

LA "INVENCION" DEL TDAH Y LA MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA

M^a José Cesena Santiago
Psicopedagoga. EAP Nou Barris

RESUMEN

Partiendo del concepto de *construcción social* de la enfermedad se buscan las raíces históricas de la conceptualización del TDAH. En el caso que nos ocupa no hay una construcción social, sino una *invención*. Se inventa una enfermedad como el TDAH a partir de una sintomatología genérica y sin que se haya podido demostrar de manera evidente su relación con algún daño cerebral o con alguna alteración bioquímica. El descubrimiento de que algunos de estos síntomas remiten (temporalmente) con el tratamiento con anfetaminas i sustancias análogas ha reforzado la tesis de que su origen se encuentra en alguna deficiencia bioquímica. El creciente número de diagnosticados por TDAH y su posterior tratamiento farmacológico ha abierto un importante mercado a las multinacionales farmacéuticas que comercializan este tipo de medicamentos. En la parte final del artículo se apuntan algunas de las posibles intervenciones psicopedagógicas en la escuela con el alumnado con déficit atencional.

Palabras clave: Asesoramiento psicopedagógico. Educación inclusiva. Salud mental. Sociedad.

ABSTRACT

Based on the concept of *social construction* of the illness, the article looks for the historical roots of ADHD's conceptualization. In the case at hand, there is not a social construction, but an *invention*. An illness like ADHD is made up from a generic symptomatology and without having been able to provide clear evidence of its link to any brain injury or biochemical alteration. The discovery that some of these symptoms subside (temporarily) with the use of treatment based on amphetamines and analogous substances has reinforced the thesis that its origin lies on some biochemical deficiency. Increasing number of ADHD diagnosis and subsequent pharmacological treatment opened up an important market to pharmaceutical multinationals that commercialize such kind of drugs. In the last part of the article some possible psychopedagogical measures to be taken at school with students with attention deficit disorder are pointed out.

Key words: Psychopedagogical advice. Inclusive education. Mental Health. Society.

Algunos historiadores de la medicina hablan de la construcción social de la enfermedad[1]. Ello no significa que las enfermedades sean invenciones de la imaginación, sino que en el proceso de definición de una enfermedad no solamente intervienen factores clínicos y patológicos, sino también sociales. La construcción de una enfermedad suele empezar en el ámbito clínico, con la descripción de un conjunto de síntomas (síndrome) que aparecen juntos. El conocimiento de la causa o etiología eleva ya al síndrome a la categoría de enfermedad. Recordemos que la primera clasificación moderna de las enfermedades, realizada por Sydenham en el siglo XVII, se fundamentaba en dos ejes temáticos: la causa de la enfermedad y el órgano o sistema que afecta.

A partir de aquí empieza la construcción social: la manera como esta enfermedad encaja en un sistema social, con sus valores y normas, con su ideología, con su concepción de lo que es bueno y lo que es malo, y de lo que es deseable o evitable. Ha habido enfermedades de *prestigio*, como la epilepsia, asociada a la genialidad; ha habido enfermedades de *mal tono*, como la sífilis; enfermedades románticas, como la tuberculosis, inmortalizada en *La Montaña Mágica*, de Thomas Mann; ha

habido enfermedades, como el SIDA (síndrome de la inmunodeficiencia humana) que desencadenaron en su momento un debate ideológico y ético que se solapó al debate propiamente médico y biológico sobre el origen de esta enfermedad.

Un ejemplo de cómo puede cambiar la construcción social de una enfermedad (entendida como el conjunto de síntomas i signos característicos con una causa conocida, según la OMS) de manera independiente a sus fundamentos médico-biológicos lo tenemos en el Síndrome de Down. Es un síndrome o discapacidad de origen genético: los pacientes presentan una alteración en el cromosoma 21 del cariotipo, que en lugar de formar una pareja forma un trio (por lo que a veces se la ha denominado trisomía del 21). El síndrome produce retraso en el desarrollo intelectual, unos rasgos faciales muy característicos, problemas en la visión, problemas cardiacos y en general una esperanza de vida por debajo de la media.

