

# LA "INVENCIO" DEL TDAH I LA MEDICALITZACIÓ DE LA INFÀNCIA

**M<sup>a</sup> José Cesena Santiago**  
Psicopedagoga. EAP Nou Barris

## RESUM

L'article parteix del concepte de *construcció social* de la malaltia i es cerquen les arrels històriques de la conceptualització del TDAH. En el cas que ens ocupa no hi ha una construcció social, sinó una *invenció*. S'inventa una malaltia com el TDAH a partir d'una simptomatologia genèrica i sense que s'hagi pogut demostrar de manera evident la seva relació amb alguna lesió cerebral o amb alguna alteració bioquímica. El descobriment de que alguns d'aquests símptomes remeten (temporalment) amb el tractament amb amfetamines i substàncies anàlogues ha reforçat la tesis de que el seu origen es troba en alguna deficiència bioquímica. El creixent nombre de diagnosticats per TDAH i el posterior tractament farmacològic ha obert un important mercat a les multinacionals farmacèutiques que comercialitzen aquest tipus de medicaments. A la part final de l'article s'apunten algunes de les possibles intervencions psicopedagògiques a l'escola amb l'alumnat amb dèficit atencional.

**Paraules clau:** Assessorament psicopedagògic. Educació inclusiva. Salut mental. Societat.

## 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.

Alguns historiadors de la medicina parlen de la construcció social de la malaltia[1]. Això no significa que els malalties siguin invencions de la imaginació, sinó que en el procés de definició d'una malaltia no solament intervenen factors clínics i patològics, sinó també socials. La construcció d'una malaltia acostuma a començar en l'àmbit clínic, amb la descripció d'un conjunt de símptomes (síndrome) que apareixen junts. El coneixement de la causa o etiologia eleva ja a la síndrome a la categoria de malaltia. Recordem que la primera classificació moderna de les malalties, realitzada per Sydenham en el segle XVII, es fonamentava en dos eixos temàtics. La causa de la malaltia i l'òrgan o sistema que afecta.

A partir d'aquí comença la construcció social: la forma com aquesta malaltia encaixa en un sistema social, amb els seus valors i normes, amb la seva ideologia, amb la seva concepció del que és bo i el que és dolent, i del que és desitjable o evitable. Hi ha hagut malalties de *prestigi*, com l'epilèpsia, associada a la genialitat; hi ha hagut malalties de *mal to*, com la sífilis; malalties romàntiques com la tuberculosi, immortalitzada a La Montaña Mágica de Thomas Mann; hi ha hagut malalties com la SIDA (síndrome de la immunodeficiència humana) que van

desencadenar en el seu moment un debat ideològic i ètic que es va solapar al debat pròpiament mèdic i biològic sobre l'origen d'aquesta malaltia.

Un exemple de com es pot canviar la construcció social d'una malaltia (entesa com a conjunt de símptomes i signes característics amb una causa coneguda, segons la OMS) de forma independent als seus fonaments mèdic-biològics el tenim a la Síndrome de Down. Aquesta síndrome o discapacitat és d'origen genètic: els pacients presenten una alteració del cromosoma 21 del cariotip, que en lloc de formar una parella, forma un trio (per aquest fet a vegades se l'ha denominat trisomia 21). La síndrome produeix un retard en el desenvolupament intel·lectual (retard cognitiu), uns trets facials molt característics, problemes de visió, problemes cardíacs i en general una esperança de vida per sota de la mitjana de la població.

Fins fa poc es considerava a les persones amb la síndrome de Down com a deficientes intel·lectuals, als quals no se'ls hi podia ensenyar pràcticament res, exceptuant unes normes molt bàsiques de conducta. Avui en dia, en canvi sabem que amb l'estimulació precoç poden compensar els efectes de la deficiència intel·lectual, que poden aprendre a llegir, fins i tot poden incorporar-se a la vida laboral en feines que no requereixin una dificultat molt elevada (en alguns casos cursen estudis com la ESO i excepcionalment estudis superiors). La construcció social de la malaltia ha canviat: els malalts han passat de ser *subnormals* a persones amb discapacitat, però que poden integrar-se a la societat.

Serveixin totes aquestes consideracions per constatar que en tota malaltia, a més a més dels seus fonaments mèdic-biològics, hi ha sempre una construcció social. Tanmateix, el cas que ara plantejarem, al voltant del TDAH, és diferent. En aquest cas no procedeix parlar de "construcció social", sinó d'invenció, doncs hi manquen els fonaments mèdics i biològics sobre els que normalment es sustenta la construcció social[2].

