

**EL TRASTORN DE DÈFICIT D'ATENCIÓ
AMB HIPERACTIVITAT (TDAH)
EN POBLACIÓ INFANTIL I JUVENIL**
*THE ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER -ADHD- IN CHILDREN
AND YOUNG POPULATION*

Mónica Linares i García,
Amelia Sánchez i Villar***

Resum

Fruit de la dedicació professional de les autores i enfront d'un problema no sols no resolt, sinó que es considera que està insuficientment abordat, el trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) en població infantil i juvenil, es planteja primerament una revisió de la bibliografia, seguida d'un recull de dades sobre la situació actual (amb abundància d'informació procedent dels Estats Units) i d'algunes consideracions i propostes per a posar en marxa les intervencions al nostre àmbit de referència, com ara l'educació que han de rebre, les concepcions morals, els hàbits, etc. Perquè avui dia els infants estan exposats a nombroses influències que han desencadenat que es disparen els casos diagnosticats de TDAH. Des d'edats molt primerenques, els nostres fills estan enfront de la televisió i altres fonts audiovisuals que no presenten els valors desitjables de desenvolupament educatiu, carregades d'estimulació i agressives en la forma i el contingut. Tot això ens ha portat a plantejar-nos algunes preguntes. La més significativa és com volem que cresquen de sans els nostres xiquets?

Paraules clau: trastorn, hiperactivitat, infants, dèficit d'atenció, vida, agressivitat, influències, informació, intervenció, educació, propostes, resultats, recursos, avanç.

* Adreça electrònica: <monicalinares@wanadoo.es>.

** Adreça electrònica: <amelisv@hotmail.com>.

Abstract

Fruit of the professional dedication of the authors and before a problem not only unresolved but detected as insufficiently addressed, the attention deficit disorder with hyperactivity –ADHD, in children and youth–, there is first a review of the literature followed by a collection of data from the present situation, with plenty of information from the U.S., and some considerations and proposals for implementing the interventions in our field of reference and should receive education, moral concepts, habits, etc. Because children today are exposed to numerous influences that have led to skyrocketing cases diagnosed with ADHD. From an early age our children are watching television and other audiovisual sources do not exhibit the desirable values of educational, full of stimulation and aggressive in their form and content. This has led us to ask some questions, and the most significant of these is how we grow in healthy, our children?

Key words: disorder, hyperactivity, children, attention deficit, life, aggression, influence, information, intervention, education, proposals, results, resources, progress.

Introducció

Actualment vivim en una societat preocupada únicament i aparentment pels problemes que ens envolten. Però analitzant i mirant de prop aquests micromons, les preocupacions no són tals o les solucions no es consideren, ja que observant detingudament el nostre entorn les coses que sembla que preocupen les persones es converteixen en un dels seus mitjans de vida. És a dir, que allò que rendibilitzen uns pocs i que influeix en molts deixa de ser una «preocupació» i es converteix en coses quotidianes i normals.

Dins d'aquestes suposades preocupacions es troben els infants, dels quals podem trobar innumerables referències, les quals es refereixen a les atencions que hem de proporcionar-los, a l'educació que han de rebre, a les concepcions morals vigents, els hàbits que cal adquirir etc. Però juntament amb tot aquest esforç per a encaminar un infant en la vida amb certes pautes, que professionals de diferents sectors consideren adequades, com podem permetre que, socialment, nombroses actuacions perjudiquen totes aquestes iniciatives i els infants com a tals? Perquè, efectivament, cada infant està exposat a nombroses influències, que han desencadenat l'existència del trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH).

Des d'edats primerenques, efectivament, els nostres infants i joves –davant de la tele i altres «fonts»– són testimonis d'episodis violents, mancats de valors morals i educatius, presentats de forma cridanera, estrident, sonoritzats amb estrèpit i carregats d'estimulació. Agressius, en fi, en la forma i en el contingut. Oblidem que ells –els infants i els joves– tenen un cervell en construcció, i quan l'estímul és exagerat –com ocorre freqüentment– és més que possible que requerisquen un excés d'atenció i que per poder controlar-los calga recórrer fins i tot als fàrmacs. Així es crea tota una població infantil i juvenil que per a «funcionar» en el dia a dia pot arribar a necessitar medicació, perquè el seu cervell està ja accelerat.