Hasta hace poco se consideraba a las personas con Síndrome de Down como deficientes intelectuales severos, a los que no se podían enseñar prácticamente nada, fuera de unas normas muy básicas de conducta. Hoy día, en cambio, se sabe que una estimulación precoz puede paliar los efectos de la deficiencia intelectual, que pueden aprender a leer, e incluso pueden incorporarse a la vida laboral en trabajos que no requieran una dificultad demasiado grande (en algunos casos cursan estudios como la ESO y excepcionalmente estudios superiores). La construcción social de la enfermedad ha cambiado: los enfermos han pasado de ser *subnormales* a personas con discapacidad, pero que pueden integrarse en la sociedad.

Valgan todas estas consideraciones para constatar que en toda enfermedad, aparte de sus fundamentos médico-biológicos, hay siempre una construcción social. Sin embargo, el caso que ahora planteamos, en torno al TDAH, es distinto. Aquí no procede hablar de "construcción social", sino de invención, pues faltan los fundamentos médico-biológicos sobre los que normalmente se levanta la construcción social[2].

Para entender este proceso de invención del TDAH debemos hacer algo de historia. Los defensores del TDAH se remontan al médico y pediatra británico GF Still (1902) como el primero que describe esta enfermedad[3]. En tres ponencias realizadas en el Real Colegio de Médicos de Londres, los días 4, 6 y 11 de marzo de 1902 Still[4] describió el *defecto mórbido del control moral*. Los niños que padecían esta supuesta enfermedad actuaban sin tener en cuenta el bien de todos, eran extremadamente violentos, disfrutaban haciendo daño a otros niños y a los animales, y presentaban determinados rasgos físicos menores (cráneo y paladar de dimensiones poco habituales), a los que Still denominó *estigmas de degeneración*.

En realidad el síndrome descrito por Still no tiene demasiado en común con las descripciones modernas del TDAH. Pero hay un elemento en común: la relación de características conductuales con elementos de tipo biológico (o patológico), lo cual lleva a la medicalización de la conducta. El medio científico y cultural en que trabaja Still potencia esta tendencia biologista: desde finales del siglo XIX se han ido desarrollando los laboratorios psicológicos, con instrumentos psicofisiológicos, lo que cual ha llevado a una metrización de la *psique*. Francis Galton (primo de Charles Darwin) ha utilizado estos test psicofísicos para medir la inteligencia y desarrollar su hipótesis de la heredabilidad biológica de la misma, lo cual le lleva a ser uno de los primeros autores que postula medidas eugenésicas[5].

En 1896 Alfred Binet y su discípulo Víctor Henri publicaron un artículo titulado *La psychologie individuelle* que supuso un giro fundamental en la forma de entender los test mentales. En 1904 el ministro francés de Instrucción Pública encargó a Binet la elaboración de un examen que sirviera para identificar a los niños retrasados que necesitasen de algún tipo de educación especial. Binet entendió que este examen debía reflejar diferencias antropométricas y mentales entre niños normales y anormales.

En general durante las últimas décadas del siglo XIX hay un gran interés por los test mentales y una tendencia creciente en la mayoría de los autores, aunque no en todos, de considerar que las diferencias sociales son de origen biológico. En 1914 Henry Goodard sugirió que la *debilidad mental* se transmitía de la misma manera que el color del pelo o de los ojos, lo cual equivalía no solamente a afirmar la heredabilidad biológica de un rasgo psicológico, sino su reducción a un solo gen.

En este contexto intelectual desarrolló Still su descripción del *defecto mórbido del control moral*, que los defensores del TDAH toman como punto de referencia histórico[6], a pesar de que los "síntomas" descritos por Still tienen poco en común con los descritos para el TDAH. La vuelta a las concepciones biológicas, propiciada por los avances en genética molecular y las biotecnologías, ha creado un medio cultural e ideológico idóneo para la invención de TDAH, donde no solamente se relaciona cualquier problema de conducta con alteraciones biológicas del cerebro, sino que se considera también su origen genético. Sin embargo hasta el momento no se ha podido relacionar de forma inequívoca al TDAH con ninguna malformación cerebral ni ninguna alteración bioquímica.