Per entendre el procés d'invenció del TDAH hem de fer una mica d'història. Els defensors del TDAH es remunten al metge i pediatre britànic GF Sill (1902) com el primer en descriure aquesta malaltia[3]. En tres ponències realitzades en el Reial Col·legi de Metges de Londres, els dies 4,6 i 11 de març de 1902 Still[4] va descriure *el defecte mòrbid del control moral*. Els nens que patien aquesta suposada malaltia actuaven sense tenir en compte el bé de tots, eren extremadament violents, gaudien del fet de fer mal a altres nens i als animals, i presentaven determinats trets físics menors (crani i paladar de dimensions poc habituals), als que Still va denominar *estigmes de degeneració*.

En realitat la síndrome descrita per Still no té gaire en comú amb les modernes descripcions del TDAH. Però hi ha un element en comú: la relació de característiques conductuals amb elements de tipus biològic (o patològic), i això porta a la medicalització de la conducta. L'entorn científic i cultural en que treballa Still potencia aquesta tendència biologista: des de finals del segle XIX s'han anat desenvolupant els laboratoris psicològics, amb instruments psicofisiològics, i això ha portat a una metrització de la psique. Francis Galton (cosí de Charles Darwin) va utilitzar aquests tests psicofísics per mesurar la intel·ligència i desenvolupar la seva hipòtesi de la heretabilitat biològica d'aquests i això el porta a ser un dels primers autors que postula mesures eugenèsiques[5].

El 1986 Alfred Binet i el seu deixeble Víctor Henri van publicar un article titulat *la psychologie individuelle* que va suposar un gir fonamental en la forma d'entendre els tests mentals. Al 1904 el Ministre francès d'Instrucció pública va encarregar a Binet l'elaboració d'un examen que servís per identificar als nens retardats que necessitaven d'algun tipus d'educació especial. Binet va entendre que aquest examen havia de reflectir diferències antropomètriques i mentals entre nens normals i anormals.

En general, durant les darreres dècades del segle XIX hi ha un gran interès pels tests mentals i una tendència creixent en la majoria dels autors, si bé no en tots, de considerar que les diferències socials són d'origen biològic. L'any 1914 Henry Goodard suggerí que la *debilitat mental* es transmetia de la mateixa manera que el color de cabell o d'ulls, la qual cosa equivalia no només a afirmar l'heretabilitat biològica d'un tret psicològic, sinó la seva reducció a un sol gen.

En aquest context intel·lectual desenvolupà Still la seva descripció del *defecte mòrbid del control moral*, que els defensors del TDAH prenen com a punt de referència històric[6], malgrat que els "síntomes" descrits per Still tenen poc en comú amb els descrits per al TDAH. El retorn a les concepcions biologistes, propiciat pels avenços en genètica molecular i les biotecnologies, ha creat un medi cultural i ideològic idoni per a la invenció del TDAH, on no només es relaciona qualsevol problema de conducta amb alteracions biològiques del cervell, sinó que es considera també el seu origen genètic. Tanmateix, fins al moment no s'ha pogut relacionar de forma inequívoca el TDAH amb cap malformació cerebral ni cap alteració bioquímica.

Un altre element fonamental en la invenció del TDAH ha estat el descobriment dels fàrmacs psicoestimulants o *simpaticomimètics*. El 1920 l'equip farmacològic de la companyia americana Eli Lilly (la mateixa que en l'actualitat comercialitza el psicofàrmac atomoxetina, indicat per al TDAH) aïllà l'*efedrina*, una substància extreta de la planta efedra. La seva estructura química i les seves propietats eren semblants a les de l'*adrenalina* (epinefrina), que juntament amb la *noradrenalina* és produïda per les glàndules suprarenals, però també actua com a neurotransmissor en moltes sinapsis[7]. Aquestes substàncies estan implicades en l'activació del sistema nerviós simpàtic, raó per la qual també se'ls anomena simpaticomimètiques. L'efedrina s'emprà al principi en el tractament de la bronquitis asmàtica i al·lèrgica, per la seva acció dilatadora dels bronquis. El 1927 G. A. Alles i el seu equip sintetitzaren una substància similar, però més fàcil d'obtenir, l'*alfa-metil-fenil etilamina* (una barreja de D-amfetamina i L-amfetamina).

L'any 1937 Charles Bradley descobreix la utilitat de l'amfetamina per millorar les destreses acadèmiques i la conducta molesta i indisciplinada en nens. Cal recordar que en aquest moment no existia encara l'etiqueta diagnòstica TDAH, tot i que l'any 1934 els investigadors nord-americans Eugene Kahn i Louis Cohen ja havien descrit el concepte d'*impulsivitat orgànica* com a causa d'hiperactivitat, malaptesa o impulsivitat en alguns nens hospitalitzats.