Tema a debat

El TDAH és una síndrome de conducta amb bases neurobiològiques i un fort component genètic. És un trastorn molt freqüent que, segons estimacions, afecta entre un 5% i un 10% de la població infantojuvenil, és unes tres vegades més freqüent en homes i representa entre el 20% i el 40% de les consultes als serveis de psiquiatria infantojuvenil. No s'han trobat diferències entre diferents àrees geogràfiques, grups culturals o nivells socioeconòmics.

Es tracta d'un trastorn *neurològic* del comportament, caracteritzat per distracció entre moderada i greu, períodes d'atenció breu, inquietud motora, inestabilitat emocional i conductes impulsives. Segons el *Manual diagnòstic y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) (López-Ibor, Juan i Valdés Miyar, 2002): «Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos –p. ej. atender en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas–».

Aquesta disfunció neurobiològica va ser detectada primerament a l'edat infantil. Tanmateix, en la mesura en què va ser millor compresa, se'n va reconèixer el caràcter *crònic*, ja que persisteix i es manifesta més enllà de l'adolescència. Els estudis de seguiment a llarg termini han demostrat que entre el 60% i el 75% dels infants amb TDAH continua presentant els símptomes fins a la vida adulta. Històricament, aquest trastorn ha tingut distintes caracteritzacions i innumerables denominacions, la qual cosa dificulta les consultes de la bibliografia especialitzada. Cal agregar que l'acrònim anglès ADHD –*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*– és àmpliament utilitzat per a referir-se a aquesta síndrome.

Actualment, en la nostra societat trobem cada vegada més casos d'infants diagnosticats amb TDAH i símptomes que afecten negativament la seua persona i el context i no els permeten de portar una vida diària amb normalitat.

Alguns trets dels afectats de TDH són:

- Desatenció: no presta atenció degudament, presenta dificultats per a organitzar els estímuls, descuida altres activitats, etc.
- Hiperactivitat: mou en excés mans i/o peus, «està en marxa» tot el temps, parla en excés, etc.
- Impulsivitat: interromp les activitats i les iniciatives dels altres, presenta dificultat per a esperar el seu torn, etc.

Pel que fa aquestes qüestions, trobem que la violència d'alguns programes infantils de televisió és molt alta, tal com verifiquen diversos estudis realitzats per investigacions (García Galera, 2000; Manzo Chávez i Reyes Virrueta, 2009). Especialment violents han estat detectats els dibuixos animats en el conjunt de programes analitzats en diversos països (Aguirre, 1986; Domínguez Fuentes i de Frutos Martín, 2002).

És possible, doncs, plantejar-nos que els infants i els joves tenen major probabilitat de desenvolupar TDAH quan són sotmesos a la visualització d'episodis agressius –en televisió i altres fonts–, el contingut i la presentació dels quals poden atemptar contra el seu equilibri emocional i la seua capacitat de processament?

L'ésser humà, en la seua etapa infantil, és més vulnerable a les nombroses influències que l'envolten, fet constatat per nombroses investigacions (Erickson, 1950; Buchaman, Gentile, Walsh, Nelson i Hensel, 2002). Sembla demostrar que especialment l'emissió d'episodis violents a què ens hem referit està influïent en els patrons del comportament infantil i pot tenir relació directa amb l'augment dels casos de TDAH. Perquè l'infant comença a adquirir ja a edats primerenques tot tipus de coneixements, actituds, aprenentatges mitjançant l'observació de models, que quan són violents i absorbeixen la seua atenció i pertorben la seua afectivitat tindran lamentables conseqüències en un futur, en forma d'efectes tant de forma –sensitius, neurològics, etc.–, com de fons –percepció dels valors, conductes conflictives, etc.–, a partir de l'aparició del TDAH.

