els companys. A través de la coordinació amb l'escola sabem que el Dani s'excusa pel fet del TDAH sentint com si això li permetés fer de tot. La Reeducació va agafant un caire cada cop més psicoterapèutic analitzant els sentiments que s'hi donen en la relació amb els companys tot i permeten l'expressió dels seus aspectes més infantils al costat dels més evolucionats. El nen segueix millorant escolarment i ja no pren la medicació, la mare va connectant amb el sofriment mental del nen podent reaccionar de forma més empàtica i compassiva, refermant i millorant el vincle desorganitzat e insegur que abans existia.

A través d'aquest cas he volgut mostrar el treball psicològic amb la mare i el nen com acompanyament d'una ajuda farmacològica que ens ve imposada. Les dificultats d'aprenentatge i relacionals del nen es disposen en quelcom constitucional o hereditari. La mare es mostra sola respecte al pare i desbordada per l'ansietat enfront de la que fuig a través de contínues actuacions. Dani presenta ansietats de caire persecutori que no troben contenció per part de l'entorn. La hiperactivitat que presenta és un mecanisme de supervivència pel qual avisa del seu patiment intern.

Conclusions

La medicació no cura però pot estar indicada quan la simptomatologia envaeix tots els entorns amb els quals el nen interacciona. El diagnòstic basat en la complexitat de la psicopatologia ens permet treballar les falles relacionals que conjuntament amb els factors hereditaris, bioquímics, ambientals i de transmissió psicològica generacional hauran donat lloc a un funcionament més o menys alterat.

Quan els cuidadors no poden processar els estats mentals del bebè i dels nens i es defenen de forma evitativa, es preocupen de forma exagerada o es centren tan sols a tenir cura d'allò físic, impedeixen que el nen adquireixi una representació dels mateixos. En aquesta situació de dificultat de contenció de l'experiència psicològica, dels pensaments i dels sentiments, el self busca altres vies d'evacuació a través del comportament (actuació, provocació, auto i heteroagressions), el moviment sense objectiu (hiperactivitat), la impulsivitat o les somatitzacions.

En el cas del TDAH sembla que haguem desaprès el que sabíem. La capacitat per explorar, aprendre i tenir una autonomia es desenvolupa a través del vincle afectiu segur amb el cuidador o cuidadors primaris. Tal com diu la dra. Eulàlia Torras: de l'interès i atenció focal de la mare sorgeix l'interès i l'atenció focal del nen i la seva capacitat de concentrar-se. De la comunicació que s'estableix amb el bebè i la verbalització sorgeix la capacitat de comunicar-se del nen. De la resposta coherent als estats d'ànim i necessitats dels bebès neix la capacitat de diferenciació, síntesi i abstracció. Les relacions d'estima i d'aferrament sa dels pares cap als fills seran la base de la capacitat d'estimar i de socialitzar-se. A través de les atencions físiques dels pares i el plaer del joc el nen construeix el seu esquema corporal i la seva orientació a l'espai, en el temps, l'equilibri i la motricitat que són també bàsiques en l'aprenentatge. Tot això s'ha observat experimentalment i s'ha corroborat des de fa anys a través de les investigacions per neuroimatge.

Aquests estudis demostren que el desenvolupament de les neurones, dendrites i arboritzacions, sinapsis i neurotransmissors necessaris per les connexions i la mielinització depenen des del principi de la vida de la quantitat i qualitat dels estímuls que el nen rebí en la seva interacció amb l'entorn. Això determinarà la qualitat de les funcions del sistema nerviós i el desenvolupament psíquic d'aquest nen influint també a l'etapa adulta.

Ens hem de preguntar si els sistemes de criança que tenim són els adequats. Sobre els efectes de la delegació en altres i la dispersió de cuidadors que suposa l'ingrés a la guarderia als quatre mesos, abans que el nen hagi pogut fer un bon vincle amb els seus pares. El vincle segur és el que permet explorar, aprendre, separar-se emocionalment i relacionar-se de forma diferenciada. El trastorn del vincle es transmet generacionalment i repercuteix en el sosteniment emocional i l'evolució dels fills.