Bradley treballava amb nens afectats per aquesta suposada *impulsivitat orgànica*. Realitzava puncions lumbars per introduir bombolles d'aire en el líquid cefaloraquídi, per posteriorment fer radiografies de crani i poder detectar possibles malformacions en el cervell. Com la operació era molt dolorosa, Bradley decidí

administrar un psicoestimulant potent per facilitar la producció de líquid cefaloraquídi.

L'amfetamina administrada a aquests nens no féu disminuir els dolors, però els mestres dels mateixos comunicaren a Bradley que havien percebut una millora notable del seu comportament i del seu rendiment escolars. Aquestes observacions portaren Bradley[8] a ampliar els seus assaigs clínics i observà com els tractaments amb amfetamina calmaven a nens agressius, irritables o sorollosos sense alterar els seus nivells d'atenció. Tanmateix, el treball de Bradley caigué en l'oblit durant més de 25 anys.

L'any 1945 Leandro Panizzon, químic de la companyia CIBA, sintetitzà el *metilfenidat*, que tindria en el futur un major èxit que les amfetamines en el tractament del TDAH, i que seria comercialitzat amb el nom de Ritalin[9]. En un principi s'utilitzà per a la recuperació d'estats de coma, estats depressius, narcolèpsia i obesitat. El 1957 Maurice Laufer, Eric Denhoff i Gerard Solomons proposen l'ús de metilfenidat per al tractament de nens amb *síndrome de conducta hipercinètica*, nova entitat diagnòstica psiquiàtrica creada per aquests mateixos autors, caracteritzada per hiperactivitat, breu duració de l'atenció i pobra capacitat de concentració.

Aquests mateixos autors atribueixen el seu recentment proposat trastorn mental a un dany o disfunció del *diencèfal*, tot i que dècades més tard el propi Laufer reconegué que no existia evidència d'aquest dany en molts nens diagnosticats.

L'any 1962 té lloc a Oxford una reunió internacional de neuròlegs infantils i pediatres[10]. En aquesta reunió s'acorda acceptar el concepte de *disfunció cerebral mínima*, suggerit per Sam Clements, de la Universitat d'Arkansas. Seria el concepte mare del futur TDAH, doncs no s'associava forçosament a una lesió. De fet era un calaix de sastre on barrejar hiperactivitat, labilitat emocional, dificultats d'aprenentatge, impulsivitat i un munt de coses més.

El 1968 León Eisemberg, primer psiquiatra finançat pel NIMH estatunidenc, inclogué la *reacció hipercinètica de la infància* en el DSM-II[11]. Aquesta nova síndrome estaria fonamentada en el concepte anterior de *trastorn d'impuls hipercinètic*, junt amb els assaigs clínics confirmatoris sobre l'eficàcia de les amfetamines i el metilfenidat en la impulsivitat i la hiperactivitat infantil.

A inicis de 1970 s'estima que a Estats Units uns 150.000 nens foren tractats amb metilfenidat. La medicalització de la infància estava ja en marxa.

Els fàrmacs més emprats en l'actualitat per al tractament del TDAH en nens i adolescents es contempen com agents *simpaticomimètics d'acció central* en la majoria de guies mèdiques, com el *Vademecum*. Curiosament, a nivell de jurisprudència, aquestes substàncies (les amfetamines i anàlegs) es consideren a Espanya drogues "dures", que causen greus danys a la salut. Les conseqüències d'un ús generalitzat d'amfetamines per al tractament del TDAH en un nombre creixent de nens i adolescents estan per veure.

El 1980 l'Associació Psiquiàtrica Americana presenta el DSM III, amb una ordenació radicalment nova de la psicopatologia infantil[12]. Reconeix com a bàsic el *Trastorn de concentració de l'atenció*, que es pot originar per causes genètiques, irregularitats bioquímiques, danys cerebrals o altres causes relacionades amb el

desenvolupament i maduració del sistema neurològic. L'atenció es redueix a un assumpte neurològic.

El TDAH quedaria definitivament "inventat" l'any 2000, amb la definició del DSM IV[13], on es féu públic el terme *Trastorn per dèficit d'Atenció amb hiperactivitat*. El diagnòstic es realitza exclusivament a partir de símptomes conductuals: falta d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat. Curiosament se li atribueix un origen neurològic (anatòmic o bioquímic, o ambdues coses a la vegada), però no fa falta constatar cap tipus de dany o alteració neurològica per realitzar el diagnòstic. De fet no existeix cap prova concloent que aquests símptomes conductuals estiguin acompanyats d'algun tipus de disfunció neurològica.

