
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Cordero Bouzas, David; Blanch Gelabert, Sílvia, dir. Una aproximació crítica al TDAH. : Discursos actuals, pràctiques escolars i experiències d'infants, joves, famílies i professionals implicats. 2014. 48 pag. (847 Grau en Educació infantil)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/122419>

under the terms of the  license

Treball fi de Grau 2013/2014



Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Ciències de l'Educació



Una aproximació crítica al TDAH

Discursos actuals, pràctiques escolars i experiències d'infants, joves, famílies i professionals implicats.

Nom de l'élève: David Cordero Bouzas

Nom de la tutora: Sílvia Blanch Gelabert

Department

Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació

Data: 16 de juny del 2014

Grau: Grau Educació Infantil

Índex

0. Resum en català, castellà i anglès.....	1
1. Introducció i definició del projecte	2
2. Objectius Generals i Específics.....	3
3. Disseny de la recerca	3
3.1 Metodologia	3
3.2 Instruments	4
3.3 Participants	4
4. Revisió d'antecedents.....	5
4.1. Revisió d'antecedents teòrics.....	5
4.1.1 Origen i classificacions del TDAH des de la biomedicina/Psiquiatria	5
4.1.2 Què és i causes?	6
4.1.3 Síntomes.....	7
4.1.4 Tractaments	7
4.1.5 Deconstrucció del TDAH	9
4.2 Revisió de polítiques, projectes i guies d'intervenció.....	11
4.2.1 Recopilació de polítiques. Lleis educatives i associacions d'afectats	11
4.2.2 Propostes d'intervenció a l'escola	12
5. Anàlisi i interpretació de les dades.....	13
5.1 Com s'entén el TDAH? Què és?	13
5.2 Procés de diagnòstic?	13
5.3 Tractament.....	14
5.4 Escola.....	15
5.4.1 Tipus de professor/a.....	15
5.4.2 Gestió a l'aula	16
5.4.3 Escola i serveis educatius	16
5.4.4 Escola inclusiva.....	16
5.4.5 Crítica al sistema educatiu.....	17
6. Discussió de resultats	17
6.1 Àmbit Sanitari.....	17
6.2 Àmbit Educatiu.....	19
7. Conclusions	21
8. Consideracions finals.....	23
9. Referències Bibliogràfiques	24
Annexos.....	27
Annex 1 Guió d'entrevistes	28
Quadre resum entrevistats	30
Annex 2 Recull de premsa sobre el TDAH (1991-2013).....	31
Annex 3 Criteris del DSM-IV, CIE-10 i CFTMEA en relació al TDAH.....	34
Annex 4 Definicions i classificacions del TDAH: DSM, CIM i CFTMA (elaboració pròpia a partir de les guies analitzades).....	36
Annex 5 Efectes secundaris de la medicació (elaboració pròpia):	37
Annex 6 Protocol d'actuació envers el TDAH (Tizón 2007)	39
Annex 7 Mapes conceptuals de 3 protocols d'actuació específics de TDAH.....	40
Annex 8 Mètode Davis, una alternativa esperançadora	43
Annex 9 Mapa conceptual de la relació entre professionals implicats en el TDAH (elaboració pròpia)	45
Annex 10 Característiques d'aprenentatge: neurotípics i neurodiversos	46

0. Resum en català, castellà i anglès

El Trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDAH) es presenta com l'alteració del comportament infantil més comuna. El debat sobre la seva existència o no, malgrat no ser nou, continua viu i s' suscita un alt interès social. En aquest treball es fa una recerca qualitativa sobre els antecedents teòrics on es revisen les polítiques, projectes i guies d'intervenció a l'aula, per tal de desenvolupar un marc teòric crític sobre el concepte TDAH.

La informació recollida, analitzada i comparada, es contrasta amb les entrevistes realitzades als agents implicats. Els resultats del treball mostren que els infants es troben amb greus problemes a l'escola i com les famílies pateixen situacions d'angoixa i desorientació. L'escola es presenta com una entitat neutra, sovint descoordinada de la sanitat on el discurs mèdic legitima el diagnòstic i el tractament farmacològic com la solució a curt termini per aturar els símptomes.

Paraules clau: **TDAH, hiperactivitat, dèficit atenció, guiés d'intervenció aula.**

El Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) se presenta como la alteración del comportamiento infantil más común. El debate sobre su existencia o no, a pesar de no ser nuevo, sigue vivo y se provoca un alto interés social. En este trabajo se hace una investigación cualitativa sobre los antecedentes teóricos donde se revisan las políticas, proyectos y guías de intervención en el aula, para desarrollar un marco teórico crítico sobre el concepto TDAH.

La información recogida, analizada y comparada, se contrasta con las entrevistas realizadas a los agentes implicados. Los resultados del trabajo muestran que los niños se encuentran con graves problemas en la escuela y como las familias sufren situaciones de angustia y desorientación. La escuela se presenta como una entidad neutra, a menudo descoordinada de la sanidad donde el discurso médico legitima el diagnóstico y el tratamiento farmacológico como la solución a corto plazo para detener los síntomas.

Palabras clave: **TDAH, hiperactividad, déficit de atención, guías de intervención en el aula.**

The Attention Deficit Disorder with or without hyperactivity (ADHD) is presented as altered most common childhood behavior. The debate over its existence or not, although not new, is still alive and causes a high social interest. In this paper a qualitative research on the theoretical background where policies, projects and intervention guidelines are reviewed in the classroom, to develop a critical theoretical framework concept is ADHD.

The information collected, analyzed and compared, contrasted with interviews with those involved. The results of the study show that children encounter serious problems in school and as families suffer situations of distress and disorientation. The school is presented as a neutral entity, often uncoordinated of healing where medical discourse legitimizes the diagnosis and drug treatment as short-term solution to stop the symptoms.

Keywords: **ADHD, hyperactivity, attention deficit, guided intervention classroom.**

1. Introducció i definició del projecte

"Sembla el cul d'en Jaumet, que mai no està quiet"

El TDAH no és nou. La nostra tradició oral encara conserva aquesta expressió per referir-se al conjunt de símptomes que junts construeixen el que avui es coneix com a TDAH (hiperactivitat, dèficit d'atenció i impulsivitat). Actualment és el trastorn d'aprenentatge més diagnosticat a la infància (Timimi 2005, citat per Bailey, 2013. p.1). Tant el *Ministerio de Educación* com el Departament d'Ensenyament estan aplicant mesures (LOMCE i resolució ENS/1544/2013) per afrontar el trastorn a les escoles, en edats cada vegada més primerenques, a demanda de les associacions de famílies afectades.

L'objectiu d'aquest treball és identificar els discursos generals existents i analitzar l'evolució i l'impacte que han tingut en algunes pràctiques educatives a través de la recopilació i ordenació dels antecedents teòrics i la revisió de polítiques, projectes i guies d'intervenció, per tal de desenvolupar un marc teòric crític sobre el concepte TDAH, que posteriorment farà servir per analitzar les entrevistes realitzades a infants, joves, famílies i professionals implicats.

El TDAH sembla que no tingui repercussions a l'etapa infantil i que siguin les etapes posteriors les afectades, però això no és així. Existeixen estudis en què s'alerta de l'ús de psicofàrmacs a infants cada cop més petits amb xifres de l'1% en edats entre els 2-4 anys (Bursztejn, Chanseau, Geismann, Golse i Houzel, 2000). Tanmateix, el DSM V (*Manual de Diagnòstic Estadístic* 2013) ha ampliat l'edat per diagnosticar (sembla que vol continuar avançant-la), situant-se entre 7 i 12 anys. Als EAU, als anys 80, menys de l'1% dels infants estaven diagnosticats. L'any 2003 era el 7,8 % dels menors entre 4 i 17 anys (Horwitz, 2010). A Espanya succeeix el mateix; a Euskadi s'ha multiplicat per 17 els tractaments per TDAH augmentant exponencialment el consum de fàrmacs entre 2001 i 2005 (Lasa i Jorquera, 2009). **Cal preservar l'Educació Infantil del discurs mèdic** que legitima la diagnosi del TDAH i **contagiar les metodologies** vivencials, experimentals i significatives (pròpies de l'educació infantil) a la resta d'etapes educatives.

He triat aquest tema per raons personals i professionals. La primera perquè tinc familiars afectats amb el trastorn i jo mateix presento símptomes de TDAH, tot i que no estic diagnosticat. La segona perquè he treballat amb alumnes (2-6 anys) que presentaven símptomes de TDAH i les mesures que es duen a terme no tenien en compte plantejaments inclusius. A la vegada, voldria aprofundir sobre el fenomen cursant el màster de psicopedagogia.

El treball **s'estructura** en 5 apartats.

- La **revisió d'antecedents**, per tal de construir un marc teòric per conèixer els orígens, les classificacions, les causes, símptomes, tractaments, marc legal, polèmiques a la premsa, propostes d'intervenció a l'escola i els postulats en contra del trastorn. Tanmateix, la revisió d'antecedent m'ha servit per donar resposta a dos dels objectius específics que em plantejava al treball, necessaris per comprendre la dimensió del trastorn,
- El **disseny** de la recerca, per tal d'organitzar i planificar les entrevistes.
- **L'anàlisi** de les dades, per tal de fer el buidatge de les entrevistes a partir d'uns indicadors previs, seguint el guió d'entrevistes.
- La **discussió dels resultats i les conclusions**, per tal de donar a conèixer els resultats de la recerca.
- Els **annexos** esdevenen una font d'informació necessària i imprescindible per tal d'entendre la dimensió del treball. La seva recopilació m'ha permès comprendre la globalitat i la quantitat d'agents que intervenen en el debat sobre el TDAH.

2. Objectius Generals i Específics

La revisió del DSM V (2013) ha avançat l'edat de diagnosi situant-se entre els 7 i 12 anys a la vegada que avancen fructuosament els estudis sobre infants medicats entre 2-4 anys. Davant d'aquesta realitat que avança cap a l'educació infantil, legitimada pel discurs mèdic, he volgut reflectir al treball, **no l'inici de la diagnosi a l'etapa infantil**, sinó el **procés i evolució** dels símptomes i conductes que han viscut i viuen els afectats i els agents implicats, **des de l'etapa infantil fins a l'adolescència**. És per aquest motiu que he entrevistat a adolescents afectats, les seves famílies i professionals implicats, com explico àmpliament al punt 3.3.

- Objectiu general:

Identificar els discursos generals sobre el TDAH analitzant l'impacte que ha tingut en algunes pràctiques educatives.

- o Objectius específics:

1. Desenvolupar una revisió **teòrica i crítica** sobre el concepte TDAH.
2. Recollir i analitzar les **polítiques i programes d'intervenció** desenvolupats al voltant del TDAH a Espanya i específicament a Catalunya.
3. Analitzar els **discursos**, les **experiències i pràctiques** d'alguns dels agents implicats: infants i joves, les seves famílies i professionals vinculats (mestres, psicòlegs, psicopedagogs i psiquiatres).

3. Disseny de la recerca

3.1 Metodologia

Per tal d'assolir els objectius exposats s'ha desenvolupat una **metodologia qualitativa**, a través de la recopilació d'antecedents i entrevistes als agents implicats. Inicialment s'ha realitzat un **estat de la qüestió** que pretén recopilar i analitzar de forma crítica la literatura científica existent sobre el tema des dels àmbits educatiu, mèdic i psicopedagògic. A través d'aquesta recopilació d'antecedents s'han creat uns indicadors que s'han utilitzat posteriorment per l'anàlisi de les entrevistes.

A partir de l'anàlisi de l'estat de la qüestió, s'ha realitzat una **recopilació i anàlisi de polítiques i projectes** (concretament lleis i decrets educatius així com els protocols d'actuació recomanats per personal sanitari i per alumnes amb TDAH), de **discursos** als mitjans de comunicació, i d'algunes associacions majoritàries.

Les **fases de la recerca** han estat:

Fase I. Disseny de la recerca. Delimitació d'objectius generals i específics. Delimitació de la mostra. Disseny d'instruments.

Fase II. Tractament de dades. Recopilació i anàlisi de literatura científica i documentació política. Per realitzar l'anàlisi documental s'ha utilitzat diferents buscadors, limitant les paraules clau següents: *TDAH, ADHD, hiperactivitat, dèficit atenció*.

Fase III: Entrevistes. Selecció d'informants i contactes. Cal dir que aquest procés ha estat complicat. L'accés ha estat a través tant de contactes formals i informals i abans d'accedir a cada informant, altres havien negat o obviat la participació malgrat la insistència.

Fase IV: Obtenció de dades de les entrevistes. Realització de les entrevistes i transcripcions.

Fase V: Tractament i anàlisi de la informació. Desenvolupament de conclusions i noves preguntes.

Fase VI: Informe final. Redacció de l'informe.

3.2 Instruments

S'ha elaborat un **guió d'entrevistes** (annex 1) seguint uns indicadors generals extrets de la recopilació d'antecedents, l'anàlisi de les polítiques, publicacions a la premsa i el material didàctic a disposició del professorat, per tal de realitzar les entrevistes semiestructurades.

3.3 Participants

La mostra no pretén ser representativa sinó que analitza de manera significativa els àmbits i agents vinculats al fenomen, per tal d'il·lustrar l'evolució dels símptomes i conductes dels joves afectats al llarg del temps, els debats públics i teòrics majoritaris, donar veu als agents implicats i enriquir la informació amb les experiències en primera persona. S'han realitzat onze **entrevistes semiestructurades en profunditat** :

- Psicòlegs/ psicopedagogs/ psiquiatres
 - o **Psiquiatra**: treballa en una mútua privada en BCN i té una llarga experiència en l'etapa infantil. Entrevista realitzada el 9 d'abril de 2014.
 - o **EAP**: Servei educatiu de Cerdanyola. Entrevista a dues persones del servei, una fa poc havia fet la formació específica sobre TDAH. Entrevista realitzada el 22 d'abril de 2014.
 - o **CSMIJ**: No vaig poder fer una entrevista en persones perquè el servei educatiu tenia una agenda que no ho possibilitava. Vam acordar que li envies un mail amb les preguntes que tenia i fer-la virtual.
- Mestres
 - o **Mestra** de 2on de primària amb dos infants amb TDAH a l'aula dels quals un està diagnosticat. Entrevista realitzada 29 de març 2014
- Família
 - o **Família 1**: el fill té diagnòstic de TDAH; predomini d'hiperactivitat. Des de petit presenta símptomes a casa i a la Llar d'infant. Té 18 i pren medicació des dels 6 anys. Actualment està a 1er de Batxillerat. Entrevista realitzada 31 de març 2014
 - o **Família 2**: mare de dos infants (6 i 9 anys) amb diagnòstic de TDAH. Es posiciona en contra del trastorn i a més busca solucions. Ha realitzat la formació de l'Associació Davis. Entrevista realitzada el 7 d'abril de 2014.
- Joves
 - o **Jove 1**: Té 18 anys, és el fill de la família 1. Es medica des dels 6 anys. Entrevista realitzada el 3 d'abril de 2014.
 - o **Jove 2**: Té 25 anys, fa poc li han diagnosticat TDAH i dislèxia. No s'ha medicat mai. Estudia ADE a la UAB i és mostra molt crític amb el TDAH. Entrevista realitzada el 31 de març de 2014.
- Associacions TDAH
 - o Vaig intentar entrevistar-me amb més d'una **associació** però no responien els meus correus electrònics i trucades. Aconsegueixo entrevistar a una persona d'una associació d'afectats de TDAH a BCN. Entrevista realitzada el 25 d'abril de 2014.
- Formació de mestres i aprenentatge dels futurs alumnes (UAB): per tal de conèixer de quina manera s'ensenya el trastorn i què en pensen els alumnes.
 - o **Coordinador** de la menció de NEE de primària a la Facultat de Ciències de l'educació de la UAB. Conversa sobre com s'enfoca el TDAH des de la menció. 28 d'abril de 2014.

- o **Alumnes** de la menció de NEE de primària a la Facultat de Ciències de l'educació de la UAB em donen el seu punt de vista sobre la formació que han rebut sobre el TDAH. 05 de maig de 2014.

El resultat d'aquestes entrevistes es mostren a l'apartat 5 en forma de narrativa.

4. Revisió d'antecedents

Possiblement el TDAH és un dels trastorns més investigats ¹ per tota la polèmica que produeix el seu debat, sobretot pel fet que es medica a infants.

A la premsa (La Vanguardia), des de l'any 1991, trobem constància d'aquesta debat:

*"Torbellinos de pocos años"*²

Titulars com «No existe trastorno de déficit de atención, solo niños aburridos» o «El TDAH sí existe», són punts de vistes que fan veure que el debat està viu i amb posicions antagòniques.