Els nens necessiten ser entrenats en la tolerància a l'esforç i al procés de les coses. També que els límits siguin posats amb afecte i empatia per no danyar el vincle. Tot plegat requereix temps d'intercanvi relacional. En general és



necessari que es posi èmfasi i es valori a la societat, dins de la parella i la família l'efecte que produeix l'estrès per tantes exigències com tenim i ens imposem, la dispersió tecnològica i la quantitat d'oferta lúdica que ens permet gaudir però que haurem de limitar per què ens treu temps per reflexionar i interaccionar més a fons i concretament amb els fills de totes les edats.

Les baixes laborals són massa curtes, s'hauria de lluitar contra la demagògia que suposa fer creure que el progrés està en funció de crear més places de guarderia. Caldria una autèntica conciliació familiar amb una baixa maternal més llarga tot assegurant la reincorporació laboral i el reciclatge necessari en el moment de tornar a la feina.

Els adults en general hem d'acceptar que vivim també en el culte a la immediatesa, sota massa pressió, influenciats per mitjans de comunicació que informen però que també manipulen o es deixen influir per líders d'opinió que creen tendència com en el cas del TDAH.

Davant de tot això hauríem de tornar a recordar el que sabem, seguir ampliant-ho i practicar-ho.

Mercè Mabres

Fundació Eulàlia Torras de Beà: [mmabres@fetb.org](mailto:mmabres@fetb.org)

Centre Emili Mira: [mmabres@gmail.com](mailto:mmabres@gmail.com)

#### Bibliografia:

Areny, M. Construcció de l'afectivitat segons el pensament psicoanalític.

Recuperat a:

<http://www.desenvolupa.net/Ultims-Numeros/Numero-34/Construccio-de-l-afectivitat-segons-el-pensament-psicoanalitic-Marta-Areny-i-Cirilo>

Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra: Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva nov-des 2013. Vol. 21, nº5.

Recuperat a:

[http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47EADFE7-470B-4BC7-B903-373C2E834804/278105/Bit\\_v21n6.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47EADFE7-470B-4BC7-B903-373C2E834804/278105/Bit_v21n6.pdf)

Busquets, L. Quin és el treball terapèutic en primera infància segons el pensament psicoanalític? *Desenvolupa*. 01-2015

Recuperat a:

<http://www.desenvolupa.net/Ultims-articles/Quin-es-el-treball-terapeutico-en-primera-infancia-segons-el-pensament-psicoanalitic-Lourdes-Busquets-i-Ferre-01-2015>

El TDAH en España. Propuestas estratégicas. PANDAH

Recuperat a:

<http://www.feaadah.org/es/difusion/winarcdoc.php?id=775>

Guía de Práctica Clínica del SNS sobre el TDA/H en niños y adolescentes, (2010). *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*.

Recuperat a:

<http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/apartado00/recomendaciones.html>

Guía Clínica sobre el TDA/H en niños y adolescentes. *Comunidad de Castilla-La Mancha-Centro*. (2010).

Recuperat a:

<http://www.seypna.com/documentos/guia-tdah-isbn.pdf>

Larbán, J.: La Práctica clínica en los trastornos mentales y en especial, en el trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad (TDA/H). Recuperat a: <http://www.fundacioorienta.com/pdf/Practica%20clinica%20en%20el%20trastorno%20por%20deficit%20de%20atencion.pdf>

Lasa, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, p, 5-81.

Recuperat a:

<http://www.seypna.com/articulos/hiperactividad-trastornos-personalidad-1/>

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

Recuperat a:

[http://www.fundacioorienta.com/pdf/Dr\\_Lasa\\_Article.pdf](http://www.fundacioorienta.com/pdf/Dr_Lasa_Article.pdf)

Lasa-Zulueta, A. y Jorquera-Cuevas, C. *Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2007/09.