Fent una síntesi podem concloure que es defineix o "inventa" una malaltia com el TDAH a partir d'una simptomatologia genèrica i sense que s'hagi pogut demostrar de manera evident la seva relació amb algun dany cerebral o amb alguna alteració bioquímica. El descobriment que alguns d'aquests símptomes remeten (temporalment) amb el tractament amb amfetamines i substàncies anàlogues ha reforçat la tesi que el seu origen es troba en alguna deficiència bioquímica, però aquest argument és fal·laç; és com si argumentéssim que com el paracetamol o l'àcid acetil-salicílic fan desaparèixer el mal de cap, aquest mal de cap fos degut a una deficiència en el cervell de paracetamol o àcid acetil-salicílic.

El creixent nombre de diagnosticats amb TDAH i el seu posterior tractament farmacològic ha obert un important mercat a les multinacionals farmacèutiques que comercialitzen aquest tipus de medicaments. Molts "experts" en TDAH han treballat a sou d'aquestes multinacionals, i fins i tot han arribat a finançar associacions de pares amb fills afectats per TDAH.

El paradigma biologista, recreat a partir dels últims descobriments en genètica molecular (Projecte Genoma, Biotecnologies) ha contribuït a reforçar la relació entre qualsevol alteració de la conducta i algun tipus d'anomalia biològica o genètica. Això fa que es descarti la possibilitat que les alteracions descrites com TDAH puguin tenir un origen psicosocial, i no estar relacionades amb cap problema biològic, bioquímic o genètic.

En qualsevol cas, la "marca" TDAH ha resultat molt eficaç per etiquetar els nens i adolescents que "creen" problemes. En una societat obsessionada per l'eficàcia tot allò que s'oposa a la mateixa ha de ser etiquetat, medicalitzat i medicat. Però aquesta mateixa societat viu en un presentisme absolut, i per tant en un temps hiperactiu, en un territori del subjecte *multitasking*, dispers entre l'ordinador, el mòbil, la tauleta, la televisió, com si corregués desesperadament perquè res se li escapi. Torras de Beà[14], en el seu llibre *La mejor guardería, tu casa*, exposa que els nens passen moltes hores sols a casa, carregats d'activitats extraescolars i en mínims espais familiars. Sovint la primera persona que veuen al matí és la cangur i a vegades no és la mateixa persona que els recull a l'escola a les tardes.

Tots aquests indicadors que sumats a les noves i canviants situacions familiars i socials haurien de fer-nos pensar si realment existeixen tants nens amb manca d'atenció o són en realitat nens amb necessitat d'atenció.

Els docents no queden al marge de tota aquesta polèmica generada al voltant del TDAH. Cada vegada arriben més informes psicològics diagnosticant infants i joves amb dèficit d'atenció. Aquests s'acompanyen de tota una sèrie d'orientacions

escolars. Informes signats per professionals de la salut i amb bata blanca. Els pares i la societat en general veuen la llum, descobreixen que el seu fill té un problema i la solució passa per la farmacologia i per les adaptacions escolars. Són minoria els qui es plantegen que vivim en una societat que promou i alimenta la immediatesa, la impulsivitat, que premia els que fan diverses activitats alhora, la recompensa al moment, ...?

El clínic proposa o intenta imposar al món educatiu uns plans individuals amb mesures d'atenció a la diversitat molt individualitzades. Deixeu-me dir que sovint amb manca de coneixement de l'escola, del funcionament del centre i de la gestió de l'aula.

Psicopedagogs i orientadors educatius es veuen cada dia exposats a la pressió d'aquests informes i arrossegats pels valors d'aquesta societat caracteritzada per la supressió de l'espai i dels temps, coordenades clàssiques de la modernitat.

Cal aturar-nos i replantejar quina ha de ser la intervenció psicopedagògica en els centres educatius per donar resposta al TDAH. En coherència amb les idees exposades és en l'abordatge psicopedagògic on trobem la resposta per ajudar els nens i joves a superar les dificultats d'aprenentatge i personals que presenten. Ara bé, aquesta opció no pot competir amb la rapidesa i la immediatesa (valor fonamental de la nostra societat) aconseguida a curt termini amb l'opció farmacològica. La intervenció psicopedagògica no té els efectes secundaris del medicament i els seus efectes terapèutics són a llarg termini. Els pares es troben llavors amb informacions i possibles abordatges que no acaben de sincronitzar. Es veuen amb la necessitat de prendre decisions al respecte.