A l'annex 2 es pot consultar una taula amb recull d'articles de diversos diaris on el debat gira al voltant de posicionaments a favor, en contra, els debats que genera i els posicionaments clínics:

- Pel que fa als posicionaments **en contra**, parlen de necessitats d'espai per treure tota l'energia aquests infants, es fa crítica al fet que distreure's sigui una malaltia, Què fer?, Com canalitzar l'energia d'aquests infants?, Qui té la culpa? Els pares? Les escoles? Com el sistema educatiu influeix i condicional l'augment de diagnosi?
- Pel que fa als posicionaments **a favor**, es parla que la culpa no és de les famílies ni dels mestres, que els pares venen desesperats, que cada cop hi ha més diagnòstics i que els trastorns i específicament l'etiqueta TDAH pot originar fracàs escolar.
- Pel que fa als **debats que es generen**, s'informa que diverses associacions han aconseguit que les proves de la selectivitat estiguin adaptades a aquests infants i remarquen la necessitat d'assistència constant per assolir èxit escolar.
- Pel que fa als **debats clínics**, parlen que és un trastorn poc conegut per mestres i pediatres, que és un problema de neurotransmissors que no hi ha prou pediatres ni psicòleg infantils per fer front i que si aquests infants no es tracten poden tenir repercussions en l'edat adulta.

4.1. Revisió d'antecedents teòrics

En aquest apartat s'analitza les publicacions teòriques sobre TDAH, donant resposta a l'objectiu específic 1³.

4.1.1 Origen i classificacions del TDAH des de la biomedicina/Psiquiatria.

L'any 1902, el pediatra anglès George Still va fer la primera definició del que avui en dia es coneix com a TDAH. Els va atribuir l'etiqueta de "*Nens amb dèficit de control moral*" la qual cosa va establir les bases del que avui coneixem com a TDAH. La medicina semblava que era la ciència indicada per estudiar aquests símptomes (Sotillo i Díez, 2007).

¹ Tizón (2008) és el més investigat perquè així s'ha preocupat la indústria farmacèutica de fer servir les dades i la visió subjectiva de la recerca en determinada direcció.

² La Vanguardia, Es presenten estudis que diuen que la culpa no és de les famílies i els mestres i obre debat sobre si és o no un trastorn de difícil diagnòstic.
<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2005/05/23/pagina-3/33467284/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20O%20HIPERACTIVIDAD>

³ Desenvolupar una revisió **teòrica-crítica** sobre el concepte TDAH.

A finals de la segona guerra mundial (1945) es van crear diverses institucions que tindrien la finalitat d'unificar criteris de les diferents definicions que s'estaven elaborant davant dels símptomes de TDAH i altres malalties o trastorns comuns:

- L'OMS va fer-se càrrec de la CIM (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). És una classificació i codificació de malalties, signes, símptomes que se surten de l'esperat. L'any 1977 el CIM9 ja s'inclouïa el trastorn hipercinètic al seu apartat 314 Síndrome hiperquinésico de la infància. Actualment s'està revisant el CIM per elaborar el CIM 11.
- L'APA (*American Psychological Association*) va crear el que es coneix com a DSM (*Manual de Diagnòstic Estadístic*). L'any 1968, el DSM-II, incloïa les reaccions hipercinètiques en la infància. Al 2013, va dur-se a terme l'última revisió, el DSM-V, el qual només està publicat en anglès.
- La CFTMEA va publicar el 1983 la Classificació (*Française des Troubles mentaux L'Enfant et de l'Adolescent*) amb la intenció de presentar una alternativa a la influència del DSM-III, Actualment l'última revisió és del 2012.

L'OMS és l'autoritat directiva i coordinadora de l'acció sanitària en el sistema de les Nacions Unides. Al nostre país, el Ministeri de Salut ha adoptat el CIM com classificació per al registre de les atencions en Salut Mental i psiquiatria.

Identifiquem dos corrents envers la diagnosi del TDAH, un majoritari l'APA i CIM i el posicionament francès:

- El DSM, els criteris (veure annex 3) que proposen són molt amplis faciliten la diagnosi i el tractament amb fàrmacs. No té en compte les causes subjacents.
- El CIM, els criteris (veure annex 3) van en la línia de DSM coincidint en un llistat similar de símptomes, prolongació en el temps i constància en diferents situacions. La diferència està en què és molt més estricte i cal la presència de més símptomes d'inatenció, hiperactivitat i impulsivitat que al DSM.
- El CFTMEA, els criteris (veure annex 3) tendeixen a identificar i tractar les causes psicosocials subjacents als símptomes, anar a l'arrel, i no fer ús de fàrmacs.

A l'annex 4 es pot consultar una taula resum (d'elaboració pròpia) on trobem les definicions i les classificacions del TDAH de cada publicació.

4.1.2 Què és i causes?

Si a les classificacions del TDAH trobem dues línies diferenciades (APA/CIM i CFTMA) que guien i orienten el diagnòstic als professionals, també trobem dues explicacions sobre què és. D'una banda, hi ha la visió del TDAH on tots els símptomes s'atribueixen a una **disfunció biològica** i un **desequilibri químic** i, de l'altra, la visió del TDAH entesa com una **condició mèdica però també psicosocial**.

La visió del TDAH on tots els símptomes s'atribueixen a una **disfunció biològica** i un **desequilibri químic** del cervell de l'infant (model Amèrica, DSM/Europeu, CIM) la trobem en autors referents com:

- García Castaño (2001) ve a dir que el TDAH com un trastorn del desenvolupament de naturalesa biocomportamental, que constitueix un desordre biològic amb àmplies repercussions en la conducta de qui el pateix.
- Hallowel i Ratey (2001) venen a dir explicar el trastorn com una síndrome neurològica clàssica de símptomes que inclou la impulsivitat, distracció i hiperactivitat o excés d'energia.
- Barkley i Russel (1999), venen a explicar el TDAH com un trastorn del desenvolupament de l'autocontrol que engloba problemes per mantenir l'atenció i per controlar els impulsos i el nivell d'activitat.

Autors que tenen una visió del TDAH com a una **condició mèdica psicossocial** i tenen en compte **l'entorn** (model francès) són:

- Lasa (2001), comenta que el trastorn d'hiperactivitat amb dèficit d'atenció és una síndrome o agrupació de símptomes que solen presentar-se junts i que sovint s'associen a altres símptomes o dificultats psíquiques, familiars i psicossocials. No té una causalitat determinada i els factors etiològics a considerar són múltiples: socials, familiars, psicològics i psicopatològics, i biològics.
- García i Magaz (2007), defineixen els nens hiperactius dient que tenen alguna part del cervell que funciona de manera diferent de la majoria.

4.1.3 Síntomes

Els símptomes nuclears són **la inatenció, la hiperactivitat i la impulsivitat**. Coincideixen en les tres classificacions de referència, DSM, CIM i CFTMA on els principals matisos i diferències giren al voltant del concepte dèficit d'atenció on sovint se sumen els símptomes secundaris a la comorbiditat⁴:

Des de la perspectiva de **l'infant com a objecte d'estudi** sembla que aquests símptomes afecten el baix rendiment acadèmic, conducta disruptiva, trastorns afectius, dificultats de llenguatge i d'integració social.

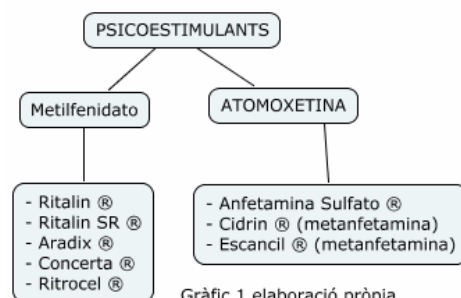
Des de la perspectiva de **l'entorn i la família com a objecte d'estudi**, hi ha una sèrie d'indicadors que prenen protagonisme: la motivació de l'estudiant, la relació amb la família, la classe social i aspectes emocionals.

4.1.4 Tractaments

Els tractaments han anat evolucionat a la vegada que evolucionava la definició de l'etiqueta TDAH i els resultats de les investigacions. Actualment es parla d'una atenció multi modal a **través de tres línies de tractament principals**:

1. **Els Tractaments psicològics, impliquen diferents aspectes**: avaluació inicial; informe d'avaluació familiar; pla d'acció incloent a la família, professorat i infants; contacte habitual amb professors, aplicació de programes d'entrenament (sobretot de l'atenció), assessorament a les famílies; (entrenament en tècniques assertives); comunicació amb el metge (en cas de medicació, per tal de donar a conèixer els canvis de l'infant).
2. **Tractament psicopedagògic**: per tal de comprendre els processos d'ensenyament/aprenentatge a l'escola i intervenir eficaçment. La part pedagògica fa referència a les destreses per aprendre i la part psicològica a les capacitats que hem adquirit i apliquem en el dia a dia. Les millores van en tres línies: millorar la capacitat d'atenció sostinguda, les relacions socials i els problemes de conducta.
3. **Tractament farmacològic**: aquest tractament és un dels nuclis del debat bipolar al voltant del TDAH. **Corrents a favor i en contra** sobre l'efectivitat i els efectes secundaris de la medicació.

El Metilfenidat⁵ (Psicoestimulant) i l'Atomoxetina⁶ (Inhibidor selectiu de la recaptació de noradrenalina) són els principis actius reconeguts i que es fan servir. Hi ha altres principis com la Clonidina, Bupropiòn, Venlafaxina⁷, entre altres que



Gràfic 1 elaboració pròpia
Font: Ministeri de Sanitat i Consum

⁴ La presència d'un o més trastorns (o malalties) a més de la malaltia o trastorn primari.

⁵ Indicació aprovada pel TDAH a Espanya.

⁶ Indicació aprovada pel TDAH a España el 07-04-2006. Segons el RD 1344/2007

⁷ Antidepressius, agents adrenèrgics i dopaminèrgics

no estan autoritzats i es regulen amb el RD 1015/2009 pel seu ús.

Els corrents **a favor** de l'administració dels principis actius com *Fundació Adama* i la *FEAADAH* (Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad) expliciten l'existència de medicament però o no fan referència dels efectes secundaris que presenten o si ho fan, fan servir adjectius com escassos, lleus i transitoris. En canvi la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*, explicita tots els efectes secundaris i acaba recomanant les revisions periòdiques dels infants medicats tot i mostrar-se molt a favor de l'administració.

A l'annex 5 trobem l'anàlisi en profunditat de tres Guies sobre el TDAH (d'elaboració pròpia) que es postulen a favor de l'administració dels principis actius acceptats per la *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*.

Els corrents **en contra** de l'administració dels principis actius parlen de la importància de la posada en pràctica de les tendències terapèutica de base psicològiques per davant de les biològiques i denuncien la relació existent entre les indústries farmacèutiques i els membres que decideixen els amplis criteris de diagnosi del DSM a diferència del CIE o el CFTMEA.

- Cosgrove, Krinsky, Vijayaraghavan, i Schneider (2006), a l'article *Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry*, expliciten els vincles financer de la indústria farmacèutica i els membres responsables de les revisions del DSM. El 56% dels membres d'aquests membres tenien més d'una relació financera amb les empreses farmacèutiques. Les connexions són fortes perquè els medicaments són la primera línia de tractament pels trastorns mentals.

- Laporte (2013), ens recomana dos llibres, *Medicamentos que nos enferman e industrias farmaceuticas que nos convierten en paciente*⁸, i *Los inventores de enfermedades*⁹. Ho fa per dir que aquesta malaltia és una fabricació i una excusa per la utilització de medicaments per tractar el que considera **el veritable problema d'aquests infants, que tenen un rendiment escolar pobre o baix**.

També es pregunta si el problema són els infants o el problema és l'escola i el sistema escolar. Finalment diu: "*Hem decidit com a societat, que és massa car modificar l'ambient en què viuen els nens i per això modifiquem els nens i ja està. I els modifiquem amb un medicament*" (p.120).

- Tizón¹⁰ (2007) afirma que se sap molt poc del desenvolupament del SNC (sistema nerviós central) dels infants. Se sap que es tracta d'un sistema en contínua evolució, fins i tot cel·lular i citoarquitectònic, fins als 7-8 anys. Si no sabem gaire sobre aquest desenvolupament del SNC *¿Como para introducir crónicamente fármacos – anfetaminas– en ese cerebro, del cual sabemos tan poco, salvo su dinámica y plasticidad!* (p.27).

No existeix cap estudi de seguiment de 5 o més anys, amb indicadors biològics, psicològics i socials, amb un equip investigador interparadigmàtic. Per tant, encara és un camp molt desconegut.

⁸ Escrit per Ray Moynihan (periodista australià que col·labora regularment amb el British Medical Journal, especialitzat en l'exageració de malalties)

⁹ Escrit per Jörg Blench (Biòleg bioquímic i periodista) on ens resum ens vol explicar perquè la indústria farmacèutica té com una de les seves principals prioritats inventar malalties

¹⁰ Director de l'Equipo de Prevenció en Salud Mental – EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb risc de Psicosi) Psiquiatra, psicoanalista i neuròleg amb diversos premis d'excel·lència mèdica com el que atorga el col·legi de metges de Barcelona.

- El *Ministerio de Sanidad y Consumo* fa fer una nota (Ref. 2009/01) en què informa dels possibles efectes cardiovasculars del metilfenidat (entre els quals es troben l'increment de la pressió arterial i trastorns del ritme cardíac), per la qual cosa es recomana realitzar un examen cardiovascular acurat abans de l'inici del tractament i un seguiment durant aquest.

4.1.5 Deconstrucció del TDAH

La deconstrucció del TDAH s'estructura en tres aspectes: psicològics/psiquiàtrics, noves línies d'investigació i pedagògics.

Pel que fa als **aspectes psicològics/psiquiàtrics**:

- Tizón (2007) no descarta l'existència dels símptomes del TDAH dubtant de les xifres de què es parla. Hi ha una predominança de les teràpies biològiques (ús crònic d'estimulants del sistema nerviós central (SNC): metilfenidat, dextroanfetamina i diverses sals d'amfetamina), enfront de les psicològiques (actuant sobre l'infant, la família o de tots dos). El **tractament farmacològic** i el **tractament multimodal** (combinació de mesures farmacològiques, psicològiques i psicosocials) són els que assessoren la major part dels estudis empírics, pagats i recolzats per l'Associació Americana de Medicina, Pediatria, Psiquiatria Infantil, i sota la seva influència directa de *World Psychiatric Association*, la Societat Espanyola de Psiquiatria Infantojuvenil i Societat Espanyola de Psiquiatria. En canvi els tractaments basats en **suport i intervencions psicològiques, psicopedagògiques i psicosocials (individuals i familiars) recurrent als estimulants del SNC només en excepcions extremes** no assessoren tants estudis i a més els equips de salut mental responsables d'aplicar-los addueixen falta de temps, de formació per a l'aplicació d'aquests criteris, manca de formació en atenció a les famílies, *counselling* familiar i teràpia familiar. Com que no hi ha formació o temps, han de fer servir els fàrmacs.

EL TDAH no té un **origen genètic**. Denuncia que recollir dades i fer estadístiques amb els familiars dels infants els quals també presenten TDAH no és un fet per afirmar un l'origen genètic del TDAH. De manera interessada és confon "càrrega familiar" amb la "càrrega genètica". Matisa que les alteracions en la dinàmica familiar poden produir trastorns de conducta similars a diversos membres i en diverses generacions.

Ens ofereix 7 pautes a seguir per tractar el TDAH que les poden trobar a l'annex 6.

Pel que fa a les **noves línies d'investigació**:

- Carmona (2008) del Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal de la UAB explica que existeixen alteracions no només en les àrees cerebrals relacionades amb l'atenció i la concentració, sinó també en regions implicades en la **motivació** obrin una nova línia d'investigació més enllà del conegut dèficit d'atenció. Crida l'atenció que aquests infants siguin incapaços d'estar atents en una classe de matemàtiques durant més de 10 minuts, i no obstant això, puguin estar concentrats durant hores jugant a videojocs. La metodologia de les classes incideix en el nivell d'atenció en els infants i no només per la línia d'investigació que ha obert aquesta tesi sinó perquè molts pedagogs ho porten dient des de fa anys.

- Bailey (2013) afirma que l'escola no és un simple espectador en el procés de construcció del diagnòstic del TDAH. Fa una crítica a les **rutines**¹¹ presents a l'escola com una eina d'opressió. La rutina construeix un ordre social a l'aula, una talla única que no s'adapta a tots els infants d'igual manera. Denuncia que una de les seves

¹¹ Entenent-les com l'estratègia general de gestió de la classe, dissenyada per permetre la possibilitat de què certes coses siguin considerades '*naturals*' i '*normal*' per als infants. (Walkerdine, 1986, citat per Bailey, 2013. p.63) i com una de les formes generals de dominació, les quals creen subjectes dòcils (Foucault 1977 citat per Bailey, 2013. p.63).

funcions principals és que estan dissenyades per governar. Els infants TDAH no encaixen en aquesta 'normalitat'.