És ben sabut que l'organisme està influenciat per nombrosos factors tant externs com interns. Dins dels factors externs, si exposem un ésser a sorolls, massa lluminositat, canvis bruscos de contrastos en el color, etc., resultarà afectat negativament: està demostrat que les exposicions elevades i continuades afecten l'ésser humà quant a freqüència cardíaca, respiració, irritabilitat, tensió, trastorns del son, etc. Pel que fa als factors interns, les herències genètiques, les influències bioquímiques, etc., que es poden detectar també en alguns casos afecten directament el desenvolupament o no de determinats trastorns. Per tant, si un infant és exposat durant llargs períodes de temps a dibuixos televisius, amb factors que puguen ser negatius, a la llarga li resultarà perjudicial. Aquest tipus de factors en els dibuixos, en la forma –soroll, lluminositat, velocitat i in-

terposició, etc.– en excés, poden provocar nerviosisme, dispersió, irritació, etc. Aquests factors, en augment i acompanyats de determinades circumstàncies, poden desenvolupar infants amb TDAH.

D'altra banda, també s'ha detectat que el nombre de xiquets que han estat diagnosticats de dèficit d'atenció augmenta considerablement. Segons la Federació Espanyola d'Associacions d'Ajuda al Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat, el TDAH afecta el 5% de la població infantojuvenil, la qual cosa equival a un o dos infants per aula. En comparació, la publicació *Vital and Health Statistics*, dels Centers for Disease Control and Prevention, indica que hi ha 4,5 milions d'infants entre 3 i 17 anys amb TDAH als EUA. El nombre de xiquets dels Estats Units que pateixen trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) va pujar quasi un 22% en un període de quatre anys, la qual cosa significa que quasi un de cada deu nens té un diagnòstic del trastorn, segons informen les autoritats de salut dels Estats Units.¹

D'altra banda, les vendes del fàrmac autoritzat per a tractar aquesta síndrome, el psicoestimulant metilfenidat, s'han multiplicat. Aquest psicoestimulant ha estat molt lligat al control de l'apetit en les dietes per a fer aprimar per les seues propietats anorexígenes. Actualment es ven amb recepta mèdica i està molt controlat, però els estudis recents que han demostrat la seua eficàcia en el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat per l'efecte agonista dopaminèrgic (que sembla que se centra en el sistema reticular activador ascendent i en certes àrees de l'estriat amb l'alliberament de dopamina de les vesícules d'emmagatzemament a llarg termini en les neurones presinàptiques i inhibeix la recaptació de dopamines), han fet que torne a augmentar-ne la difusió i la venda. Els distints psicoestimulants tenen aprovat l'ús en infants a partir dels 6 anys per al metilfenidat (MFD), *psicoestimulant*, més conegut per la marca comercial *Ritalina*, en països hispanoparlants, *Rubifen*, a Espanya, i *Ritalin* en d'altres. És la medicació més comunament prescrita per a tractar el TDAH a tot el món. D'acord amb algunes estimacions, més del 75% de les receptes de MFD són esteses per a xiquets. La producció i prescripció del MFD va créixer significativament els anys 90, especialment als Estats Units, en la mesura que el diagnòstic de TDAH va passar a ser millor comprès i acceptat més generalitzadament dins de les comunitats mèdica i de salut mental. Però a partir dels 3 anys, trobem generalitzada la prescripció de la *dextroamfetamina*, un potent

1. Fonts: *Susanna Visser, lead epidemiologist, Child Development Studies Team, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, U.S. Centers for Disease Control and Prevention; John D. Ranssen, Ph. D., associate professor of psychiatry, University of Kentucky College of Medicine, Lexington; Jeffrey Brosco, M. D., Ph. D., professor of pediatrics, University of Miami Miller School of Medicine; 12 de novembre de 2010, CDC, Morbidity and Mortality Weekly Report.*

estimulant del sistema nerviós central, l'acció terapèutica del qual estimula el *sistema nerviós central*, millora l'estat de vigília i augmenta els nivells d'alerta i la capacitat de concentració. Afavoreix també les funcions cognitives superiors, com ara l'atenció i la memòria, i mostra els seus efectes sobre les *funcions executives*. Així mateix, produeix efectes *reforçadors* en associar determinades conductes amb emocions plaents de recompensa. Pel que fa a la conducta, reforça els sistemes implicats en la regulació de les respostes a emocions específiques i redueix els nivells d'impulsivitat (autocontrol). I en el cas particular de l'obesitat s'ha utilitzat a causa de la seua acció sobre els centres hipotalàmics que regulen l'apetit. Finalment, és un agent activant del *sistema nerviós simpàtic*, amb efectes adrenèrgics perifèrics, que es tradueixen en un augment del nivell d'activitat motriu, de la resistència a la fatiga, de l'activitat cardiorespiratòria i, en particular, dels processos metabòlics termogènics de l'organisme, i dóna lloc a una major combustió de greixos. Ús i abús: com a droga recreativa, l'amfetamina, més coneguda popularment com a *speed* o *amfeta*, és utilitzada per a passar llargues nits sense dormir, i apareix en forma de pols, fàcilment obtenible, que és inhalat. Els efectes van des de l'eufòria, la vista borrosa i l'energia no habitual, fins a la sudoració, els vòmits i els atacs d'ansietat.