L'assessorament i l'orientació s'articulen a partir del concepte de centre educatiu integrador, inclusiu i respectuós amb la diversitat de tot l'alumnat (amb o sense TDAH), que pot donar resposta a la diferència i a la individualitat. Sense diversitat, sense el seu reconeixement l'escola és orfe d'un dels seus valors claus en l'educació i en la formació de persones: la tolerància.

L'assessorament en aspectes com l'organització escolar, el pla d'acció tutorial, el pla d'atenció a la diversitat, el projecte de convivència, les programacions... a través de les comissions d'atenció a la diversitat, de la participació en equips docents, coordinacions amb l'equip directiu... són cabdals per elaborar respostes educatives respectuoses amb la individualitat de l'alumnat.

La nostra intervenció ha de promoure en el centre la creació d'entorns favorables de treball orientats a l'èxit dels alumnes. Per això calen espais en els que els docents, orientadors i assessors comparteixin metodologies d'aula que prioritzin l'aprenentatge de tots els alumnes i afavoreixin la participació activa en la presa de decisions i actuacions a l'aula. Mantenir un alt nivell d'interaccions amb l'alumnat, promoure l'interès en el temes treballats, incrementar el nivell de consciència i motivació per la implicació en la tasca i l'esforç, utilitzar metodologies de treball en petit grup, el treball cooperatiu o per projectes, una bona organització del funcionament de l'aula (fer visibles les normes, planificació, agenda...). Aspectes que fan referència a la gestió de l'aula i que permeten estimular les fortaleses dels alumnes amb TDAH i a reduir els factors que dificulten l'accés a l'aprenentatge.

En la creació d'aquest entorn favorable també em refereixo a crear un bon clima emocional. Com diu Carmen Boix[15] (2005) *la nostra emocionalitat marca el*

*nostre interès per les coses, per les persones i per la vida. És fonamental assessorar als docents en la creació d'un ambient emocional agradable. Així serà més fàcil que l'alumnat vagi adquirint els aprenentatges curriculars i que es generi una bona convivència.*

En aquest sentit hi ha escoles que han començat a introduir el mindfulness a les seves aules. És un tipus de meditació que s'ha traduït com *atenció/consciència plena*. Consisteix en centrar-nos en el moment present de tal forma que no valorem el que percebem o sentim, sinó que acceptem les nostres emocions tal i com apareixen, sense controlar-les ni evitar-les, eliminant la frustració i ansietat que ens produeix el fet d'enfrontar-nos a una situació que no podem canviar o modificar. En alumnat amb TDAH es veuen millores significatives en l'atenció i concentració així com en el malestar emocional.

En alguns casos caldrà orientar als docents en l'elaboració d'un pla individualitzat entès com el conjunt de suports que es planifiquen i s'acorden implementar per donar resposta de manera personalitzada a l'alumne amb TDAH.

Cal destacar també la importància de la relació família - escola en el seguiment de l'alumnat amb dèficit d'atenció. En aquest aspecte també podem col·laborar amb els docents. Els pares estan preocupats pels seus fills i sovint ens manifesten el seu cansament. Informar dels progressos del seus fills, acordar objectius comuns, i en general acompanyar-los i orientar-los forma part de la nostra tasca com orientadors psicopedagògics.

La inclusió de tots aquests aspectes apuntats en la part final d'aquest article haurien de ser objecte d'una altra publicació que pogués abastar àmpliament la intervenció psicopedagògica de l'alumnat amb dèficit atencional des de l'àmbit educatiu. Centrar-se i exposar àmpliament la funció assessora en el que la comunitat científica ha denominat TDAH.

L'objectiu del present article era compartir amb els lectors la idea que la hiperactivitat és una invenció i no una construcció social i que és la mateixa societat que etiqueta i "dopa" els nens i adolescents hiperactius la que genera aquesta hiperactivitat amb els seus valors i les seves pràctiques[16].

#### **Notes:**

[1] López Piñero, J.M., y García Ballestes, 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] Garcia de Vinuesa, F., Gonzalez 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 i Mercedes Santamaría, en la seva obra *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje* (1986) assenyalen a Still com la primera referència històrica.

[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 Benezdrine" *American Journal of Psychiatry*, 94, pp. 577-585

**[9]** Myers, R. L. (2007) *The 100 Most Important Chemical Compounds*. Wetsport-CT (USA), Greenwood Pres

**[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 Psichiatry*, 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. Llicència d'estudis del departament d'Educació (<http://www.xtec.cat/...ncies/200405/memories/999m.pdf>)

**[16]** El lector interessat en la visió del TDAH exposada en aquest article vegi les referències bibliogràfiques de les notes 2,10 i 12, Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra [www.bit.navarra.es](http://www.bit.navarra.es). Volumen, 21, num 5 . Nov-Dic 2013