Pel que fa als aspectes **pedagògics**:

Maria Montessori, Johan Pestalozzi, John Dewey, entre altres, deien que el problema no són els infants, és el model d'escola que instrueix o acompanya als infants. Però sembla que canviar el model d'escola és massa car, recordant la cita de Laporte (2013)¹².

- **Maria Montessori** deia que el docent ha d'abstenir-se d'**instruir**, el "veritable i bon docent" és, abans de res una "guia". La millor ajuda és respondre a la silenciosa petició del nen: "*Ajudeu-me a fer-ho jo sol!*" .

Parlava de tres aspectes claus: infant, ambient i paper del docent.

- a) la convicció que tot **infant** té unes potencialitats i uns desitjos immensos de desenvolupar-se activament.
- b) la convicció que necessiten un **ambient** a la seva mida amb uns materials que li sedueixin a treballar amb ells.
- c) la convicció que el paper principal li correspon a l'infant; **si l'educador/a**, es relacionen amb l'infant i l'ajuden en el seu desenvolupament amb una ajuda respectuosa, amorosa, confiada i indirecta és possible el seu aprenentatge i formació.

Tanmateix aquests conceptes claus els operativitzava a través de tres conceptes bàsics de la seva metodologia: **la ment absorbent dels infants** (els infants són esponges on el més important és motivar-los), els **períodes sensibles**, a cada edat els infants són especialment sensibles per adquirir determinats sabers fruit de l'experiència, cognitius o socio morals) i els **materials didàctics**¹³, (materials didàctics per aplicar el seu mètode educatiu, de fase en fase).

- **Johan Pestalozzi** parlava del compromís educatiu, semblant als postulats més moderns de Levinas (responsabilitat ètica)¹⁴: El docent s'ha de comprometre a **formar d'una manera especial** (sobretot els sentiments per davant de la preparació intel·lectual) ja que a l'educació és fonamentalment una "relació entre esperits", relació en la qual el mestre ha de mostrar un profund "respecte, amor i confiança" cap als infants als quals està educant; el docent és el "vinçle" entre l'infant mateix (intranquil, adormit) i l'**ambient educatiu** en el qual ha de desplegar tota la seva activitat.

- **John Dewey** parlava del "*Learning by doing*", on es deia que cal utilitzar una situació real d'aprenentatge, fer ús del mètode científic, manipulatiu i experimental, fer una reflexió sobre la pràctica, en contra dels plantejaments memorístics i repetitius; "*Art as an experience*", on l'ara i aquí, la contextualització, ens porta a una qualitat estètica del moment. Ens porta a l'experiència i no a una experiència.

¹² "Hem decidit com a societat, que és massa car modificar l'ambient en què viuen els nens i per això modifiquem els nens i ja està. I els modifiquem amb un medicament"

¹³ Están agrupados por sentidos: gusto y olfato: plantas, perfumes, comidas, etcétera); tacto (tablillas, rugosidades, formas, sustancias calientes, tibias- frías...); vista (para percibir diferenciadamente dimensiones, colores, volúmenes, encajes, formas...); oído (para discernir los sonidos... con cajas metálicas, campanillas, silbatos, xilófonos...).

¹⁴ La responsabilidad, en efecto, no es un simple atributo de la subjetividad, como si ésta existiera ya en sí misma, antes de la relación ética. La subjetividad no es un '*para sí*'; es, una vez más, un '*para otro*' Levinas (1991)

4.2 Revisió de polítiques, projectes i guies d'intervenció

En aquest punt es recullen els principals documents de polítiques, projectes i guies d'actuació a l'aula donant resposta a l'**objectiu específic 2**¹⁵.

4.2.1 Recopilació de polítiques. Lleis educatives i associacions d'afectats

El **marc legal** autonòmic i Estatal inclou i reconeix el TDAH com un trastorn d'aprenentatge. La influència de la classificació de l'APA està present en aquest reconeixement perquè tant la LOMCE com la resolució ENS/1544/2013, de 10 de juliol de la GenCat així ho contemplen. No hi ha un protocol comú a seguir a tot l'Estat Espanyol. Hi ha 6 autonomies que tenen un protocol autonòmic, entre elles Catalunya

Nivell Estatal, LOMCE

Les iniciatives per legislar sobre el TDAH són impulsades per partits polítics concrets. El 20/11/2013 el grup *Unión del Pueblo Navarro*, el Partit Popular (PP) i UPyD a proposta de la FEAADAH (*Federación Española de Afectados por Déficit de Atención e Hiperactividad*) va incloure una esmena a la Comissió d'Educació del Senat per tal que s'incloués el TDAH en la **Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE)**, la qual va ser acceptada i inclosa a l'article 71.2 El TDAH com una necessitat específica de suport educatiu¹⁶.

L'11/02/2014 ,UPyD a demanda de les associacions afectades ha demanat un Pla Nacional per establir un protocol entre els ministeris de Sanitat i Educació per tractar els infants que pateixen el Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat i per promoure l'aplicació de protocols de consens per a tot el territori nacional per tal que un infant que rep tractament en una comunitat autònoma segueixi rebent el mateix o similar tractament si canvia de residència a una altra comunitat autònoma.

Nivell Autonòmic: Departament d'ensenyament

La **Llei 12/2009, de 10 de juliol**, d'educació, a l'article 82, sobre els criteris d'organització dels centres per a atendre els alumnes amb trastorns d'aprenentatge o de comunicació relacionats amb l'aprenentatge escolar, diu el següent:

1. El projecte educatiu de cada centre ha d'incloure els elements metodològics i organitzatius necessaris per a atendre adequadament els alumnes amb trastorns d'aprenentatge o de comunicació que puguin afectar l'aprenentatge i la capacitat de relació, de comunicació o de comportament.
2. L'Administració educativa ha d'establir, per mitjà dels serveis educatius, protocols per a la identificació dels trastorns d'aprenentatge o de comunicació i l'atenció metodològica adequada.

La resolució **ENS/1544/2013, de 10 de juliol**, de l'atenció educativa a l'alumnat amb trastorns de l'aprenentatge **-específic pel TDAH-** al seu article 2 Alumnat, diu el següent: *S'entén per alumnat amb TA: Els alumnes amb trastorn per dèficit d'atenció/hiperactivitat (TDAH) (2013, p.2).*

¹⁵ Recollir i analitzar les **polítiques i programes d'intervenció** desenvolupats al voltant del TDAH a Espanya i específicament a Catalunya.

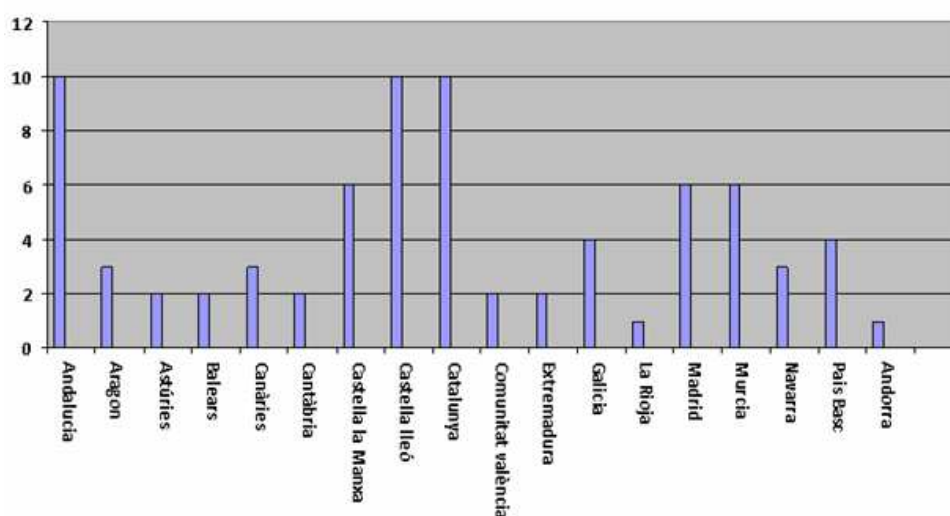
¹⁶ 2. Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

La GenCat defineix el TDAH seguint les pautes de l'APA malgrat que la OMS és l'autoritat directiva i coordinadora de l'acció sanitària en el sistema de les Nacions Unides i el Ministeri de Salut ha adoptat el CIM al nostre país.

El trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDAH) és un trastorn d'origen neurobiològic que s'inicia a l'edat infantil i que afecta entre un 3 a 7% de nens i joves en edat escolar. Es caracteritza per un nivell d'impulsivitat, activitat i atenció no adequats a l'edat de desenvolupament (Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament 2014, p.8).

Les **associacions** de famílies amb infants amb aquests símptomes celebren la inclusió del TDAH en el marc legal. Hi ha un total de 81 associacions a l'Estat Espanyol entre elles la Fundació ADANA les quals estan federades a través de la FEAADAH on Catalunya, Castilla i Andalusia encapçalen el major nombre d'associacions amb 10 associacions en cada comunitat:

Gràfic 2 elaboració pròpia Font: FEAADAH



4.2.2 Propostes d'intervenció a l'escola

Les propostes d'intervenció a l'escola s'articulen a través de guies específiques que es poden trobar fàcilment on line. He analitzat tres d'aquestes guies:

- **Generalitat Catalunya:** Departament d'ensenyament (2013). *El TDAH detecció i actuació en l'àmbit educatiu*. Materials per a l'atenció a la diversitat
- **Fundació Adana:** Mena, B. et al. (2006). *El alumno con TDAH Trastorno con déficit de atención con o sin hiperactividad*. Edicions: Mayo.
- **Govern Balear:** STILL, Asociación Balear de Padres de niños con TDA-H. *El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH): guía para docentes*. Baleares, Conselleria d'Educació i Cultura. Govern de les Illes Balears, 2004

Els mapes conceptuals de les guies anteriors—d'elaboració pròpia— es poden consultar a l'annex 7. Les tres guies segueixen un mateix patró d'actuació, entorn, família i aula amb més o menys aprofundiment en un aspecte o l'altre. Els objectius generals que es desprenen són els següents:

- Flexibilitzar l'organització general de les escoles per poder adaptar-se a les necessitats dels alumnes amb TDAH.
- Informar al cos docent sobre què és el TDAH?
- Donar a conèixer estratègies a dur a terme a l'aula i avaluar el seu funcionament.
- Adaptar els sistemes d'avaluació per tal d'assolir el màxim èxit personal i escolar.

He triat aquestes tres perquè la primera és un material específic que posa a l'abast el Departament d'Ensenyament, sobre el TDAH, en el marc del programa de materials per atenció a la diversitat. En l'àmbit estatal no existeix cap protocol d'actuació; les altres dues perquè encapçalen el moviment associatiu i fundacional que vetlla per l'èxit escolar dels alumnes amb TDAH, entra altres interessos i formen part de la FAADEAH.

Totes les associacions i fundacions consultades que prenen com a referència el DSM (que són la majoria consultada) estructuren un discurs cognitiu/conductual molt semblant, on la medicació és un element molt important i sense quasi efectes secundaris i on les mesures educatives van en la línia de:

- Control de la conducta fent ús de recursos com el reforç positiu, l'extinció i el temps fora.
- Facilitar un ambient estructurat, amb rutines, organitzat i motivador.
- Presentar continguts propers a la vida quotidiana dels infants

5. Anàlisi i interpretació de les dades

Després d'analitzar els nuclis temàtics de les entrevistes es presenten els resultats acompanyats d'algunes de les narratives que els exemplifiquen i avalen. Aquest apartat pretén donar resposta a l'objectiu específic 3¹⁷ plantejat en aquest treball.

5.1 Com s'entén el TDAH? Què és?

Troblem tres discursos respecte al concepte TDAH:

Un primer que reproduïx els postulats presents al DSM i CIE,

"L'entenem com un trastorn neurobiològic que afecta els aprenentatges de l'infant i la regulació de la seva conducta"(CDIAP),

"... un trastorn d'origen neurobiològic que té uns símptomes i que a vegades dona unes complicacions importants en el dia a dia"(Associació).

Un segon que es distància d'aquest corrent hegemònic i el mira amb prudència coneixent l'existència dels símptomes des de fa anys,

"...és que el TDAH és algo menor. S'està diagnosticant massa", "la gent de la meua edat era de la cultura de posar-ho en dubte..no que no existís el trastorn, perquè quan vaig començar a treballar, havia una altra terminologia que era la síndrome de la disfunció mínima"(EAP),

I un tercer que atribueix culpables, no el nega i a més s'empodera per buscar solucions més enllà del discurs predominant (DSM),

"...jo no me'l creia...el TDAH és un estat de desorientació llarg. Una persona TDAH està desconnectat de la realitat física durant períodes molt llarg de temps" (família 2),

5.2 Procés de diagnòstic?

Els **afectats** (alumnes, famílies i associacions) manifesten **greus problemes de comprensió** davant la seva situació i dels seus fills, molta **confiança en el professional** que finalment fa diagnòstic real, la **necessitat de trobar bons professionals** per fer les proves, l'existència de **mal diagnòstics** i **cap suport públic pels majors de 18 anys**.

"La situació és d'indefensió total. Per les famílies és una angoixa brutal però pels nanos és la indefensió total. Perquè ni tan sols els teus pares et poden ajudar", "Demanen canvi d'escola perquè no hi havia cap psicòleg. Només hi havia logopedes. Però això a ell no li feia res. No sabíem que passava, que tenia...Ho vàrem passar molt malament" (família 2)

¹⁷ Analitzar els **discursos**, les **experiències i pràctiques** d'alguns dels agents implicats: infants i joves, les seves famílies i professionals vinculats (mestres, psicòlegs, psicopedagogs i psiquiatres).

“una neuròloga, va fer el diagnòstic, clavat, ens va donar molta seguretat, ens va acompanyar tot el procés”. (família 1);

“...em va derivar a una psiquiatra, privat tot, entre altres coses perquè estava fora del sistema públic al tenir més de 18 anys. A l’Institut Dexeus em va fer el diagnòstic”. (Alumne 2)

La **psiquiatra i els serveis psicopedagògics** manifesten que les vies d’accés als seus serveis són tres (família, escola i metges). L’escola, a causa de la llista d’espera dels serveis psicopedagògics, aconsella a la família els **serveis privats i la medicació**. **No existeix un test únic** per poder diagnosticar. Els mateixos **professionals qüestionen** els existents i es fan preguntes sobre la **diagnosi** en si; posen en dubte que tots els casos d’infants moguts siguin TDAH i que cal tenir en compte **altres elements** com l’entorn familiar.

L’entrevista clínica a l’infant, família, l’entorn i escola és la via a través del qual seria òptim fer la diagnosi on tanmateix cal aplicar el sentit comú.

Les **noves tecnologies**, la facilitat per trobar els **criteris de classificació** del TDAH i fins i tot les **aplicacions per mòbils** fan que tothom pugui opinar sobre el trastorn. Els alumnes entrevistats presentaven **seguiment** psicopedagògic durant les **etapes anteriors** essent una de les tasques dels serveis educatius, l’observació i seguiment.

“es va pressionar que aniria molt bé anar a un lloc privat per accelerar el tractament”(Mestra);

“hi ha mestres que diuen que nosaltres també tenim el dret a tenir el nano tranquil no?”(EAP),

“No tots els casos compleixen el 100% dels símptomes de TDAH”, “Hi ha alumnes que no estan diagnosticats amb TDAH que conductualment són més perillosos. És molt relatiu” (Mestra),

“nosaltres no afavorim aquests diagnòstics, més aviat l’actitud d’entrada en els centres és fer observacions dels nanos, al pati i tal i veure si hi ha altres elements que també estan incidint o que poden incidir abans de fer una derivació” (EAP),

5.3 Tractament

Tots els entrevistats coincideixen en què el tractament ha de ser **multidisciplinari** amb la participació de l’infant, família, escola i metges,

Pel que fa al tractament **farmacològic**, un dels centres de debat bipolar, es presenten tres corrents.

Els corrents a favor (associació, família 1, jove 1) la veuen necessària i imprescindible, no contemplen el **procés sense la medicació**, reconeixen els **efectes secundaris** de la medicació com durs i que tot medicament té efectes secundaris i l’entenen com prendre una pastilla per un altre mal, tot manifestant que com han escoltat que a altres persones els va bé, també la volen prendre tot i que a ells no sembla donar els efectes esperats,

Els corrents en contra (família 2, jove 2) la veuen com que **no ofereix solucions i amaga** els símptomes. Aquest punt de vista és el que busca altres vies per solucionar els símptomes que presenta un TDAH més enllà de les guies analitzades a la revisió teòrica (influència DSM).