Els consumidors poden passar diversos dies consecutius sense dormir, amb el consegüent cansament psíquic, que de vegades du a crisis de *paranoia* i *ansietat*. L'amfetamina produeix una síndrome denominada *psicosi amfetamínica*, semblant a la *psicosi cocaínica* o a l'esquizofrènia *paranoide*.

I quins en són els efectes secundaris que obtenim en els infants? En el cas del metilfenidat:

- Nerviosisme, insomni, irritabilitat, disfòria i canvis bruscos d'humor.
- Anorèxia, malestar de l'estómac i pèrdua de pes.
- Taquicàrdia i hipertensió.
- Retard en el creixement.
- Fenomen de rebot.
- Tics.
- Psicosi.

En el cas de la dextroamfetamina:

- Nerviosisme, insomni, irritabilitat, disfòria i canvis bruscos d'humor.
- Anorèxia, malestar de l'estómac i pèrdua de pes.
- Taquicàrdia i hipertensió.
- Retard en el creixement.
- Fenomen de rebot.
- Tics.
- Psicosi.
- Impotència i canvis en la libido.

Les contraindicacions en ambdós són:

- Psicosi.
- Trastorn de Gilles de la Tourette.²
- Anorèxia nerviosa.
- Tirotoxicosi.
- Taquicàrdies i hipertensions greus.
- Alteració hepàtica.

A la llarga, els xiquets poden derivar en pacients amb història recent d'abús d'alcohol i drogues.³

Estat de la qüestió

Tot indagant als mars de la informació sobre el tema que ens ocupa, ens crida l'atenció la diferència que es troba en les dades estadístiques entre Espanya i altres països.

Les associacions amb què hem contactat ens informen que no tenen les dades recollides, de manera sistemàtica ni presentades en gràfiques estadístiques de la població de TDH, amb les edats, nivell cultural, estatus, zona on viuen, etc. Quin protocol se segueix, doncs, quan un xiquet arriba diagnosticat? Normalment, el detecta el col·legi, el remeten a atenció psicològica i d'allí deriva a les associacions corresponents.

A més, quan un xiquet arriba a rebre tractament associatiu, al nostre país es tracta la desatenció que presenta, però no s'avaluen altres aspectes de la seua personalitat: com és la seua vida, què passa en el context familiar i escolar, no sembla haver-hi registre de conductes i activitats del seu temps lliure, quins programes (dibuixos?) de televisió veu i durant quant de temps, etc.

És cert, d'una altra banda, que als col·legis privats es detecten més xiquets amb TDH que als col·legis públics, però per què? És perquè els responsables estan més pendents dels xiquets? O perquè, com que hi ha normes més estrictes – portar l'uniforme net i impecable, pujar les escales d'acord amb les normes que s'hi han establert, adreçar-se al professor/a d'una determinada manera, etc.–, és més difícil prestar atenció a totes i, en conseqüència, les «infraccions» hi són més nombroses i s'associen al dèficit d'atenció?

2. La síndrome de Gilles de la Tourette (TS) és un trastorn neurològic heretat que es caracteritza per moviments involuntaris repetits i sons vocals (fònics) incontrolables i involuntaris que se'n diuen tics. En alguns casos, aquests tics inclouen paraules i frases inapropiades.