Otro elemento fundamental en la invención del TDAH ha sido el descubrimiento de los fármacos psicoestimulantes o *simpaticomiméticos*. En 1920, el equipo farmacológico de la compañía americana Eli Lilly (la misma que en la actualidad comercializa el psicofármaco atomoxetina, indicado para el TDAH) aisló la *efedrina*, una sustancia extraída de la planta efedra. Su estructura química y propiedades eran parecidas a las de la *adrenalina* (epinefrina), que junto con la *noradrenalina* es producida por las glándulas suprarrenales, pero también actúa como neurotransmisor en muchas sinapsis[7]. Estas sustancias están implicadas en la activación del sistema nervioso simpático, por lo que también se les llama *simpaticomiméticas*. La efedrina se empleó al principio en el tratamiento de la bronquitis asmática y alérgica, por su acción dilatadora de los bronquios. En 1927 G. A. Alles y su equipo sintetizaron una sustancia similar, pero más fácil de obtener, la *alfa-metil-feniletilamina* (una mezcla de D-anfetamina y L-anfetamina).

En 1937 Charles Bradley descubre la utilidad de la anfetamina para mejorar las destrezas académicas y la conducta molesta e indisciplinada en niños. Hay que recordar que en este momento no existía todavía la etiqueta diagnóstica TDAH, aunque en 1934 los investigadores estadounidenses Eugene Kahn y Louis Cohen ya habían descrito el concepto de *impulsividad orgánica* como causa de hiperactividad, torpeza o impulsividad en algunos niños hospitalizados.

Bradley trabajaba con niños afectados por esta supuesta *impulsividad orgánica*. Realizaba punciones lumbares para introducir burbujas de aire en el líquido cefalorraquídeo, para hacer luego radiografías de cráneo y poder detectar posibles malformaciones en el cerebro. Como la operación era muy dolorosa, Bradley decidió administrar un psicoestimulante potente para facilitar la producción de líquido cefalorraquídeo.

La anfetamina administrada a estos niños no hizo disminuir los dolores, pero los maestros de los mismos comunicaron a Bradley que habían percibido una mejora notables de su comportamiento y de su rendimiento en tareas escolares. Estas observaciones llevaron a Bradley[8] a ampliar sus ensayos químicos, viendo como el tratamiento con anfetamina apaciguaba a niños agresivos, irritables o ruidosos sin alterar sus niveles de atención. Sin embargo el trabajo de Bradley cayó en el olvido durante más de 25 años.

En 1945 Leandro Panizzon, químico de la compañía CIBA, sintetizó el *metilfenidato*, que iba a tener en el futuro mayor éxito mundial que las anfetaminas en el tratamiento del TDAH, y que sería comercializado con el nombre de Ritalin[9]. En un principio se utilizó para recuperación de estados de coma, estados depresivos, narcolepsia y obesidad. En 1957 Maurice Laufer, Eric Denhoff y Gerard Solomons proponen el uso de metilfenidato para el tratamiento de niños con *síndrome de conducta hiperkinética*, nueva entidad diagnóstica psiquiátrica creada por estos mismos autores, caracterizada por hiperactividad, breve duración de la atención y pobre capacidad de concentración.

Estos mismos autores atribuyen su recién propuesto trastorno mental a un daño o disfunción del *diencéfalo*, aunque décadas más tarde el propio Laufer reconoció que no existía evidencia de tal daño en muchos niños diagnosticados.

En 1962 tiene lugar en Oxford una reunión internacional de neurólogos infantiles y pediatras[10]. En esta reunión se acuerda aceptar el concepto de *disfunción cerebral mínima*, sugerido por Sam Clements, de la Universidad de Arkansas. Sería el concepto madre del futuro TDAH, pues no se asociaba forzosamente a una lesión. De hecho era un cajón de sastre donde mezclar hiperactividad, labilidad emocional, dificultades de aprendizaje, impulsividad y un montón de cosas más.

En 1968 León Eisemberg, primer psiquiatra financiado por el NIMH estadounidense, incluyó la *reacción hipercinética de la infancia* en el DSM-II[11]. Este nuevo síndrome estaría fundamentado en el concepto anterior de *trastorno de impulso hipercinético*, junto con los ensayos clínicos confirmatorios sobre la eficacia de las anfetaminas y el metilfenidato en la impulsividad y la hiperactividad infantil.

A principios de 1970 se estima que en Estados Unidos unos 150.000 niños fueron tratados con metilfenidato. La medicalización de la infancia estaba ya en marcha.