Un **tercer corrent** (EAP, mestre, CSMIJ, psiquiatra) que no descarta el seu ús, però sota una **supervisió** (després de la realització de moltes **proves**), **respectar l’opinió** de les famílies i tenir en compte tots els factors que poden incidir en l’infant.

“sense Concerta no hauríem avançat i sense el nostre suport” (Família 1).

“jo m’ho vaig estar a punt de creure, Es tapen els símptomes”(Família 2),

“La medicació el que fa és tractar de curar els símptomes” (Alumne 2).

“Si hi ha famílies que es neguen a medicar-lo perquè han sentit parlar dels efectes, el nostre posicionament davant dels centres és que tenen el seu dret...tot i que llavors hi ha mestres que diuen que nosaltres també tenim el dret a tenir el nano tranquil no?”(EAP).

“Excepte en casos molt lleus que tenen només un símptoma o dos o a vegades amb alguna estratègia senzilla ja se soluciona i paciència, això és sempre, la majoria s’han de combinar estratègies” (Psiquiatra),

Pel que fa al debat de les **influències farmacèutiques** tots admeten la seva presència i influència com en altres àmbits comercials de la vida.

“...que darrere les farmacèutiques hi ha molts diners? Segur....però no estan els bancs darrere de tot...és que són 4 els que sempre ho toquen tot”(Associació).

“les indústries tenen els seus visitadors mèdics que tenen la seva zona determinada com altres activitats comercials...És una eina útil, molt útil i imprescindible, per tots...També hi ha la part negativa que es pot fer servir malament, si clar. Depèn de cadascú com ho volguí fer servir”, (Psiquiatra),

Pel que fa al **tractament Psicopedagògic** tots consideren que és important i útil. Les dinàmiques **cognitiu/conductuals** presenten dues lectures.

Per un costat són **eficaces** per tal de veure els resultats àgilment i per altre costat **les posen en dubte** i es plantegen preguntes.

Les **dinàmiques psicosocials** és presenten més inclusives perquè permeten la relació amb altres infants amb símptomes semblants. Pel que fa als **tractaments psicoanalítics**, són vistos com a ineficaços i poc útils.

Pel que fa a **altres vies**, el **mètode Davis**¹⁸ es presenta com una via que rebutja la medicació, per tal de fer autònom a l'infant, que ofereix una sèrie d'eines efectives per corregir problemes d'hiperactivitat, hipoactivitat, dèficit d'atenció i conductes socials inadequades. Els cursos que ofereix han estat realitzats pel Jove 2 i per la família 2. En què consisteix el mètode Davis es troba ampliat a l'Annex 8.

Tant amb la via dels tractaments psicoanalítics com el mètode Davis, el que es pretén és fer conscient a l'infant de què li passa, donar eines i aprendre a aplicar-les.

“jo et faig altra pregunta a veure que...diuen que el TDAH és una alteració funcional del cervell, llavors perquè es diagnostica conductualment i no es diagnostica amb criteris d'escànars? (EAP),

“crec que els tractaments cognitiu conductuals són més ràpid, com a mínim, més concrets”(Associació)

“Cada 15 dies al centre privat fan una dinàmica de grup amb nens de les mateixes característiques. És molt positiu”(mestre).

“...una de les primeres estratègies és que el nen sigui conscient de què li està passant per què ho visquin del més normal i que no tinguin la idea de què són realment un nen dolent o un trasto i que identifiquin el seu propi problema igual que ajudar identificar el punt d'irritabilitat....Quan més aprenguin a identificar això més útil serà quan apliquin les estratègies. Això influeix molt i realment els nens amb TDAH si que els costa més adaptar-se. Qualsevol problema que faci que t'adaptis amb més dificultat fa que toleris menys el canvi de rutines, perquè tu necessites més temps per integrar”(Psiquiatra).

5.4 Escola

5.4.1 Tipus de professor/a

Tots coincideixen en què el **tipus de professor** determina la **relació** que s'estableix amb l'**alumne** i amb la **família**. Aquest vincle té relació amb les **dinàmiques** que du a terme el mestre a l'aula. Trobem **experiències positives i experiències negatives**.

“cada professor aplica el que vol, perquè ells també amb el tema de llibertat de càtedra...des de la família el que trobes és que són les persones, a veure quin tutor ens tocarà aquest any”, “...no els entenen, els rebutgen, no en volen saber res...” (Associació).

“Les noves pedagogies d'ensenyament, més dinàmiques, projectes, ambients, afavoreix molt i és molt enriquidor pels nens en els aprenentatges”(mestra),

“Al meu fill i van fer explicar quan li van diagnosticar perquè els nens l'entenguessin, perquè s'havia quedat amb pocs amics i que va aconseguir que com que anava a la psiquiatra i tot això li diuen el loco, el boig, mira el boig...això va ser per ell....ho arrossega perquè recorda la primària com un mal son...” (Associació).

¹⁸ És un mètode que em donen a conèixer en dues entrevistes que realitzo. Ofereix recursos pràctics per fer autònom als infants. .

5.4.2 Gestió a l'aula

Es manifesta una **necessitat d'intervenir per part dels alumnes**, dir el que es pensa, **interaccionar**, formar part de la metodologia, que els escoltin, **participar** dels models de distribució d'aula (**racons, rutines**).

"les tutories les hauria ampliat, no fer-les un divendres a la tarda. Si podem parlar en conjunt, lliurement, en assemblea, això m'hagués agradat també" (Alumne 1),

"Els racons donaven llibertat i s'adaptava al meu estat emocional", "els dies que no em desorientava era capaç d'anar al racó de mates o de català, però els dies que jo tenia un mal dia anava al de plàstica, al d'anglès", "D'aquesta manera li estàs donant seguretat al nen, no exterior sinó interior. No es tracta que l'entorn del nen sigui perfecte perquè el nen no es desorienti, es tracta que li has de crear perquè sinó quan se li mou una peça de l'entorn..." (Alumne 2).

"Les rutines no ajuden, diuen que a vegades perjudica. Si un nen li crees rutines, li amagues els símptomes. A la que li canvisis una mica la rutina, el nen es desorienta. Per tant el que li has d'explicar és que fer quan es desorienta....La solució no és que continuï amb desorientació sinó que la solució és que entengui el que està passant" (Alumne 2).

5.4.3 Escola i serveis educatius

Els serveis educatius, mestres i psiquiatres comenten que al cicle d'educació infantil es **treballa conjuntament amb família i escola** i que al cicle de primària, a més, es donen **orientacions adaptades i individualitzades** als infants; es realitzen **reunions coordinades** tant amb serveis educatius com amb centres privats. En alguns casos hi ha vetlladora. Els professionals dels serveis i famílies també afirmen, que **l'escola és una mena de caixa negra** on no se sap ven bé el que passa dintre i on **l'actuació individualitzada depèn del model d'escola**.

"es donen una sèrie d'orientacions. Si és molt complicat, es valora el nano en la globalitat... es donen orientacions molt individualitzades per cada criatura...el que fas és passar un test d'intel·ligència..."(EAP).

"...l'escola és un entorn menys manipulable per un nen en concret perquè hi ha més i s'han d'adaptar a tots. Depèn del tipus d'escola, del massificat que estigui dels recursos que tingui. Si tenen unes directrius molt estrictes, rígides, pla directori molt marcat, si són escoles més flexibles que deixen espai o iniciativa als nens...depèn" (Psiquiatra).

5.4.4 Escola inclusiva

Tots coincideixen en què **totes les mesures** que es plantegen per part de les institucions o associacions pels alumnes amb símptomes de TDAH són **aplicables a la resta d'alumnes**. Les famílies expliquen que la pràctica inclusiva de cada escola depèn del centre tot i estar recomanada com una de les vies per evitar el fracàs escolar, com també afegixen els serveis educatius i la psiquiatria. Obstacles? Les famílies i l'EAP veuen l'obstacle en el desencís dels mestres, la falta de formació en el tema, la manca de comprensió i l'actuació individualitzada de cada mestre/a. Els EAP, per mandat del Parlament, arran de les demandes de les associacions d'afectats, han rebut dues formacions sobre el TDAH i ara són els responsables de formar al professorat de cada centre. Sembla que pot ser una bona idea tot i que la forma en què es fa no té una avaluació preestablerta per veure si funcionarà i no sigui un bolet.

"És que les mesures amb un nen amb TDAH són bones en general. És que fer activitats curtes, treball cooperatiu, és bo per tots els nens..." (Associació),

"la idea seria que si el professorat està ben informat de totes aquestes maneres de fer...l'etiquetatge és 'antiinclusiu' d'entrada, perquè cada nen és diferent...", "jo crec que les retallades han repercutit en la moral dels mestres, instal·lats en el NO puc perquè han augmentat la ràtio..."(EAP)

"les associacions més fortes, el TDAH i els superdotados han anat al Parlament...el Parlament ha dit que tots els profes formats en això. Quan arribi Asperguer passarà això. Per mi no és un criteri del departament...això és un...bolet"(EAP).

5.4.5 Crítica al sistema educatiu

Associació, famílies i els mateixos joves fan una crítica global al sistema educatiu el qual sembla que no té capacitat d'adaptar-se a les necessitats d'aquests infants. Es comenta que hi ha una distància entre l'escola i la vida dels infants fora de l'escola, on les noves tecnologies que els infants tenen a l'abast fora de l'escola, els obren una percepció a un món en 4 dimensions que l'escola no pot seguir.

Fins i tot el jove 2 i la família 2 arriben a fer la seva pròpia recerca per entendre el TDAH i exposa la teoria de Silverman sobre que hi ha **dues formes de veure el món**: neurotípics(NT) i neurodiversos(ND) Silverman (2002). Els **primers** tenen tendència a percebre el món a través de l'**escolta** i de manera **seqüencial**. Els **segons** a través de la **vista** i de manera **global**. Els TDAH són del segon tipus.

"el problema és el sistema educatiu que falla per totes bandes, això és cert"(Associació),

"arriba un moment que el sistema educatiu i les seves habilitats estan tan lluny les unes de les altres que no hi ha manera d'encaixar ...La tendència de l'escola a segmentar invalida l'estil d'aprenentatge dels TDAH...Si estàs acostumat a funcionar en 4 dimensions i et passen a la lecto escriptua que només té 2 dimensions...necessiten fer un aprenentatge en aquest sentit, l'escola no pot fer això, s'ha d'adaptar no pot segmentar el coneixement perquè després en el món laboral s'exigeixen aquestes qualitats neurodiverses" (Família 2).

"Són les dues maneres d'aprendre o d'entendre el món. Si veus el sistema educatiu actual només contempla la manera NT", "Una persona NT pensa en paraules i en frases per entendre les coses. Una persona ND pensa en imatges. Per tant on hi són els problemes a l'escola quan comença la lectoescriptura? En els conceptes que no tenen imatges, preposicions i conjuncions", "Les lletres no existeixen per ells....no les identifiquen....quan llegeixen un text no veuen les paraules....veuen les imatges. Això s'ha de tenir en compte!", "Els has d'ensenyar a llegir a través de la imatge...que no és res més que en comptes de veure paraules ha de veure imatges i clar els canvis el paradigma" (Alumne 2).

6. Discussió de resultats

En aquest apartat es farà una discussió dels resultats de l'apartat anterior incorporant els continguts introduïts al punt 4 (recopilació d'antecedents) i continguts d'assignatures cursades al Grau. Distribuiré el punt en dos àmbits, sanitari i educatiu.

6.1 Àmbit Sanitari

Els criteris diagnòstics del DSM imperen al nostre context per sobre dels CIM que no es fan servir i els CFTMEA que ni es coneixen. Cap entrevistat es planteja el **perquè de l'hegemonia APA** tot i que el Ministeri de Salut adopta el CIM com classificació per al registre de les atencions en Salut Mental i psiquiatria. El CIM desaprova el diagnòstic del TDAH quan presenta comorbiditats. Cal posar en qüestió la medicació¹⁹ i les repercussions socials que té per l'infant l'etiqueta²⁰ TDAH.

Existeix una hegemonia dels DSM en el món de la psiquiatria, la qual cosa activa el debat dels interessos econòmics de les farmacèutiques sobretot quan trobem articles com el de Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan, i Schneider, (2006), on es demostra la relació i els interessos d'alguns dels membres del DSM-IV amb la indústria farmacèutica. La medicació és el tractament més comú en el món de la psiquiatria,

¹⁹ Tizón (2007), si no sabem gaire sobre aquest desenvolupament del SNC ¡Como para introducir crónicamente fármacos –anfetaminas– en ese cerebro, del cual sabemos tan poco, salvo su dinámica y plasticidad!(p.27)

²⁰ Experiència narrada per una família entrevistada quan li van diagnosticar TDAH:

"Al meu fill i van fer explicar quan li van diagnosticar...perquè els nens l'entenguessin, perquè s'havia quedat amb pocs amics i que va aconseguir que com que anava a la psiquiatria i tot això li diuen el loco, el boig, mira el boig...això va ser per ell....ho arrossega perquè recorda la primària com un mal son..." (Associació)

com denuncia el moviment ,STOP DSM²¹, que es posiciona en contra de 'l'estadística del DSM' i vetlla per "una psicopatologia clínica, que no estadística".

El TDAH no té una causalitat determinada i els factors etiològics a considerar són múltiples: socials, familiars, psicològics, psicopatològics i biològics. En cap cas es pot entendre el seu origen genètic perquè la **no existència d'un TDAH pur** dificulta els estudis genètics, biològics o sociològics objectius. No es pot aïllar per estudiar-ho objectivament. Als estudis s'opta per eines 'freqüentistes' que mostren subjectivitat, perquè el seu resultat depèn de com establim el contrast de les dades obtingudes. Tant el diagnòstic clínic com els estudis observacionals i experimentals que utilitzen la bioestadística porten en si l'empremta de la subjectivitat del clínic, l'investigador o de qui llegeix una publicació, on a més jo inclouria la procedència del capital per fer la recerca. (Peteiro, J 2013)²². Davant la falta d'una prova mèdica objectiva, **l'observació clínica** esdevé l'eina per realitzar el diagnòstic a través de l'observació dels símptomes, amb l'alt grau de subjectivitat que pot comportar i la pressió realitzada per famílies exhaustes, que demanen la medicació com a primera mesura.

Tant a la recopilació d'antecedents com a les entrevistes realitzades, es recomana el tractament **multi modal**.

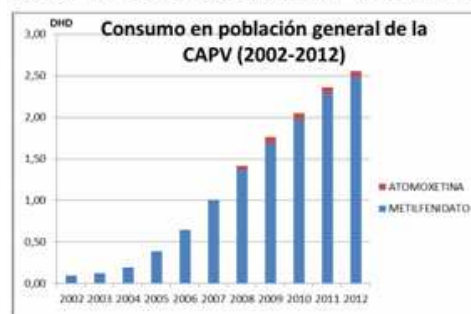
Perquè està incrementant el nombre de receptes de fàrmacs si tothom recomana el tractament multimodal? El Butlletí INFAC²³ Vol 21, N° 5 any 2013 exposa ,a la taula, el **creixement exponencial del consum de fàrmacs**, especialment metilfenidato, al País Basc.

Afirmen que hi ha una tendència a l'alça pel que fa a la relació entre diagnosi i medicació,

"el aumento de diagnósticos conlleva aumento de consumo de fármacos para su tratamiento" (p.35),

"En EE.UU. 2/3 de los niños diagnosticados están en tratamiento" (p.35).

Gràfic 3 Font: Butlletí INFAC Vol 21, N° 5



Els tractaments **psicològics** de les guies analitzades s'apropen i potencien les teràpies cognitiu/conductual (normes, increment d'incentius, conseqüències de comportament inadequat, entre altres) davant de les psicosocials. Dos dels entrevistats, els quals es posicionen en contra de la medicació del TDAH em donen a conèixer el mètode Davis. Aquest mètode no accepta medicació, dóna eines als afectats i a més explica de quina manera percep el món aquests infants, la qual cosa esdevé molt necessària i útil per tal de proposar mesures didàctiques a l'aula, que vagin en la línia de posar-se en el seu lloc. **Els alumnes de NEE de la UAB de primària** em comentaven que necessitaven comprendre com veuen el món aquests infants per tal d'entendre'ls i que per sort, havien cursat la menció, la qual cosa consideren que l'hauríem de fer tots els alumnes de magisteri per la seva utilitat i necessitat.

Les **relacions entre farmacèutiques i associacions de TDAH** existeixen, incentivant el debat sobre la professionalització d'algunes associacions de TDAH. A Burgos, la ABUDAH (*Asociación Burgalesa de personas afectadas por déficit de Atención e*

²¹ Moviment que es manifesta en contra del DSM.