3. Bravo Ortiz María Fe, (2002): *Psicofarmacologia para psicólogos*, editorial Síntesis.

Als Estats Units es disposa d'informació més contrastada:

1. La publicació *Vital and Health Statistics* (PDF, setembre de 2007), dels Centers for Disease Control and Prevention (Centres per al Control i la Prevenció de Malalties, o CDC per les seues sigles en anglès) ofereix algunes dades d'interès: Hi ha 4,5 milions de xiquets entre les edats de 3 i 17 anys amb TDAH. Els xiquets són dues vegades més propensos que les xiquetes a patir el TDAH, amb un 11% de casos, comparat amb el 4% de les xiquetes. En contrast amb els que tenen una salut excel·lent o molt bona, els xiquets amb salut no molt bona o dolenta són quasi tres vegades més propensos a tenir el TDAH.
2. D'altra banda, la publicació *Vital and Health Statistics* (juliol de 2008), del CDC, informa que la incidència del diagnòstic de TDAH va créixer una mitjana del 3% per any entre 1997 i 2006.
3. Per la seua banda, l'Institut Nacional de Salut Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) edita la publicació *The Numbers Count: Mental Disorders in America*. I en la versió de 2001 d'aquesta publicació s'afirma que el TDAH és un dels trastorns mentals més comuns en xiquets i adolescents, que afecta prop del 4,1% de joves entre les edats de 9 i 17 anys. En l'edició del 2008 es defensa que l'edat més freqüent en què comença el TDAH és la dels 7 anys.
4. Més encara, les publicacions *Journal of the American Medical Association* (JAMA, gener de 2001) i *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* (març de 2002) citen estudis de la clínica Mayo que donen la xifra del 7,5% d'afectats per la síndrome.
5. I el *Report of the US Surgeon General on Mental Health* (1999) asseverava que entre el 3% i el 5% de xiquets en edat escolar tenen TDAH. D'acord amb l'informe de gener de 2001 de l'Agència d'Avaluació dels Estats Units (General Accounting Office, GAO), hi ha 46,6 milions d'estudiants a les escoles públiques, la qual cosa significa que hi ha almenys entre 1,4 milions i 2,3 milions de xiquets amb TDAH en edat escolar.⁴
6. L'informe setmanal de mortalitat i morbiditat del CDC (*Morbidity and Mortality Weekly Report*, MMWR, de 2 de setembre de 2005), diu: Entre el 3% i el 7% de xiquets en edat escolar té TDAH. Els índexs de casos varien per estats. Colorado té el més baix, amb el 5%, i Alabama, el més alt, amb l'11,1%. Dos milions i mig de xiquets, entre les edats de 4 i 17 anys, van rebre tractament amb medicaments per al TDAH el 2003. Alguns xiquets entre les edats de 9 i 12 anys van mostrar l'índex més alt de tractament amb medicaments en el mateix any (2003).

4. Vegeu *Report of the Surgeon General*, 1999, capítol 3.

7. Finalment, el CDC ofereix *dades i estadístiques* sobre el TDAH per mitjà del Centre Nacional per als Defectes Congènits i Discapacitats de Desenvolupament (*National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities*).

Vegem més informació, també dels Estats Units:

Casos de TDAH per grups entre xiquets de 3 a 17 anys d'edat. Aquestes dades s'han pres de les *Vital and Health Statistics*, dels Centres per al Control i la Prevenció de Malalties (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, setembre de 2007). *Per edat:*

- 2,1 milions de xiquets entre les edats de 5 a 11 anys tenen TDAH (7,4%).
- 2,4 milions de xiquets entre les edats de 12 i 17 anys estan afectats de TDAH (9,7%).

Per procedència ètnica:

- Blancs (no hispans): 3,6 milions de xiquets tenen TDAH (7,6%).
- Negres o d'origen africà: 705.000 xiquets (tenen) pateixen TDAH (7,4%).
- Hispà o llatí: 602.000 xiquets tenen TDAH (5,1%).

Per estructura familiar:

- Xiquets que viuen amb la mare i el pare: 2,5 milions pateixen TDAH (5,9%).
- Xiquets que viuen amb la mare, sense el pare: 1,6 milions tenen TDAH (11,1%).
- Xiquets que viuen amb el pare, sense la mare: 226.000 tenen la síndrome de TDAH (8,6%).
- Xiquets sense pare ni mare a casa: 219.000 tenen TDAH (10,7%).

Per situació personal:

- El CDC té una pàgina web amb dades sobre casos de diagnòstic de TDAH per estats: percentatge de joves de 4 a 17 anys diagnosticats alguna vegada en la vida amb TDAH: National Survey of Children's Health, 2003.
- El CDC té una pàgina web amb dades de casos segons el tractament amb medicaments per al TDAH: percentatge de joves de 4 a 17 anys diagnosticats alguna vegada en la vida amb TDAH: National Survey of Children's Health, 2003.