Los fármacos más empleados en la actualidad para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se contemplan como *agentes simpaticomiméticos de acción central* en la mayoría de guías médicas, como el *Vademecum*. Curiosamente, a nivel de jurisprudencia, estas sustancias (las anfetaminas y análogos) se consideran en España como drogas "duras", que causan graves daños a la salud. Las consecuencias de un uso generalizado de anfetaminas para el tratamiento de TDAH en un número creciente de niños y adolescentes están todavía por ver.

En 1980 la Asociación Psiquiátrica Americana presenta en DSM III, con una ordenación radicalmente nueva de la psicopatología infantil[12]. Reconoce como básico el *Trastorno de concentración de la atención*, que se puede originar por causas genéticas, irregularidades bioquímicas, daños cerebrales u otras causas relacionadas con el desarrollo y maduración del sistema neurológico. La atención se reduce a un asunto neurológico.

El TDAH quedaría definitivamente "inventado" el año 2000, con la edición del DSM IV[13] donde se hizo público el término *Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad*. El diagnóstico se realiza exclusivamente a partir de síntomas conductuales: falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Curiosamente se le atribuye un origen neurológico (anatómico o bioquímico, o ambas cosas a la vez), pero no hace falta constatar ningún tipo de daño o alteración neurológica para realizar el diagnóstico. De hecho no existe ninguna prueba concluyente de que estos síntomas conductuales estén acompañados de algún tipo de disfunción neurológica.

Haciendo una síntesis podemos concluir que se define o "inventa" una enfermedad como el TDAH a partir de una sintomatología genérica y sin que se haya podido demostrar de manera evidente su relación con algún daño cerebral o con alguna alteración bioquímica. El descubrimiento de que algunos de estos síntomas remiten (temporalmente) con el tratamiento con anfetaminas i sustancias análogas ha reforzado la tesis de que su origen se encuentra en alguna deficiencia bioquímica, pero este argumento es falaz; es como si argumentáramos que como el paracetamol o el ácido acetil-salicílico hacen desaparecer el dolor de cabeza, este dolor de cabeza fuera debido a una deficiencia en el cerebro de paracetamol o ácido acetil-salicílico.

El creciente número de diagnosticados por TDAH y su posterior tratamiento farmacológico ha abierto un importante mercado a las multinacionales farmacéuticas que comercializan este tipo de medicamentos. Muchos "expertos" en TDAH han trabajado a sueldo de estas multinacionales, e incluso han llegado a financiar a asociaciones de padres con hijos afectados por TDAH.

El paradigma biologista, recreado a partir de los últimos descubrimientos en genética molecular (Proyecto Genoma, Biotecnologías) ha contribuido a reforzar la relación entre cualquier alteración de la conducta y algún tipo de anomalía biológica o genética. Esto hace que se descarte la posibilidad de que las alteraciones descritas como TDAH puedan tener un origen psicosocial, y no estar relacionadas con ningún problema biológico, bioquímico o genético.

En cualquier caso, la "marca" TDAH ha resultado muy eficaz para etiquetar a los niños y adolescentes que "crean" problemas. En una sociedad obsesionada por la eficacia todo aquello que se opone a la misma debe ser etiquetado, medicalizado y medicado. Pero esta misma sociedad vive en un presentismo absoluto, y por tanto en un tiempo hiperactivo, en un territorio del sujeto *multitasking*, disperso entre el ordenador, el móvil, la tablet, la televisión, como si corriera desesperadamente para que nada se le escape. Torras de Beà[14], en su libro *La mejor guardería, tu casa*, expone que los niños pasan muchas horas solos en casa, cargados de actividades extraescolares y en mínimos espacios familiares. A menudo la primera persona que ven por la mañana es la canguro e incluso a veces no es la misma persona que los recoge en el colegio por las tardes.

Todos estos indicadores que sumados a las nuevas y cambiantes situaciones familiares y sociales deberían hacernos pensar si realmente existen tantos niños con falta de atención o son en realidad niños con necesidad de atención.

Los docentes no quedan al margen de toda esta polémica generada alrededor del TDAH. Cada vez llegan más informes psicológicos diagnosticando niños y jóvenes

con déficit de atención. Estos se acompañan de toda una serie de orientaciones escolares. Informes firmados por profesionales de la salud y con bata blanca. Los padres y la sociedad en general ven la luz, descubren que su hijo tiene un problema y la solución pasa por la farmacología y por las adaptaciones escolares. ¿Son minoría los que plantean que vivimos en una sociedad que promueve y alimenta la inmediatez, la impulsividad, que premia a los que hacen diversas actividades a la vez, la recompensa al instante...?