²² Ubieto (2013). Trastorns, malestars i diversitat. Com abordar el TDAH? Ponències presentades a les Jornades Trastorns, malestars i diversitat. Barcelona. Institut d'Infància i Món Urbà. CIIMU.

²³ És una recopilació mensual per recopilar informació al voltant dels fàrmacs amb la col·laboració del CAPV (Comunidad Autónoma del País Vasco).

Hiperactividad) i el COF (Colegio Oficial de Farmacéuticos), han signat un conveni ²⁴ amb en nom de: *Una nueva apuesta de la farmacia burgalesa por los pacientes*. Tanmateix, la **participació i financiació d'estudis** sobre el TDAH amb determinada lectura de dades i objectius a assolir a favor de la medicació es pot apreciar al llibre ²⁵ *Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados*, on s'explicita clarament que el projecte ha estat iniciat, impulsat i finançat per Shire AG ²⁶, amb el suport de l'European Brain Council (EBC) i GAMIAN - Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks).

Els professionals entrevistats explicaven que els **canals de comunicació** existents que relacionen als professionals del món sanitari i educatiu (veure annex 9) presenten mancances principalment en l'orientació teòrica dels professionals, la qual determina un posicionament a favor o en contra. **La falta de consens és un obstacle**. Les famílies i mestres es troben amb diagnòstics antagònics; Aquesta situació de bipolaritat complica el dia a dia i l'actuar d'una manera o una altra,

"La reacció nostra era pegar-li, tot el que feia malament, no l'enteníem, mes que parlar li pegaven. A mi em treia de les caselles. El càstig eren bufetades perquè no coneixíem... i ho diem que ho tenim molt clar...això feia que nosaltres ens baralléssim molt"(Família 1).

Finalment comentar que **no es pot entendre el tractament farmacològic del TDAH sense parlar del model mèdic americà**. Lasa (2001) explicita que les característiques econòmiques del seu sistema sanitari condicionen les característiques i pràctiques clíniques. La diagnosi ràpida és obligatòria i determina un protocol homogeni i uniforme d'intervencions terapèutiques molt breus, amb objectius d'avaluació de canvis de comportament i síndromes clars i mesurables, i amb una duració i cost econòmic idèntic per tots els pacients de '*mateixes característiques*'. Per aquest motiu el model DSM és una classificació flexible que facilita la diagnosi. Les mútues, que gestionen el món sanitari, necessiten establir taules i preus homogenis. Els tractaments psicosocials (de llarga durada) no tenen lloc en un sistema homogeni, perquè no són estàndard. En canvi els tractaments cognitius/conductuals sí, perquè poden ser mesurable a curt termini, sense tenir en compte les causes subjacents.

Sroufe (2012)²⁷ en presentació de INFAC Vol 21, N° 5 any 2013 diu:

"La ilusión de que los problemas de conducta de los niños pueden curarse con fármacos nos evita que, como sociedad, tratemos de buscar soluciones más complejas, que serían necesarias. Los fármacos sacan a todos (políticos, científicos, maestros, padres) del apuro. A todos, excepto a los niños. " (p.19)

6.2 Àmbit Educatiu

L'escola es presenta com una entitat neutra sense influència en l'aparició i consolidació dels símptomes i amb dificultats per atendre la diversitat. A l'assignatura de context social i gestió escolar de segon del Grau vam veure que **l'escola no és neutre**. Segons es comporti serà un agent emancipador o un agent estigmatitzador, vetllarà per la inclusió i cohesió social o per la segregació, eradicarà o perpetuarà les desigualtats socials. Alguns autors com Montessori, Pestalozzi o Dewey postulaven que el paper del professorat és fonamental, com així explicaven algunes de les famílies a les entrevistes o jo mateix puc afirmar arran de la meua experiència escolar. La seva actitud d'afecte, atenció i guia són factors determinants per l'èxit o el fracàs

²⁴ <http://www.cofburgos.es/noticias/246-firma-de-convenio-con-abudah/>

²⁵ <http://www.feafes.org/publicaciones/LibroblancoTDAH.pdf>

²⁶ Shire Pharmaceuticals Ibérica es una compañía biofarmacéutica cuya misión es mejorar la calidad de vida de sus pacientes poniendo a disposición de los facultativos especialistas fármacos innovadores

²⁷ Professor de la Universitat de Wisconsin, Madison

escolar. Sembla com si tot passés en la ment de l'infant, sense influència del que passa a l'aula; només es veuen els símptomes, desapareix la persona i s'etiqueta: "tu ets un TDAH". Es despersonalitza i passa a ser un objecte que necessita atenció específica. Aquesta atenció no pot ser 100% individual. La resposta hauria de ser inclusiva i d'atenció a la diversitat. **No tenen lloc les guies específiques per atendre a l'alumnat**²⁸ amb TDAH, sinó que calen actuacions a nivell aula on tots els alumnes formin part (Educació Inclusiva=Societat Inclusiva). Tots els centres tenen alumnes amb NESE (Necessitats específiques de suport educatiu) que han de ser ateses. L'atenció a la diversitat ha de néixer en el context de l'escola inclusiva, entenent-la com

"un procés pel qual s'ofereix a tots els nens i nenes, sense distinció pel que fa a la capacitat, la raça o qualsevol altra diferència, l'oportunitat de seguir sent membres de les aules regulars i d'aprendre dels seus companys, i amb ells, a l'aula" (Stainback, 2001 en Duran, Giné i Marchesi, 2010 p.3)

De què depèn iniciar el procés d'inclusió? La recerca realitzada va en la línia de què cada centre té autonomia per decidir el model educatiu. Vetllar per una escola tradicional o una escola emancipadora depèn de l'equip de mestres, tot i que les retallades sembla que ho impedeixen(16/04/2014, el Periódico, *Les retallades frenen la renovació dels sistemes d'ensenyament*).

A l'aula hi ha diversitat. L'escola inclusiva hauria de ser la via a través de la qual afrontar-la. A l'assignatura de dificultats d'aprenentatge i trastorns del desenvolupament de tercer, varem veure que en una escola inclusiva les **diferències entre alumnes** són un element enriquidor i d'ajuda i no un problema. **El saber i el coneixement** es vehicula a través de la col·laboració alumnes/professors i alumnes/alumnes i, la mediació entre l'alumnat, és un recurs més. El mestre no és l'únic posseïdor del saber per això, cal incentivar les **interaccions entre iguals** com a motor d'aprenentatge on es potenciï el **treball cooperatiu** per davant de l'individual/competitiu.

Són moltes les guies oficials i no oficials del TDAH i altres trastorns, malformacions o malalties²⁹ pensades al marge de la diversitat, la qual cosa no encaixa amb la realitat de les escoles que tracten, de manera individualitzada i sovint improvisada, situacions de desmotivació, hiperactivitat, fracàs escolar, avorriment, manca de disciplina, manca d'atenció, agressions entre iguals o agressions a docents.

Mantenir l'**ordre social** a la institució escolar és una necessitat per l'escolarització de masses i implícitament origina que hi hagi alumnes que no acceptin aquest ordre. L'alumne TDAH es manifesta a l'escola com l'antítesi de l'alumne ordenat i adaptat a les rutines (Bailey, 2013).

Com es visibilitza això? El **dèficit d'atenció** a través de la no execució d'una ordre donada (penja la jaqueta); la **hiperactivitat** perquè no poden estar asseguts a la cadira; la **impulsivitat** perquè no saben esperar el teu torn.

Aquests infants sembla que no són capaços de regular per si mateixos les formes d'ordre social exigides per l'escola. No s'està dient que cal treure les normes, límits i rutines, sinó valorar en quina mesura les autoritats que promouen aquestes formes de fer, són conscients de les divisions que es fan i de les repercussions/etiquetatges individuals per aquells que no entren en els patrons 'normals'.

²⁸ Sense deixar d'atendre les necessitats específiques que presentin on a més a més seria necessària una intervenció a nivell aula.

²⁹ Espina Bífida, Autisme, Disfèmia, Diabetis infantil, Síndrome de Rett, Asperger, Dol infantil, Díndrome de William, Trastorn d'ansietat i TDAH.

Hi ha autors que més que parlar de trastorn o malaltia, parlen de neurodiversitat (Silverman, 2002), defensant la idea de què el camp neurològic també és divers. Aquest plantejament ens ajuda a entendre - més profundament- com entén i percep el món un infant amb TDAH; apropant-nos als plantejaments de **Johan Pestalozzi** quan parlava de la "*relació entre esperits*", en la qual el mestre ha de mostrar un profund "*respecte, amor i confiança*" cap als infants als quals està educant. Silverman (2002) fa una classificació partint d'aquestes dues formes de veure el món: **neurodiversos** i **neurotípics** (veure annex 10) que ens ajuda a tenir una comprensió més profunda de què li passa a un infant diagnosticat de TDAH.

7. Conclusions

- **El discurs mèdic legitima el diagnòstic del TDAH.** Existeix una hegemonia del sistema DSM en el món de la psiquiatria, la qual cosa dóna lloc a què sigui el manual d'ús majoritari pels professionals que diagnostiquen. És un manual facilitador del diagnòstic i el tractament farmacològic en primera instància. El diagnòstic dóna accés a recursos diversos (vetlladora, atenció personalitzada, proves avaluatives específiques durant l'escolaritat i selectivitat). Uns dels objectius assolit per les associacions d'afectats és el reconeixement per Llei del TDAH com un trastorn d'aprenentatge i l'adaptació de les proves de selectivitat. Perquè aquestes proves? Perquè el TDAH no entén de classe social. El DSM recull rendiment escolar i laboral a la seva definició. Les famílies organitzades en associacions, les quals tenen contacte i influència amb determinats partits polítics, no són pobres, és a dir que són famílies amb un capital social, cultural i econòmic alt. Famílies amb unes expectatives altes sobre els seus fills, on no hi entren ni el fracàs escolar ni el no accés a la universitat.

- **No existeix un TDAH pur** la qual cosa impossibilita objectivar la recerca, en canvi, sí que existeix l'etiqueta TDAH amb connotació negativa, diferent i que apareix en contraposició de l'alumne modèlic (atent, quiet i prudent). L'etiqueta TDAH apareix com un estigma.

- **Actualment existeix un mal diagnòstic no un sobre diagnòstic.** Un mal diagnòstic que fa servir la medicació com a primera instància per aturar els símptomes. Sembla que no hi ha temps ni recursos públics ni privats per atendre el trastorn des d'una visió psicosocial, tenint en compte els problemes subjacents i entenent el context com a objecte d'estudi i no els infants com objecte d'estudi.

- **L'Autonomia de centre legitima a l'escola a definir el seu model pedagògic.** Que aquest model s'adapti o no a les necessitats dels alumnes amb TDAH també depèn del mestre. Van Manen (1998) diu que si s'actua amb criteri pedagògic, s'influeix sobre l'estudiant, però si aquesta influència es realitza amb '*tacte*' llavors no serà autoritària, controladora, dominant ni manipuladora i no crearà aquesta sensació d'impotència i d'incomprensió. La falta de comprensió és quelcom comú envers els infants diagnosticats amb TDAH.

- **Les actuacions a l'aula dirigides a alumnes amb TDAH són útils i aplicables a la resta d'alumnes, a tots els va bé.** Les guies específiques sobre TDAH expliciten els símptomes que presenten, però en cap moment expliquen o intenten entendre perquè actuen així, cosa que sí que fan els autors crítics amb el trastorn. No es tracta de fer una guia per cada trastorn, del que es tracta és crear un sistema a l'aula on totes les NESE esdevinguin incloses. Aquestes guies específiques no contemplen la realitat de l'escola inclusiva (escola inclusiva=societat inclusiva). Les famílies pateixen molta desorientació i desgast emocional perquè han d'anar justificant les accions dels seus fills. La incomprensió és un element molt present.

- **La subjectivitat dels professionals determina la relació** que s'estableix amb els infants i les famílies. L'orientació teòrica dels professionals i les mancances de comunicació entre professional perjudica principalment als infants i a les famílies, què són les que pateixen el dia a dia. La falta de consens és un obstacle.

-Ens hem de preguntar **com viu l'experiència un l'infant amb TDAH?** Com viu el fet que constantment siguin el centre d'allò fora de la normalitat? Cal pensar quines són les causes per les quals es comporta de determinada manera. Són infants plens d'energia, poden portar molts projectes a la vegada, persistents, amb una personalitat atractiva, optimistes, de ment oberta, amb gran sentit de l'humor, justos, sensibles, compassius, generosos, sincers, impulsius - quan veuen que alguna cosa no està bé - , creatius, amb idees innovadores i sempre volen aprendre coses noves.

- **L'educació infantil es distancia del trastorn i del debat que genera** tot i ser una etapa clau en l'inici del 'procés d'etiquetatge' (és molt mogut, es mostra desafiant amb l'edat que té, no escolta). El canvi entre P5 i 1er de primària s'identifica com el lloc en el qual els joves entrevistats han patit el grau més gran d'incomprensió i etiquetatge. Tanmateix cal preservar l'etapa infantil del discurs mèdic que legitima el diagnòstic i la medicació com a primera mesura preventiva i seguir promovent per les metodologies experimentals, cooperatives i significatives, pròpies del cicle.

Conclouria amb la següent reflexió:

“Si observes els símptomes veuràs el TDAH. Si mires a través del TDAH veuràs les mancances del sistema educatiu, del model mèdic i de la societat”

8. Consideracions finals

En aquest TFG he volgut mostrar les **competències adquirides al llarg del Grau** posant en pràctica els coneixements adquirits en algunes assignatures ³⁰ i especialitzar-me en un tema concret.

El currículum d'Educació Infantil estableix que *“La finalitat de l'educació infantil en els centres és contribuir al desenvolupament emocional i afectiu, físic i motor, social i cognitiu dels infants en col·laboració amb les seves famílies, proporcionant-los un clima i entorn de confiança on se sentin acollits i amb expectatives d'aprenentatge”*.

Més enllà dels aspectes formals, els mestres hem de provocar i acompanyar als infants en situacions per donar lloc a l'aprenentatge emprant recursos heterogenis, potenciant la interacció social, els equips cooperatius i avaluant els procediments, les actituds, els valors i les competències socials. Hem de generar la capacitat d'analitzar críticament els fenòmens, els pensaments i les creences amb la finalitat de formar a persones amb capacitat per a intervenir en la societat que els ha tocat viure. L'actuació envers els alumnes que presenten símptomes de TDAH, requereix aquestes reflexions.

Considero que els meus **objectius estan àmpliament assolits**. Amb la recerca realitzada he tingut la possibilitat d'escoltar els punts de vista dels agents implicats, la qual cosa m'ha permès fer-me una molt bona idea de tot el debat al voltant del TDAH, des d'un plantejament global que em permetran iniciar noves línies d'investigació.

Finalment comentar que aquest alumnat necessita un model d'escola entès des d'un plantejament, holístic, vivencial, experimental i significatiu, **tal com es planteja l'etapa infantil** des de la seva pluralitat de mètodes però sobretot acompanyant als infants a tots els nivells i on l'aprenentatge tal com diu Tonucci *“no sigui passar del desconegut al conegut, sinó un passatge del que sabem al que sabem millor, aprofundint en les coses”*³¹.

³⁰ Societat, ciència i cultura, Context social i gestió escolar, Educació i contextos educatius, Teories i pràctiques contemporànies, Trastorns en el desenvolupament educació inclusiva, Desenvolupament de la personalitat, Projectes globalitzadors, pràcticums, entre altres.

³¹ http://www.ara.cat/premium/societat/FRANCESCO-TONUCCI-dinfantil-haurien-duniversitat_0_802719721.html

9. Referències Bibliogràfiques

- American Psychiatric Association. (2001). *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Bailey, S. (2013). *Exploring ADHD: An ethnography of disorder in early childhood*. Editorial: Routledge Chapman & Hall.
- Barkley, R. A i Russell, A. (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. México: Editorial Paidós.
- Cosgrove, L. Krimsky, S. Vijayaraghavan, M. i Schneider, L. (2006). *Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry* (en línia) <http://www.tufts.edu/~skrimsky/PDF/DSM%20COI.PDF> (última consulta 14/02/2014).
- Duran, D., Giné, C. i Marchesi, A. (2010). *Guia per a l'anàlisi, la reflexió i la valoració de pràctiques inclusives*. Barcelona: Departament d'Educació, Generalitat de Catalunya.
- Espina, A y Ortego, A. *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. (en línia) <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/Guia%20TDAH.pdf> (última consulta 14/05/2014).
- Federació Francesa de Psiquiatria (FFP). (2014). *CFTMEA TR Classificació francesa dels problemes mentals de l'infant i de l'adolescent-R-2012. Text revisat 2014* <http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf> (consulta 20 /02/2014).
- Federación Española de Afectados por Déficit de Atención e Hiperactividad (2014) <http://www.feaadah.org/es/> (consulta 19/01/2014).
- Fundació Adana (2014). <http://www.fundacionadana.org/> (consulta 19/03/2014).
- García Castaño, F. (2001). *Es TDAH y ahora... ¿qué? Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Una guía básica*. San Juan, Puerto Rico: Ediciones Hispalis.
- García, M i Magaz, A. (2007). *Niños hiperactivos e inatentos*. (en línia). <http://sauc.pntic.mec.es/~falcon/inatentos.pdf> (última consulta 27/02/2014).
- Generalitat de Catalunya, Departament d'ensenyament (2013). *El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu*. (en línia). <http://www20.gencat.cat/portal/site/ensenyament/menuitem.e79d96e9bc498691c65d3082b0c0e1a0/?vgnextoid=357317ad03d5c310VqnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=357317ad03d5c310VqnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default> (última consulta 01/02/2014).
- Generalitat de Catalunya, Llei Educació Catalunya (2009).
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Fundación Sant Joan de Déu (coord.). *Guía 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 mental de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya, 2010. Guías de práctica clínica en el SNS: AIAQS N°2007/18*. (en línia)

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tdah_hiperactividad_aiags2010_compl.pdf (última consulta 14/02/2014) .