Per trastorn coexistent. Aquestes són dades sobre les condicions coexistents més comunes, segons el que informa *ADHD Characteristics: I. Concurrent Co-morbidity Patterns in Children & Adolescents*, de patrons de comorbiditat concurrent en xiquets i adolescents. Publicació: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, juliol de 2008.

- El trastorn coexistent més prevalent amb el TDAH és el trastorn per oposició de desafiament (TOD), que es dona en el 41% dels casos.
- Depressió menor/distímia (MDDD, per les seues sigles en anglès) apareix en segon lloc, amb un índex del 22%.
- Trastorn generalitzat d'ansietat (GAD, per les seues sigles en anglès) va en tercer lloc, amb el 15% dels casos.

Índex de condicions coexistents per subtipus de TDAH. Entre aquells amb el subtipus *predominantment inatent*:

- 21% apareixia amb depressió menor/distímia.
- 21% presentava trastorn per oposició de desafiament.
- 19% estava afectat de trastorn generalitzat d'ansietat.

Entre aquells amb el subtipus *predominantment hiperactiu-impulsiu*:

- 42% presentava trastorn per oposició de desafiament.
- 22% tenia trastorn generalitzat d'ansietat.
- 19% estava afectat de depressió menor/distímia.

Entre aquells amb el subtipus *combinat*:

- 51% amb trastorn per oposició de desafiament
- 23% tenia depressió menor/distímia.
- 12% presentava trastorn generalitzat d'ansietat.

Anàlisi per subtipus de TDAH. Aquestes dades van ser presentades en «Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children» ('Casos, reconeixement i tractament del trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat en una mostra nacional de xiquets nord-americans'), *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, setembre 2007.

- Mostra total: 3.802
- TDAH de tots els tipus: 222
- Subtipus inatent: 95
- Subtipus combinat: 72
- Subtipus hiperactiu-impulsiu: 55

Casuística general del TDAH entre adults als Estats Units:

1. L'Institut Nacional de Salut Mental (*National Institute of Mental Health*, o NIMH) va patrocinar el *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R: Rèplica d'Enquesta Nacional de Comorbiditat), publicat en *American Journal of Psychiatry*, (abril del 2006). Aquest estudi va estimar que un 4,4 % d'adults entre les edats de 18 i 44 tenen almenys alguns símptomes i discapacitats relacionats amb el TDAH.
2. La publicació *CNS Spectrum: The International Journal of Neuropsychiatric Medicine* (agost de 2008) presenta un suplement amb una taula redona d'experts, titulat *Best Practices in Adult ADHD: Epidemiology, Impairments, and Differential Diagnosis* (*Bones pràctiques en el TDAH en adults: epidemiologia, impediments i diagnòstic diferencial*, informació en l'enllaç només en anglès). Aquesta publicació afirma que aproximadament un 4% de la població adulta dels Estats Units té TDAH. Actualitzat en abril de 2010, Centre Nacional de Recursos CHADD, Maryland.

Es comprova, una vegada més, la gran diferència entre la documentació i els registres procedent dels Estats Units i la que hi ha en el nostre context.

Consideracions

Tornant al nostre àmbit, si les intervencions en relació amb la síndrome de TDAH no sempre estan estructurades ni garantides, els diagnòstics no es realitzen habitualment amb precisió i els registres de casos no són tan exactes –i, per tant, reals– com es requereix. En una problemàtica tan delicada com la que analitzem, cal preguntar-nos: Realment s'estan proporcionant tots els mitjans necessaris per a ajudar els xiquets amb TDAH? S'indaga prou per a conèixer els problemes de fons, que trasllueixen les deteccions observades? Es coneixen les causes reals que provoquen aquests trastorns? Finalment, si els diagnòstics no són del tot adequats i, per tant, les dades estadístiques no reflecteixen fidelment la realitat, podem estar enfront d'un problema de més entitat que el percebut?

Si des d'edat primerenca un subjecte és sotmès a la percepció agressiva d'episodis violents, en qualsevol mitjà audiovisual, tot el temps i sense cap control, va pel camí de presentar una capacitat cognitiva –incloent-hi l'atenció–, una afectivitat i uns comportaments molt precaris, sense ningú que afavorisca l'adopció de criteris i de conductes necessaris per a assimilar i discriminar de manera eficient i eficaç la informació que l'assalta en forma i contingut.