El clínico propone o intenta imponer al mundo educativo un plan individual con medidas de atención a la diversidad muy individualizadas. Dejarme decir que a menudo con falta de conocimiento de la escuela, del funcionamiento del centro y de la gestión del aula.

Psicopedagogos y orientadores educativos se ven cada día expuestos a la presión de estos informes y arrastrados por los valores de esta sociedad caracterizada por la supresión del espacio y del tiempo, coordenadas clásicas de la modernidad.

Debemos detenernos y replantear cual ha de ser la intervención psicopedagógica en los centros educativos para dar respuesta al TDAH. En coherencia con las ideas expuestas es en el abordaje psicopedagógico donde encontramos respuesta para ayudar a los niños y jóvenes a superar las dificultades de aprendizaje y personales que presentan. Sin embargo, esta opción no puede competir con la rapidez y la inmediatez (valor fundamental de nuestra sociedad) conseguida a corto plazo con la opción farmacológica. La intervención psicopedagógica no tiene los efectos secundarios del medicamento y sus efectos terapéuticos son a largo plazo. Los padres se encuentran entonces con informaciones y posibles abordajes que no acaban de sincronizar. Se encuentran ante la necesidad de tomar decisiones al respecto.

El asesoramiento y la orientación se articulan a partir del concepto de centro educativo integrador, inclusivo y respetuoso con la diversidad de todo el alumnado (con i sin TDAH), que puede dar respuesta a la diferencia y a la individualidad. Sin diversidad, sin su reconocimiento la escuela es huérfana de uno de sus valores fundamentales en la educación y en la formación de personas: la tolerancia.

El asesoramiento en aspectos como la organización escolar, el plan de acción tutorial, el plan de atención a la diversidad, el proyecto de convivencia, las programaciones...a través de las comisiones de atención a la diversidad, de la participación en equipos docentes, coordinaciones con el equipo directivo... son fundamentales para elaborar respuestas educativas respetuosas con la individualidad del alumnado.

Nuestra intervención ha de promover en el centro la creación de entornos favorables de trabajo orientados al éxito de los alumnos. Por ello son necesarios espacios en los que los docentes, orientadores y asesores compartan metodologías de aula que prioricen el aprendizaje de todos los alumnos y favorezcan la participación activa en la toma de decisiones y actuaciones en el aula. Mantener un alto nivel de interacciones con el alumnado, promover el interés en los temas trabajados, incrementar el nivel de consciencia y motivación por la implicación en la tarea y el esfuerzo, utilizar metodologías de trabajo en grupos reducidos, el trabajo cooperativo o por proyectos, una buena organización del funcionamiento de la clase (haciendo visibles las normas, planificación, agenda...) Aspectos que hacen

referencia a la gestión del aula y que permiten estimular las fortalezas de los alumnos con TDAH y a reducir los factores que dificultan el acceso al aprendizaje.

En la creación de este entorno favorable también me refiero a crear un buen clima emocional. Como dice Carmen Boix[15] (2005) *nuestra emocionalidad marca nuestro interés por las cosas, las personas y por la vida*. Es fundamental asesorar a los docentes en la creación de un ambiente emocional agradable. Así será más fácil que el alumnado vaya adquiriendo los aprendizajes curriculares y se genere una buena convivencia.

En este sentido hay escuelas que han empezado a introducir el mindfulness en sus aulas. Es un tipo de meditación que se ha traducido como *atención/consciencia plena*. Consiste en centrarnos en el momento actual de tal forma que no valoramos lo que percibimos o sentimos, sino que aceptamos nuestras emociones tal y como aparecen, sin controlarlas ni evitarlas, eliminando la frustración y la ansiedad que nos produce el hecho de enfrentarnos a una situación que no podemos cambiar o modificar. En el alumnado con TDAH se ven mejoras significativas en la atención y concentración así como en el malestar emocional.

En algunos casos será necesario orientar a los docentes en la elaboración de un plan individualizado entendido como el conjunto de apoyos que se planifican y se acuerdan implementar para dar respuesta de manera personalizada al alumno con TDAH.