Recuperat a:

[http://www.asmi.es/arc/doc/Informe%20OSTEBA\\_Evaluacion%20de%20la%20situacion%20asistencial%20en%20el%20TDAH.pdf](http://www.asmi.es/arc/doc/Informe%20OSTEBA_Evaluacion%20de%20la%20situacion%20asistencial%20en%20el%20TDAH.pdf)

Lasa, A.(2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao, ALTXA.

Mabres, M. (Coord.) (2012). *Hiperactividades y Déficit de Atención. Comprendiendo el TDAH*. Barcelona, Octaedro.

Moncrieff J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona, Herder.

Pla director de salut mental i addiccions. Protocol per al maneig del Trastorn per dèficit d'atenció amb Hiperactivitat (TDAH) infanto juvenil en el sistema sanitari català. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya; 2015.

Guía de Práctica Clínica del SNS sobre el TDA/H en niños y adolescentes, (2010). *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*.

Recuperat a:

<http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/apartado00/recomendaciones.html>

Tizón, J. L. (2007). El "niño hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización? *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. M2, p, 23-30. Fundación Orienta. Barcelona.

Recuperat a:

<https://docs.google.com/file/d/0B1LMnkSwvLIMjFiZTA0ZWYtMGJkYS00ZTMYLTKxNjYtZWZIMzExYmJjNWNj/edit?ddrp=1&hl=en#>

Tizón, Jorge L. El peligro de medicalizar aún más las relaciones con los niños *Cuadernos de Pedagogía, N° 463, Sección Tema del Mes*, Enero 2016, Editorial Wolters Kluwer, ISBN- ISSN: 2386- 6322

Recuperat a:

[http://www.cuadernosdepedagogia.com/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAO29B2AcSZYlJi9tynt\\_SvVK1-B0oQiAYBMk2JBAEOzBiM3mkuwdaUcjKasqgcpIVmVdZhZAzO2dvPfee--999577733ujudTif33\\_8\\_XGZkAWz2zkrayZ4hgKrlHz9-fB8\\_lorZ7L0nb3bo2dt7uL\\_78Bde5nVTVMvP9nZ27-\\_u7e3hg-L8-mk1fXO9yj87z8om\\_38AnGkR-DUAAAA=WKE](http://www.cuadernosdepedagogia.com/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAO29B2AcSZYlJi9tynt_SvVK1-B0oQiAYBMk2JBAEOzBiM3mkuwdaUcjKasqgcpIVmVdZhZAzO2dvPfee--999577733ujudTif33_8_XGZkAWz2zkrayZ4hgKrlHz9-fB8_lorZ7L0nb3bo2dt7uL_78Bde5nVTVMvP9nZ27-_u7e3hg-L8-mk1fXO9yj87z8om_38AnGkR-DUAAAA=WKE)

Torras, E. (2009). Las interacciones tempranas actuales y sus destinos *WAIMH, Universitat de Múrcia*, 30 maig 2009. Recuperat a:

<http://www.fetb.org/recerca-i-publicacions/las-interacciones-tempranas-actuales-y-sus-destinos.htm>

Ubieto, José R. (2014): *TDAH. Hablar con el cuerpo*. Barcelona: UOC

Valverde, Miguel A.: El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDAH. *Norte de salud mental*, 2015, vol. XIII, n° 52: 11-26.

Recuperat a:

[https://www.google.es/?gws\\_rd=ssl#q=Norte+de+salud+mental%2C+2015%2C+vol.+XIII%2C+n%C2%BA+52:+11-26.+](https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=Norte+de+salud+mental%2C+2015%2C+vol.+XIII%2C+n%C2%BA+52:+11-26.+)

Whitaker, R. TDAH o una Sociedad que se va de rositas. *Infocop*, 29-1-2016.

Recuperat a:

[http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47EADFE7-470B-4BC7-B903-373C2E834804/278105/Bit\\_v21n6.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47EADFE7-470B-4BC7-B903-373C2E834804/278105/Bit_v21n6.pdf)