- Hallowell, E. i Ratey, J.(2001). *TDAH: Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*. Madrid: Editorial Paidós.
- Horwitz, A. (2010). *Pharmaceuticals and the medication of social life*. En Light, Donald W. Editor. *The risks of prescription drugs*. Columbia University Press. New York 2010. Pag. 92-115.
- Jara.A,B.(2009). *El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E.10, D.S.M.IV–R y C.F.T.M.E.A.–R 2000)*. Norte de Salud Mental Nº35 pag 30-40
- Lasa, A. (2001). *Hiperactividad y trastornos de la personalidad. I. Sobre la hiperactividad*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Revista de SEPYPNA, 31/32, p. 5-83.
- Lasa, A, Jorquera, C. (2009). *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; Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA Nº 2007/09
- Lévinas, E. (1991). *Ética e infinito*. Machado Libros.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), BOE, 10 de diciembre de 2013.
- Mena, B. n et al (2006). *El alumno con TDAH Trastorno con déficit de atención con o sin hiperactividad*. Edicions: Mayo (en línea).
http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_%2811%29_indd_1.pdf (última consulta 29/04/2014).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Información para los pacientes sobre seguridad de medicamentos*.Madrid (en línea)
http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/ciudadanos/2009/docs/NIP_2009-01_metilfenidato.pdf (última consulta 14/02/2014).
- Montessori, M. (1984). *La descubierta de l'infant*. Editorial: Eumo. Vic.
- OMS. (2001). *Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes CIE–10*. Edt. MÉDICA PANAMERICANA.
- Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament Resolució ENS/1544/2013, de 10 de juliol, *De l'atenció educativa a l'alumnat amb trastorns de l'aprenentatge*.
- Silverman, L. (2002). *Upside-Down Brilliance: The Visual-Spatial Learner*. Paperback.
- Sotillo, C. Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.

- STILL, Asociación Balear de Padres de niños con TDA-H. (2004). *El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH): guía para docentes*. Baleares, Conselleria d'Educació i Cultura. Govern de les Illes Balears. (en línea) http://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id_doc=50 (última consulta 14/02/2014).
- STOP DSM. (2014). Por una psicopatología clínica, que no estadística (en línea <http://stopdsm.blogspot.com.es/> (última consulta 05/05/2014).
- Tizon,J,L. (2007). *El niño hiperactivo como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización?*. Psicopatol. Salud mental. M2,23-30.
- Van Manen, M (1998), *El tacto de la enseñanza*. Editorial.Paidós

Annexos

Treball fi de Grau 2013/2014

Una aproximació crítica al TDAH

Discursos actuals, pràctiques escolars i
experiències d'infants, joves, famílies i professionals implicats

Annex 1 Guió d'entrevistes

QÜESTIONARI		
Dimensions	Indicadors/TEMES	Preguntes
Dimensió social, familiar i educativa.	Com s'entén el TDAH? Què és?	- Com definiries el TDH? - Creus que és un problema? De quin tipus - Estaries d'acord amb aquest diagrama: - o Desmotivació→dèficit atenció→hiperactivitat→impulsivitat→problemes aprenentatge - Coneixes els símptomes generals? Els comparteixes? - Que ha significat per vosaltres el TDAH? - Com heu viscut el procés que us ha fet arribar fins aquí?
	Marc legal/ Organitzacions formal i no formal	- Coneixes l'existència de la legislació al voltant del TDAH? - Esteu en contacte amb alguna associació? Quina? - Perquè les coneixes? - Què fan?
	Tractaments/ Coordinació amb altres professionals	- Quins tractaments heu fet servir? - Els tractaments a curt termini (3 mesos) són eficaços? - Coneixes algun estudi de tractament a llarg termini? - Estaries d'acord amb què "No hi ha estudis de tractaments a llarg termini"? - Estaries d'acord amb què "No existeix un test eficaç per diagnosticar TDAH"? - Com creus que estan funcionant els CEDIAP/EAPS/CSMIJ? Estan saturats de feina? - Les llistes d'espera en atenció a la salut mental pot ser causa que es receptin més medicaments? - Estàs d'acord amb què es recepti medicació, en primera instància, per aturar els símptomes de TDAH? - Quines actuacions es duen a terme envers l'infant? Han estat útils? Heu seguit algun consell? Qui va fer el diagnòstic? Com va anar tot?

	Polèmiques	- Creus que el seu diagnòstic i tractament genera polèmica? - Estaria d'acord que la controvèrsia del debat és l'ús de psicoestimulants? - Creus que es donen a conèixer tots els efectes secundaris de la medicació? - El fet que es receptin medicaments pot eliminar incentius per intervencions educatives? - Hi ha autors que parlen que el TDAH és una malaltia importada, i més concretament el sistema mèdic americà, el qual necessita que els diagnòstics estiguin clars, sense fissures. Que en pensen? - Qui paper tenen les farmacèutiques en el debat? I les mútues?
	Escola - Professorat - Aula - Serveis Educatius - Escola Inclusiva	- Tens algun alumne a classe? Està medicat? Des de quan? - Hi ha algun protocol per actuar davant aquest tipus d'infants al centre? Quin? Es revisa? En cas que no, perquè no teniu? - Coneixes altres protocols existents? - Teniu formació específica? Creus que són necessaris dispositius específics a les escoles (aules, professionals) per aquests alumnes? - Gestió Aula: - o Com ho fas a classe? En què et bases? - o De quina manera la distribució de l'aula ajuda o perjudica als alumnes amb TDAH? - o Que en penses de les rutines a l'aula? - o Com es comporten aquests infants davant les rutines? - o Protocol de valoració - Suport personalitzat - o Fas quelcom diferent amb aquests infants? - o Protocol valoració - Crec que hi ha escoles que adapten el currículum per aquest tipus d'alumnat, creus que és una mesura útil, interessant, que pot donar bons resultats? PLA INDIVIDUALITZAT? - Quina relació tens amb la família? - o Aspectes generals - o Entrevistes amb família - o Protocols de funcionament/revisió - Amb el psicopedagog, psicòleg que porta l'infant?
	Altres	- Tens algun cas conegut que creus que podria ser interessant que congués?

Quadre resum entrevistats³²

Psicòlegs/ psicopedagogs/ psiquiatres	- Psiquiatra: treballa en una Mutua privada en BCN. Entrevista realitzada el 9 d'abril de 2014. - EAP: Servei educatiu de Cerdanyola. Entrevisto a dues persones del servei, una fa poc havia fet la formació específica sobre TDAH. Entrevista realitzada el 22 d'abril de 2014-05-17 - CSMIJ: No vaig poder fer una entrevista en persones perquè els servei educatiu tenia una agenda que no ho possibilitava. Vam acordar que li envies un mail amb les preguntes que tenia i fer-la virtual.
Mestres	Mestra de 2on de primària amb dos infants amb TDAH a l'aula dels quals 1 està diagnosticat. Entrevista realitzada 29 de març 2014
Família	- Família 1: el fill té diagnosticat TDAH; predomini de hiperactivitat des dels 6 anys. Des de petit presenta símptomes a casa i al la Llar d'infant. Té 18 i actualment pren la medicació. Esta a 1er de Batxillerat. Entrevista realitzada 31 de març 2014 - Família 2: mare de dos infants amb diagnosi de TDAH. Es posiciona en contra del trastorn i a més busca solucions. Ha realitzat la formació de l'associació Davis. Entrevista realitzada el 7 d'abril de 2014.
Joves	- Jove 1: És el fill de la família 1. Entrevista realitzada el 3 d'abril de 2014-05-17 - Jove 2: Té 25 anys, fa poc li han diagnosticat TDAH i dislèxia. Estudia a la UAB i és mostra molt crític amb el TDAH. Entrevista realitzada el 31 de març de 2014.
Associacions TDAH	Vaig intentar entrevistar-me amb més d'una associació però no responien els meus mails i trucades. Entrevista a una persona d'una associació d'afectats de TDAH a BCN. Entrevista realitzada el 25 d'abril de 2014.
Formació de mestres i aprenentatge dels futurs alumnes (UAB)	- Coordinador de la menció de NEE de primària a la Facultat de Ciències de l'educació de la UAB. Conversa sobre com s'enfoca el TDAH des de la menció. - Alumnes de la menció de NEE de primària a la Facultat de Ciències de l'educació de la UAB em donen el seu punt de vista sobre la formació que han rebut sobre el TDAH.

³² En aquesta taula trobem un resum del perfil dels participants en el treball que han estat entrevistats.

Annex 2 Recull de premsa sobre el TDAH (1991-2013)

1991

- **La Vanguardia: Torbellinos de pocos años:** es presenten estudis que diuen que la culpa no és de les famílies ni dels mestres.

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2005/05/23/pagina-3/33467284/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20O%20H%20PERACTIVIDAD> (última consulta 17/12/2013)

2000

- **La Vanguardia: Sin espacio para desahogar-se:** es critica el numero de diagnosis no els símptomes de hiperactivitat

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2005/05/23/pagina-38/34089558/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20O%20HIPERACTIVIDAD> (última consulta 17/12/2013)

- **La Vanguardia: Niños a todo ritmo:** No tots els nens amb trastorn de dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) són diagnosticats i reben un tractament adequat. La raó és que "el TDAH és un trastorn encara poc conegut per pares, mestres i fins i tot pediatres", assenyala Santiago García-Tornel, cap clínic de pediatria de l'hospital Sant Joan de Déu.

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2005/05/23/pagina-37/34089557/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20O%20HIPERACTIVIDAD> (última consulta 17/12/2013)

2001

- **La Vanguardia: Cuando distraerse es una enfermedad:** es donen xifres sobre la població que pateix el Trastorn i es posa en dubte la seva existència.

- **Un fallo en los neurotransmisores:** parla de les mesures a prendre, incloent el farmacològic

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2001/12/03/pagina-29/34199267/pdf.html?search=TDA-H> (última consulta 17/12/2013)

2004

- **Tenemos que aprovechar toda esa energía de los hiperactivos:** Luis Rojas Marcos, catedràtic de Psiquiatria de la Universtat de Nova Cork, reconeix que te TDAH i demana canalitzar aquesta energia.

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2005/05/23/pagina-39/33675010/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20O%20HIPERACTIVIDAD> (última consulta 17/12/2013)

2005

- **La Vanguardia : Selectividad apta per hiperactius:** la prova de selectivitat s'adapta per aquest tipus d'infants previ requisits a la secundària.

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2005/05/23/pagina-33/39798574/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20O%20HIPERACTIVIDAD> (última consulta 17/12/2013)

2006

- **La Vanguardia: Los trastornos de aprendizaje:** es posa a debat el trastorns i l'èxit escolar

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2006/05/14/pagina-34/48551011/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20O%20HIPERACTIVIDAD> (última consulta 17/12/2013)

- **La Vanguardia: Los padres vienen desesperados:** es parla de la situació a la que s'afronten les famílies, les escoles i els experts sanitaris demanen una escola flexible per aquests infants.

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2001/12/03/pagina-34/46327443/pdf.html?search=TDA-H> (última consulta 17/12/2013)

2007

- **La Vanguardia: Esperas de hasta cinco años para un diagnóstico:** posa en evidencia la falta de reconeixement de la psiquiatria infantil en Espanya com especialitat i el que comporta un infant amb TDAH no tractat.

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2006/05/14/pagina-28/55401886/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20%20HIPERACTIVIDAD> (última consulta 17/12/2013)

2008

- **La Vanguardia: ¿Cómo conseguir que un niño con TDAH llegue a la universidad?:** es donen pautes per assolir aquest objectiu on principalment és el suport de famílies i mestres.

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2006/05/14/pagina-25/70629146/pdf.html?search=D%C3%89FICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20%20HIPERACTIVIDAD> (última consulta 17/12/2013)

2010

- **La Vanguardia : Escuela flexible para niños diversos:** es demanen protocols per actuar a l'aula i recomanacions.

<http://www.lavanguardia.com/vida/20100915/54004249853/escuela-flexible-para-ninos-diversos.html> (última consulta 17/12/2013)

2011

- **La Vanguardia: ¡El niño no se concentra!:** debat sobre l'atenció i la presencia o no d'hiperactivitat: Jose Angel Alda cap del servei de Psiquiatria i Psicologia de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Un 5% de menors de 7 anys el pateix. S'associa amb importants comorbiditats com la depressió o la psicosi, cosa que té implicacions emocionals i professionals

<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2001/12/03/pagina-4/88454516/pdf.html?search=TDA-H> (última consulta 17/12/2013)

2012

- **El Pais: El 40% de los niños con TDAH mantiene el trastorno de adultos**

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/09/24/actualidad/1348486911_525365.html (última consulta 20/12/2013)

2013

- **El Pais: El fracaso de los padres se llama TDAH:** Joseph Knobel Freud, psicoanalista infantil y fundador y docente de la Escuela de Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes de Barcelona, España que afirma que el trastorn és el resultat del fracàs dels pares de família i dels mestres, perquè són incapaços d'observar que els nens estan deprimits per diverses raons i la hiperactivitat que manifesten és l'efecte del problema

<http://ferriz.com.mx/te-recomendamos/el-fracaso-de-los-padres-se-llama-trastorno-por-deficit-de-atencion/> (última consulta 17/12/2013)

- **El Pais: Les autoritats dels EUA alerten d'un excés de diagnòstic de TDAH** Últims 10 anys augmenten els casos de diagnòstic: ens donen xifres on un 53% 2007 →4000 milions de dòlars 2012 →9.000 milions de dòlars. El mal diagnòstic s'està disparant.

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/04/02/actualidad/1364903542_739753.html (última consulta 17/12/2013)

- **Diari Ara: Atrapant lletres que s'escapen;** es fa una critica al sistema educatiu que no acabada d'incloure a aquests infants.

http://www.ara.cat/premium/suplements/criatures/Atrapant-Lletres-que-sescapen_0_946705335.html(última consulta 17/12/2013)

• **El Pais: Uno de cada cinco menores padece un trastorno mental en EEUU:** donen dades sobre els diversos trastorns on el TDAH és el que té més prevalença.
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/17/actualidad/1368808377_876747.html
(última consulta 17/12/2013)

• **Los chicos con TDAH necesitan atención constante para que no fracasen:** es queixa de les retallades que afecten sempre a l'atenció a la diversitat.
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/10/23/actualidad/1382556303_330310.html(
última consulta 17/12/2013)

• **El Pais: Mas de 57000 alumnos menores de 16 años sufren transtornos de aprendizaje en Cataluña:** parla sobre xifres amb alumnes amb trastorns i on el diagnòstic es una de les claus.
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/09/14/actualidad/1284415213_850215.html
(última consulta 09/12/2013)

Annex 3 Criteris del DSM-IV, CIE-10 i CFTMEA en relació al TDAH

Criteris del DSM-IV, en relació al TDAH (GenCat, Departament d'ensenyament (2014. p.20).

Es considera que un alumne presenta símptomes de dèficit d'atenció quan presenta 6 ítems.

Es considera que un alumne presenta símptomes d'hiperactivitat i impulsivitats quan presenta 6 ítems.

Han d'estar presents al menys sis mesos en l'entorn familiar i escolar i ha de crear dificultats d'adaptació personal, familiar, escolar i social.