Així, doncs, proposem:

- Fer campanyes publicitàries amb materials informatius diversos.
- Promoure tasques en grup i familiars: vacances, passejos, activitats de cuina, lectures, etc., i no tant tasques individuals: ordinador, consola, televisió...
- Oferir xarrades informatives mínimes a pares, col·legis, a començament de curs (per exemple, tractar el problema en les tutories i remetre circulars a les famílies amb suggeriments de passar més temps amb els fills, pautes de detecció de conductes relacionades amb el TDAH, vigilància dels períodes de veure la televisió, especialment la de continguts agressius...)
- Proposar específicament en les tutories temes de debat perquè els xiquets pensin i adopten actituds cada vegada més assumides i conscients.
- Oferir formes alternatives d'estimulació i oci que no siguin les gastades de la televisió (dibuixos animats, programes «infantils»...), com ara la música, l'escoltisme, les activitats mediambientals i les de ressonància social i cultural compartides.

És temps ja de plantejar-nos una intervenció integral, personal, global i socialitzadora per a poder abordar aquest problema. Primerament, des del punt de vista de la investigació, amb recopilació de totes les dades possibles i tractant-les estadísticament de forma adequada i funcional. Després, oferir la informació necessària a l'àmbit familiar, entre els grups d'iguals i als centres educatius perquè a l'hora de la intervenció siguin un punt de suport i ajuda necessaris per a aconseguir l'objectiu de millorar la qualitat de vida de xiquets amb TDAH.

També en l'àmbit de les associacions es pot oferir major informació, un millor registre de casos, promoció d'ajuda real al context social, etc. Presència social i educativa real, en definitiva.

Volem concloure, provisionalment, que la nostra aportació és una més, que s'ofereix a la comunitat educativa, perquè continue i avance en el diagnòstic i tractament a l'aula, i a la científica, perquè continue investigant i oferint resultats i propostes d'intervenció en la millora del tractament del TDAH. I a les famílies, perquè eleven el nivell de dedicació i atenció en un problema de tanta transcendència per al present i el futur dels seus fills. Amb tot, queda encara molt de camí a fer i les autoritats han de responsabilitzar-se seriosament i abordar una situació com l'analitzada amb paràmetres rigorosos i dotació de recursos suficients.

Referències

- Aguirre, J. M. (1986). *La violencia programada en televisión y su influencia en los niños*. Consultat en: http://gumilla.org/biblioteca/bases/biblo/texto/COM198654_11-30.pdf.
- Bravo Ortiz, M. F. (2002). *Psicofarmacología para psicólogos*. Madrid: Síntesis.
- Buchanan, A. M., Gentile, D. A., Walsh, D. A., Nelson, D. A. i Hensel, J. (2002). *Lo que entra, sale: El consumo por parte de los niños de violencia en los medios de comunicación en la casa y las conductas agresivas en la escuela*. Conferència de la Societat Internacional per a l'Estudi del Desenvolupament de la Conducta, Ottawa, Ontario, Canadà.
- Centre per a l'Educació dels Mitjans de Comunicació (1997). *Los niños y la televisión*. Consultat en: <http://www.cme.org/children/kids>.
- Erickson, E. (1950). *Niñez y Sociedad*. Nova York: W. W. Norton & Company.
- Domínguez, J. M. i Frutos, M. E. (2002). Violencia en dibujos animados. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 27, 123-143.
- García, M. C. (2000). *Televisión, violencia e infancia: el impacto de los medios*. Barcelona: Gedisa.
- Gentile, D. A. i Walsh, D. A. (2002). Un estudio normativo de los hábitos de los medios de comunicación en la familia. *Applied Development Psychology*, 23, 157-178.
- López-Ibor A., Juan J. i Valdés Miyar, M. (2002), *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, text revisat. Barcelona: Masson.
- Manzo, M. C. i Reyes, E. (2009). La violencia en los dibujos animados norteamericanos y japoneses: su impacto en la agresividad infantil. *Alternativas en Psicología*, 14, 26-34.
- Miranda, A. i Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Informació Psicològica*, 100, 100-114.