Hay que destacar también la importancia de la relación familia-escuela en el seguimiento del alumnado con déficit de atención. En este aspecto también podemos colaborar con los docentes. Los padres están preocupados por sus hijos y a menudo nos manifiestan su cansancio. Informar de los progresos de sus hijos, acordar objetivos comunes, y en general acompañarlos y orientarlos forma parte de nuestra tarea como orientadores psicopedagógicos.

La inclusión de todos estos aspectos apuntados en la parte final de este artículo debería ser objeto de otra publicación que pudiera abarcar ampliamente la intervención psicopedagógica del alumnado con déficit atencional desde el ámbito educativo. Centrarse y exponer ampliamente la función asesora en lo que la comunidad científica ha denominado TDAH.

El objetivo de este artículo era compartir con el lector la idea de que la hiperactividad es una invención y no una construcción social y que es la misma sociedad que etiqueta y "dopa" los niños y adolescentes hiperactivos la que genera esta hiperactividad con sus valores y con sus prácticas[16].

Notas:

[1] López Piñero, J.M., y García Ballester, L. (1971) *Introducción a la Medicina*. Barcelona. Editorial Ariel. Barona, J.L. (1990) *Introducción a la Medicina*. Valencia, Servei de Publicacions de la Universitat de Valencia.

[2] García de Vinuesa, F., González Prado, H., y Pérez Álvarez, M. (2014) *Volviendo a la normalidad.. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid, Alianza Editorial.

[3] Ana Miranda Casas y Mercedes Santamaría, en su obra *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje* (1986) señalan a Still como la primera referencia histórica.

[4] Still, G.F. (1902) "Some abnormal conditions in children. Excerpts from three lectures" *Journal of Attention Disorders*, 10, pp. 126-136.

- [5] Luján, J.L. (1992) "Tecnologías de diagnóstico y contexto social: de los tests psicofísicos a las pruebas de ADN", en Sanmartin, J., Cutcliffe, S.H., Goldman, S.L. y Medina, M. (editores) *Estudios sobre sociedad y tecnología*. Barcelona, Ed. Anthropos.
- [6] Barkley, R.A. (2006) "The relevance of the Still lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" *Journal of Attention Disorder*, 10, pp. 137-140-
- [7] Lee, M.R. (2011) "The history of *Ephedra* (ma-hang)" *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 41, pp. 78-84
- [8] Bradley, C. (1937) "The behavior of children receiving Benzedrine" *American Journal of Psychiatry*, 94, pp. 577-585
- [9] Myers, R. L. (2007) *The 100 Most Important Chemical Compounds*. Westport-CT (USA), Greenwood Press
- [10] Vilà, F. (2013) "La Disfunció Cerebral Mínima. Historia d'un èxit" a Ubieto, J.R. (ed.) *Trastorns, malestar i diversitat. Com abordar el TDAH?*. Barcelona, Institut d'Infància i Mon Urbà CIIMU.
- [11] Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L. Sneznevskij, A.V., Sadoun, R. Brooke, E, y Lin. T.Y (1969) "A tri-axial classification of mental disorders in childhood" , *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, pp. 933-943
- [12] Moya, J. (2013) "El Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat. Algunes consideracions sobre el diagnòstic i els tractaments" a Ubieto, J.R. (ed.) *Trastorns, malestares i diversitat. Com abordar el TDAH?* Barcelona, Institut d'Infància i Món Urbà. CIIMU.
- [13] APA. ASOCIACIÓN PSIQUIATRICA AMERICANA (2000) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona, Elsevier Masson (2003, edición española)
- [14] Torras de Beà, Eulàlia (2010) *La major guarderia, tu casa. Criar saludablement a un bebè*. Editorial Plataforma.
- [15] Carmen Boix i Casas. Curs 2004-2005. Creem Felicitat. Una proposta d'educació emocional. Licència de estudis del departament de Educació (<http://www.xtec.cat/...ncies/200405/memories/999m.pdf>)
- [16] lector interesado en profundizar en la visión del TDAH expuesta en este artículo consulte las notas bibliográficas 2,10 y 12. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra www.bit.navarra.es. Volumen, 21, num 5 . Nov-Dic 2013