Símptomes d'inatenció

- No para atenció en els detalls i s'equivoca per descuit en les tasques escolars, en la seva feina i en altres activitats.
- Té dificultat per concentrar-se en les tasques o en activitats lúdiques.
- Sembla que no escolta quan se li parla directament.
- No segueix instruccions i no acaba les tasques escolars, encàrrecs o altres obligacions (sense que sigui per negativisme o incapacitat per comprendre el que se li demana).
- Té dificultats per organitzar-se en tasques i activitats.
- Evita, li desagrada o rebutja dedicar-se a tasques que necessitin d'un esforç mental sostingut.
- Perd els objectes necessaris per fer les tasques o activitats (joguines, llibres...).
- Es distreu fàcilment amb estímuls irrellevants.
- Es mostra deixat en les activitats diàries.

Símptomes d'impulsivitat i hiperactivitat

- Mou mans i peus en excés o es remou en el seient.
- S'aixeca de la cadira a la classe o en altres situacions en què s'espera que estigui assegut.
- Corre i salta excessivament en situacions en què és inapropiat fer-ho (en adolescents pot limitar-se a sentiments subjectius d'inquietud).
- Té dificultats per jugar o dedicar-se tranquil·lament a activitats d'oci.
- Està en moviment constant o actuant com si tingués un motor.
- Parla en excés.
- Es precipita a respondre abans que s'hagin acabat les preguntes.
- Té dificultats per esperar el seu torn.
- Interromp i 'fica el nas' en les activitats dels altres (en les converses, jocs...).

Criteris CIE-10 per al trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (Espina i Ortego. p.74)

El diagnòstic requereix la presència dels dos primers (desatenció i hiperactivitat), havent de manifestar en més d'una situació (per exemple, a casa, a classe , a la consulta). No té un inici agut . No són símptomes d'un trastorn generalitzat del desenvolupament, trastorn d'ansietat o depressiu. Només es pot fer un doble diagnòstic quan estigui clara la presència independent d'un trastorn hipercinètic posat de manifest per símptomes que no formin part del trastorn ansiós o afectiu.

Quan estiguin presents tant els trets de trastorn hipercinètic com de trastorn disocial, si la hiperactivitat és intensa i generalitzada , el diagnòstic serà trastorn hipercinètic disocial (F90.1)

F90 Trastorns hipercinètics

F90.0 Trastorn de l'activitat i de l'atenció.

Desatenció

- Interrupció prematura de l'execució de tasques i el seu abandó sense acabar-les.
- Canvien sovint d'una activitat a una altra , donant la impressió que perden interès en una tasca perquè passen a distreure amb una altra .
- Aquests dèficit en la persistència i en l'atenció han de ser diagnosticats només si són excessius respecte a l'edat i el CI del nen .

Hiperactivitat

- Implica una inquietud excessiva , especialment en situacions que requereixen una relativa calma . Depenent de les circumstàncies , pot manifestar-se amb saltar i córrer sense rumb fix, la impossibilitat de romandre assegut quan cal, verborrea i enrenou , o una inquietud general acompanyada de gesticulacions i contorsions . Aquest tret comportamental és més evident en les situacions ben estructurades i organitzades que requereixen un alt grau d'autocontrol del comportament .

Trets associats

- Donen suport el diagnòstic no són suficients ni fins i tot necessaris , però ajuden a realitzar-lo.
 - o Desinhibició en la relació social .
 - o Imprudència en les situacions de perill .
 - o Trencament impulsiu de les normes socials (com , per exemple, la intromissió o interrupció de l'activitat d'altres persones , respostes prematures a preguntes sense permetre que s'hagin acabat de formular o la impossibilitat d'esperar que li toqui el seu torn).

Criteris del CFTMEA per al trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat Jara(2009.p. 34)

En la Classificació Francesa aquests trastorns estan inclosos en la categoria n ° 7 "Trastorns de les Conductes i dels Comportaments", que obliga al clínic a interrogar-se sobre el significat d'aquests trastorns, investigant en primer lloc la presència d'una patologia subjacent que implicaria la classificació del subjecte en una de les quatre primeres categories de l'Eix 1.

Annex 4 Definicions i classificacions del TDAH: DSM, CIM i CFTMA (elaboració pròpia a partir de les guies analitzades)

DEFINICIONS I CLASSIFICACIONS		
DSM-IV	El TDAH és un trastorn d'inici en la infància que comprèn un patró persistent de conductes de desatenció, hiperactivitat i impulsivitat. Es considera que el trastorn està present quan aquestes conductes tenen major freqüència i intensitat del que és habitual segons l'edat i el desenvolupament de la persona, i aquestes manifestacions interfereixen de forma significativa en el rendiment escolar o laboral , i en les seves activitats quotidianes.	
	Classificació	Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat - Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat tipus amb predomini del dèficit d'atenció. - Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat tipus amb predomini hiperactiu-impulsiu. - Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat tipus combinat.
CIM 10	Grup de trastorns caracteritzat per un inici precoç (habitualment en els primers cinc anys de vida), falta de persistència en activitats que requereixen implicació cognitiva, i tendència a passar d'una activitat a una altra sense acabar-ne cap, juntament amb una activitat excessiva, desorganitzada i mal regulada. Poden haver-hi unes quantes anomalies més associades. Els infants hipercinètics solen ser temeraris i impulsius, propensos als accidents, i poden ficar-se en problemes disciplinaris perquè se salten les normes sense pensar-hi, no perquè vulguin desafiar-les deliberadament. Les relacions amb els adults solen ser socialment desimboltes, amb la falta de prudència i reserva normals. Són impopulars entre la resta d'infants i poden quedar-se marginats. La deterioració de les funcions cognitives és comuna, i els retards especificats en el desenvolupament motor i del llenguatge són freqüents de manera desproporcionada. Les complicacions secundàries inclouen comportament disocial i baixa autoestima.	
	Classificació	Trastorns hipercinètics - Trastorn o síndrome deficitari de l'atenció amb hiperactivitat - Trastorn hipercinètic amb dèficit de l'atenció.
CFTMA	Dificultat per enfocar l'atenció, la manca de coherència en les activitats que requereixen la participació cognitiva, tendència activitat desorganitzada, descoordinada i excessiva, i grau d'impulsivitat; hiperactivitat o inquietud motora constant.	
	Classificació	Trastorns hipercinètics - Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat tipus amb predomini hiperactiu-impulsiu. - Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat tipus combinat.

Annex 5 Efectes secundaris de la medicació (elaboració pròpia):

Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes	Medicaments recomenats: El metilfenidat i l'atomoxetina són els fàrmacs recomanats en l'actualitat per tractar el TDAH en nens i adolescents per la seva eficàcia i seguretat a les dosis recomanades. El mecanisme d'acció en el tractament del TDAH no està del tot clar però es creu que funciona per la inhibició selectiva de la recaptació de noradrenalina en l'espai sinàptic mitjançant el bloqueig del transportador presinàptic de noradrenalina.
	METILFENIDAT Què fa?, es creu que incrementa les concentracions de noradrenalina i dopamina en l'escorça frontal i regions subcorticals associades amb la motivació i la recompensa. A Espanya, està comercialitzat com formulacions d'alliberament immediat i d'alliberament prolongat. No hi ha prou evidència científica de diferències significatives entre el metilfenidat d'alliberament prolongat en comparació amb el metilfenidat d'alliberament immediat Els efectes adversos més freqüents del metilfenidat són: pèrdua de gana i de pes, insomni, ansietat, inquietud, nerviosisme, cefalees, estereotípies motores, tics, increment de la freqüència cardíaca i de la pressió arterial, sent molt més rares les psicosis i la mania induïdes pel fàrmac. Contraindicacions del metilfenidat: • Sensibilitat als psicoestimulants; Glaucoma; Malaltia cardiovascular; Hipertiroïdisme; Hipertensió; Anorèxia nerviosa.
	ATOMOXETINA Què fa?, es creu que l'atomoxetina actua fonamentalment en regions de l'escorça i, a diferència dels estimulants, tot just actua en regions subcorticals cerebrals associades a la motivació i la recompensa Els efectes adversos més freqüents de l'atomoxetina són: somnolència, dolor abdominal, nàusees o vòmits, pèrdua de gana i de pes, marejos, cansament i un lleuger augment de la freqüència cardíaca i la pressió arterial. Els efectes secundaris solen ser transitoris i rarament comporten la supressió del tractament. Amb molt escassa freqüència, s'ha descrit hepatotoxicitat, que es manifesta amb increment dels enzims hepàtics i augment de la bilirubina i icterícia. En cas d'aparició d'aquest efecte secundari, es desaconsella la seva reintroducció posterior. S'ha informat de comportaments suïcides (intents de suïcidi i idees de suïcidi) en pacients tractats amb atomoxetina. Contraindicacions de l'atomoxetina: Glaucoma; No es pot administrar conjuntament amb IMAO; Hipersensibilitat amb atomoxetina.
	Recomanacions Es recomana realitzar un seguiment regular del creixement dels nens i adolescents amb TDAH, durant el tractament farmacològic amb metilfenidat i atomoxetina.

F.E.A.A.D.A.H. Federación española de asociaciones de ayuda al TDAH	Hi ha diversos tipus de fàrmacs que ajuden els nens amb TDAH. Aquests medicaments actuen sobre els neurotransmissors dopamina i noradrenalina, la producció irregular genera els símptomes d'aquest trastorn. Aquests fàrmacs poden ser estimulants o no estimulants.
	El metilfedinato és un estimulant derivat de les amfetamines, eficaç en el tractament del TDAH en aproximadament el 60-75% dels nens. Actua augmentant la dopamina en diverses parts del cervell implicades en l'atenció. Sense fer constar els efectes secundaria.
	L'atomoxetina és un nou fàrmac no amfetamínic que s'ha demostrat eficaç en el tractament de nens, adolescents i adults amb TDAH
	Els efectes adversos més freqüents de l'atomoxetina són: escassos, lleus i transitoris.
FUNDACIO ADANA	Els psicoestimulants, el grup de fàrmacs de primera elecció, han demostrat la seva eficàcia en la reducció del 70% dels símptomes del TDAH. A la seva guia pag 46 punt 6 afirma que la medicació és el tractament singular amb més bons resultats.
	El grup de fàrmacs de segona elecció és el dels antidepressius, en aquest la resposta al tractament pot variar de molt bona a moderada. Hi ha altres grups de fàrmacs que s'han utilitzat com els neurolèptics, però respecte la simptomatologia de TDAH mostren poca utilitat i no està provada la seva eficàcia a nivell cognitiu. No es fan constar els efectes secundaria

Annex 6 Protocol d'actuació envers el TDAH (Tizón 2007)

1) Acogida y exploración contendoras, tanto del niño como de la familia, con la idea de contextualizar el síntoma dentro de la dinámica familiar y del medio ambiente habitual del niño. En ocasiones, esa globalización y contextualización del síntoma es clave en sí misma para disminuir el “déficit de atención con hiperactividad”: por ejemplo, en el caso de duelos familiares o del niño recientes, problemas en la organización escolar o de los aprendizajes y curriculums, respuesta familiar inadecuada a comunicaciones histriónicas del niño, presiones familiares o sobre la familia excesivas que el niño se ve obligado a soportar sin ayudas suficientes, etc.

2) Si no basta, atención familiar abierta y exploración familiar cuidadosa con medidas de higienización y orientación (counselling psicodinámico o cognitivo-conductual).

3) Si las medidas anteriores se muestran insuficientes, es cuando no quedará más remedio que introducir técnicas especializadas: atención psicoterapéutica del niño unida a atención psicoterapéutica de la familia. Pero siempre con ambas técnicas al tiempo: los profesionales de salud mental mínimamente cuidadosos han de saber y tener en cuenta en su práctica que realizar psicoterapia de un niño sin intentar al tiempo cambios y modificaciones en su ambiente puede ser una de las más frecuentes fuentes de ineffectividad e ineficiencia.

4) Si es necesario, ante la gravedad del cuadro, pueden usarse en esta fase fármacos sintomáticos, en dosis y tiempos cortos, si durante este tercer período se necesitan. Fármacos de ayuda sintomática (neurolepticos o benzodiacepinas a dosis mínimas) pero escogidos en función de la estructura relacional e intrapsíquica del problema: elementos de trastorno generalizado del desarrollo, de trastorno histérico grave, de duelos graves mal elaborados, de desestructuración o disfunciones familiares graves manifestadas por crisis de ansiedad del niño, etc.

5) Sin olvidar la necesaria ayuda en el ámbito escolar, vehiculizada a través de los equipos de asesoramiento psicopedagógico o de los profesores.

6) El uso de derivados anfetamínicos, en mi opinión, habría que reservarlo para el caso de niños en los cuales se dieran dos criterios básicos:

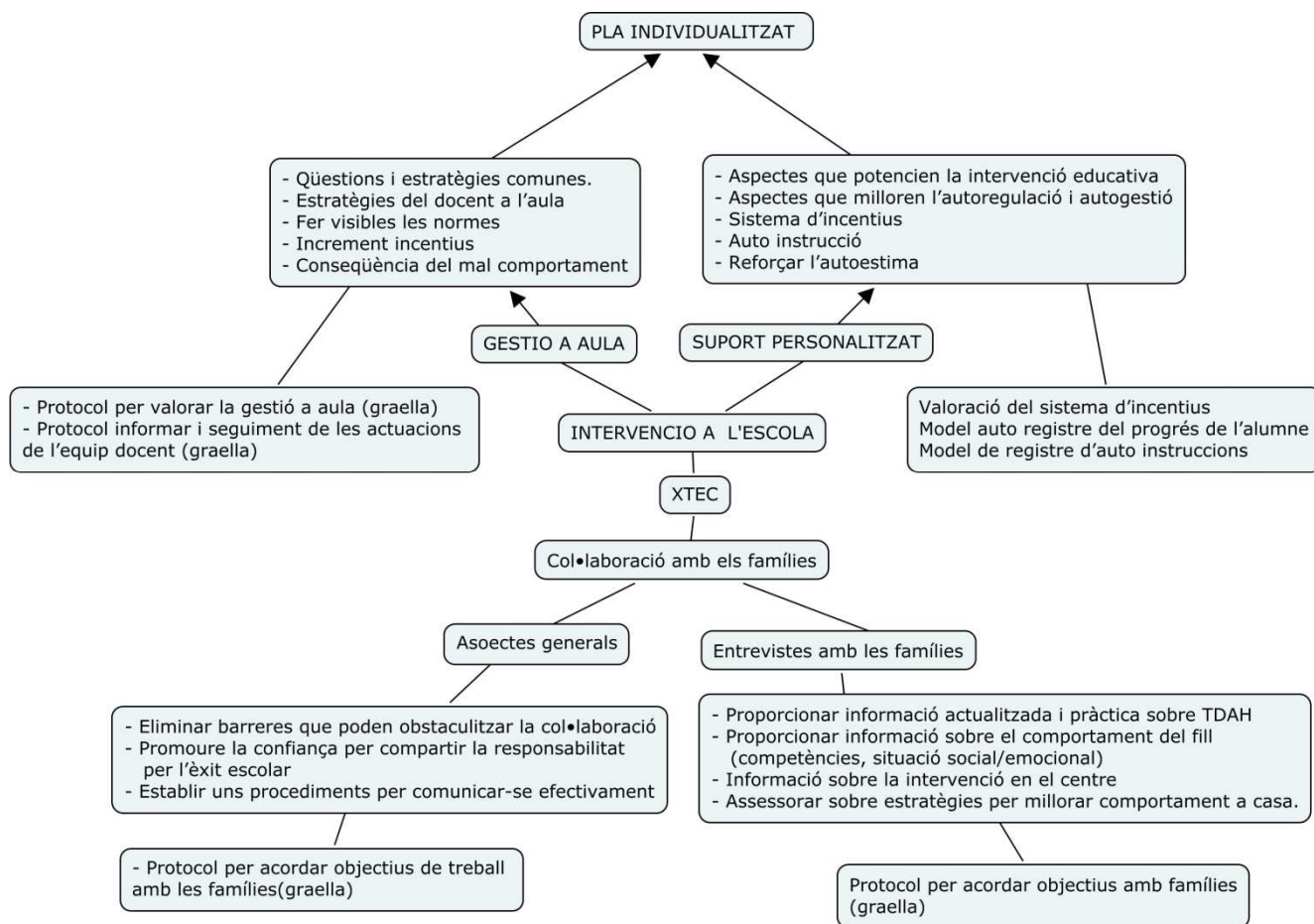
I: Diagnóstico de TDAH claramente establecido.

II: Fracaso de las anteriores medidas terapéuticas realizadas por especialistas competentes. Y en este caso, más para facilitar la contención de la ansiedad familiar y ayudar en los cambios en la relación familiar que como supuesto tratamiento “etiológico” (que nunca lo es).

7) Por tanto, con revisión frecuente de su necesidad. En mi práctica, cada tres meses, y preveyendo la retirada pronta y progresiva, en cuanto se consoliden las mejoras en la contención familiar y microsocial.

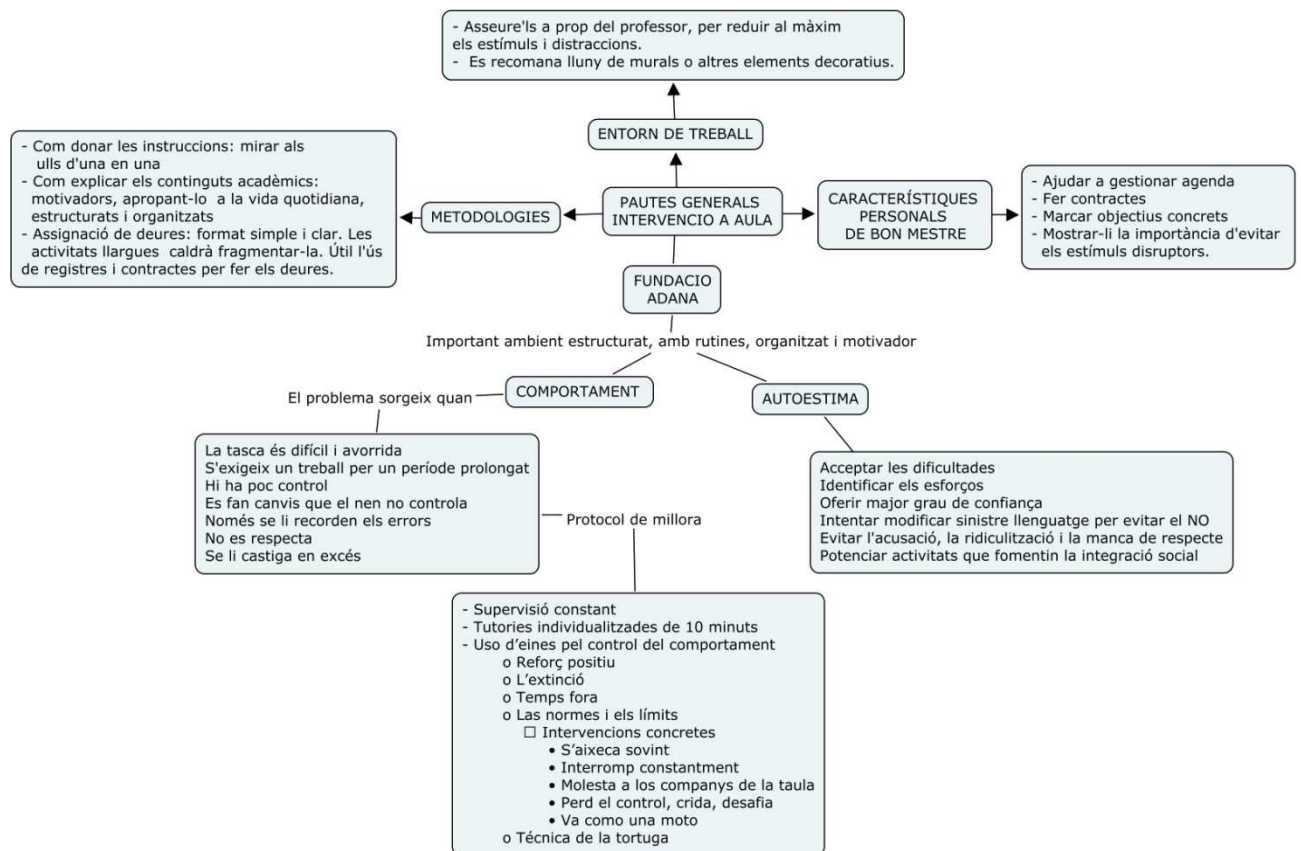
Annex 7 Mapes conceptuals de 3 protocols d'actuació específics de TDAH

Generalitat Catalunya: Departament d'ensenyament (2013). *El TDAH detecció i actuació en l'àmbit educatiu*. Materials per a l'atenció a la diversitat



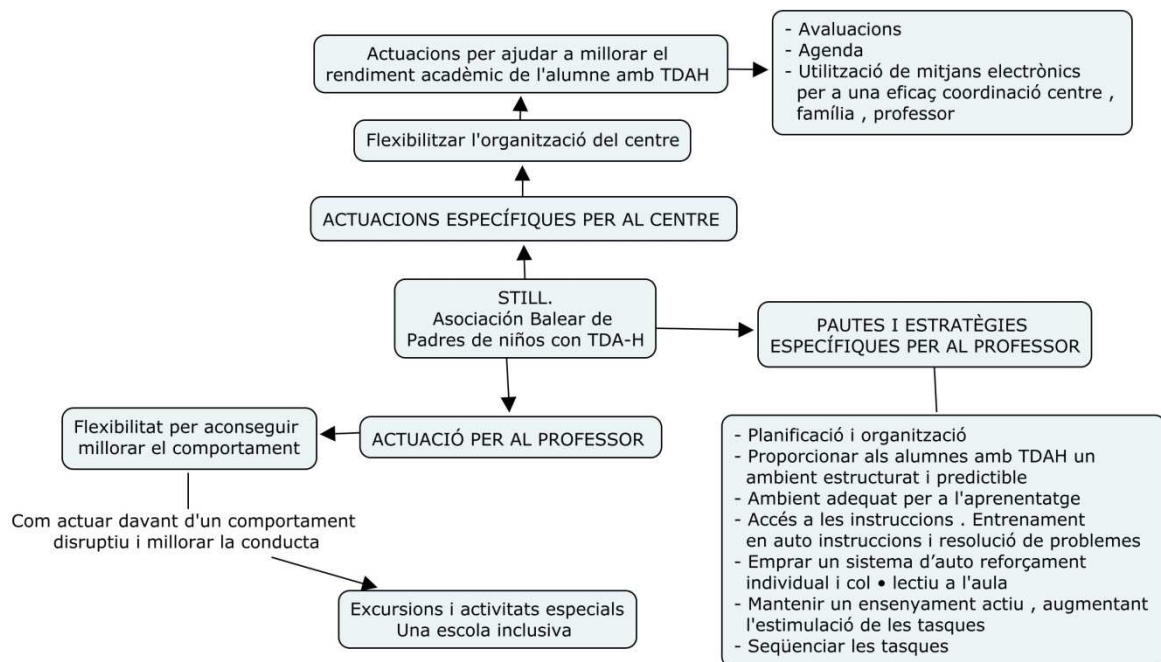
Gràfic 4 elaboració pròpia, Font: Departament d'ensenyament

Fundació Adana: MENA, B. et al. (2006). *El alumno con TDAH Trastorno con déficit de atención con o sin hiperactividad*. Edicions: Mayo.



Gràfic 5 elaboració pròpia Font: Fundació Adana

Govern Balear: STILL, Asociación Balear de Padres de niños con TDA-H. *El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH): guía para docentes.* Baleares, Conselleria d'Educació i Cultura. Govern de les Illes Balears, 2004



Gràfic 6 elaboració pròpia Font: Govern Balear

Annex 8 Mètode Davis, una alternativa esperançadora

Vénen a dir que la dislèxia, TDAH i l'autisme amb tots els seus aspectes no són una malaltia, simplement és una característica de la personalitat.

La qüestió és que es **desorienten**. **Què vol dir que es desorienta?** vol dir que el '*imput*' que té de l'exterior no l'identifiques amb cap dels patrons que té tens a dins, amb la qual cosa ja no és '*master*' de la situació. És a dir, ja no controla, se sent insegur, no processa la informació que rep a través dels seus sentits i pot reaccionar de tres maneres: atacant (els impulsius i hiperactius), fugint (quan veuen que l'altre és més fort) i bloquejar-se (els dèficit d'atenció).

Perquè un nen amb hiperactivitat es posa a córrer? Perquè segons el mètode Davis diuen que es desorienta. No que no sàpiga on va, sinó que els '*imputs*' que està rebent no és capaç de processar-ho amb els models que té gravats en el seu cervell. Si tu li ensenyes com orientar-se, es a dir si a un nen amb TDAH li anticipes el que vindrà (anticipar al nen els canvis funciona perquè el nen en el seu període de no desorientació ho entén) és una informació que ell té i que en el moment en el qual el s'orienta per motiu X, és capaç de processar-la entendre-la i acceptar-la. La seguretat no depèn dels estímuls exteriors, depèn d'ell mateix, és a dir, un no l'ha de donar seguretat al nen en les seves desorientacions sinó que has d'evitar que es desorienti.

Perquè un nen amb dèficit d'atenció no entén el que se li està dient? Perquè no processa la informació que li està arribant verbalment. Una simple mirada als ulls o el llenguatge corporal ben emprat pot comunicar més que la verbalització, perquè són nens que entenen el món de manera visual i global.

El primer pas en el mètode és ser conscient de què li passa:

1. reconèixer el què li està passant. Com tenen tendència a desorientar-se, no reconeixen el que els està passant; cal que observi que està passant i identificar que és un patró. Un patró no és res més que davant un estímul extern jo sempre actuo de la mateixa manera.
2. identificar el '*link*' emocional al darrere d'això. Per què reacciona malament quan reaccio d'aquesta manera? S'ha de neutralitzar.
3. intentar crear un patró nou que per tu no sigui dolent.
4. tornar a interioritzar, fer que recordis el nou patró. No poden passar d'una cosa que els posa nerviós a una cosa que com a mínim els és neutre. Si fos positiu seria millor, però com a mínim neutre. Simplement és buscar el patró en la ment que fa que reaccionin de manera malament, ja sigui córrer perquè ets hiperactiu o desconnectar perquè és dèficit d'atenció.

El segon pas és aprendre les eines que caldrà aplicar quan un es desorienta. El que es fa en un tractament Davis és aprendre les tres eines bàsiques que necessita un nen que té aquest problema per ser capaç de reconèixer els patrons. Comença a partir dels 6 anys i no accepta medicació:

1. **El dial:** tots els TDAH tenen problema d'excés d'energia per tant se li ha d'ensenyar a com controlar aquest excés per decidir quin nivell d'energia ha de posar a l'hora de fer una activitat. Primer ser conscient de tenir excés o falta d'energia i a com regular-ho.
2. **Ull de la ment:** Ha d'aprendre a controlar-lo perquè per tendència natural, per entendre alguna cosa el que fas és distreure's. Et pot estar mirant però és capaç de veure al mateix temps, una altra cosa, físicament o amb la imaginació, els sers ulls et poden mirar però el seu ull de la ment està en un altre lloc. Ells t'ensenyen a què tens l'ull de la ment i després a col·locar-lo en el

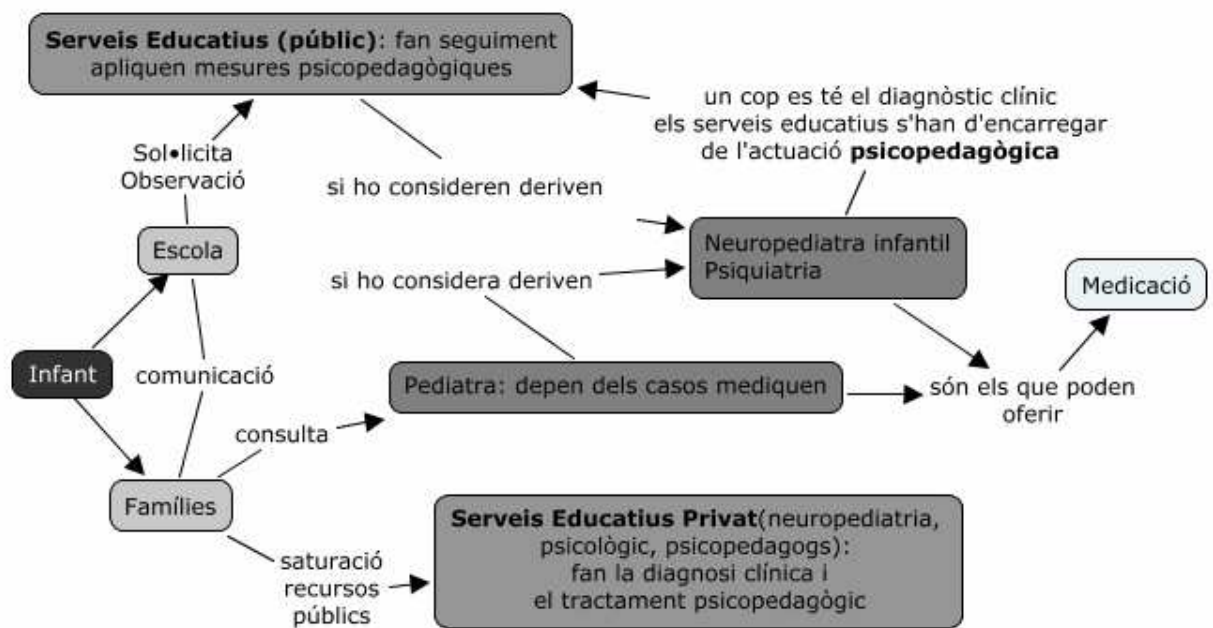
lloc adequat per tal de fer activitats, sigui llegir, escriure o explicar una cosa de manera seqüencial.

3. **Relaxació:** quan tot això no funciona és que tens un nivell d'energia massa elevat. El que fas és aprendre a com fer respiracions perquè es relaxin

Una altra característica bàsica dels TDAH és que pensen massa ràpid, són capaços de processar 30 peces d'informació per segon a diferència de les 9 peces d'informació per segon per una persona que no té TDAH; per tant, necessiten alguna manera de què l'activitat cerebral sigui més lenta per tal que ell aprengui. Fan servir la plastilina com a eina per enrellentir la ment i a la vegada guanyen dues coses:

1. pots construir un model en 3D, per tant és capaç d'associar-li una imatge i en aquesta imatge s'inclou la paraula escrita.
2. El que aconsegueixes amb això, quan enrellenteixes la ment, és precisament això, quan han de fer un model sobre un concepte amb plastilina han d'enrellentir el temps suficient per intentar veure com fas aquest model. Aconsegueixes que el nen redueixi l'activitat cerebral a un punt en el qual és capaç d'aprendre, perquè ell és conscient de què està fent

Annex 9 Mapa conceptual de la relació entre professionals implicats en el TDAH (elaboración propia)

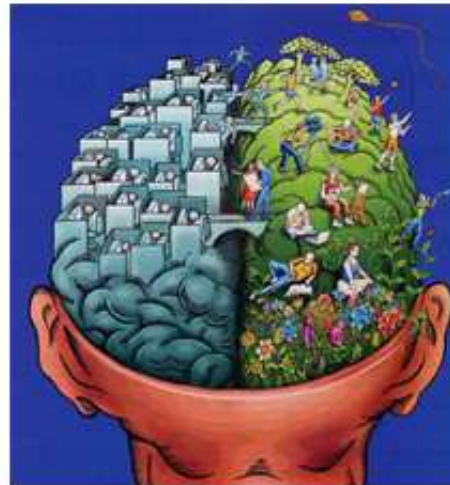


Gràfic 7 elaboració pròpia Font: entrevistes realitzades

Annex 10 Característiques d'aprenentatge: neurotípics i neurodiversos

NEUROTÍPICS

1. Aprèn de manera seqüencial/auditiva
2. Pensa principalment en paraules
3. Predomina l'audició
4. Es relaciona bé amb el temps
5. Aprèn pas a pas de fàcil a difícil
6. És un pensador analític
7. Percep els detalls
8. Aprèn fonètica fàcilment.
Les pot escriure a través de l'oïda.
9. Escriu fluidament i és net.
10. S'organitza bé
11. Pot mostrar els passos del treball amb facilitat
12. Té bona memòria auditiva a curt termini.
13. És possible que necessiti la repetició per reforçar l'aprenentatge.
14. Aprèn bé a través de la instrucció
15. Aprèn malgrat les reaccions emocionals
16. Sol buscar solucions predeterminades.
17. És bon estudiós.



NEURODIVERSOS

1. Aprèn de manera espacial/visual
2. Pensa sobretot en imatges
3. Predomina la vista
4. Es relaciona bé amb l'espai
5. Aprèn els conceptes de cop
6. És un pensador sintètic
7. Pot perdre's en els detalls. Contempla el pla gran
8. Aprèn paraules completes fàcilment.
Necessita veure les paraules per escriure-les.
9. Prefereix el teclat a l'escriptura
10. Crea mètodes únics d'organització.
11. Arriba a solucions correctes intuïtivament.
12. Té una bona memòria visual a llarg termini.
13. Aprèn els conceptes de forma permanent;
No aprèn per repetició.
14. Crea mètodes propis de resolució de problemes.
15. És molt sensible a l'actitud dels professors
16. Genera solucions inusuals
17. Dotat de creativitat mecànica o tecnològica.

Gràfic 8 elaboració pròpia Font: Silverman, 2002