

**Treball Final de Grau**

**El Treball Social en Salut Mental**

**Infanto-juvenil:**

**El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic.**

Carla Palés Lozano

Grau en Treball Social

Tutora: Dra. M<sup>a</sup> Tereza Leal Cavalcante

Curs 2015-2016

20 de juny del 2016

Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés. Universitat Ramon Llull

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

**Agraïments:**

A la meva família per el seu suport constant, l'educació i els valors que m'han inculcat, per estar sempre al meu costat i seguir estant-ho. També a les meves companyes i amigues de la universitat, sense elles aquests quatre anys no haguessin sigut el mateix, i als meus millors amics per confiar amb mi i treure'm sempre el millor dels somriures.

A la meva tutora, Dra. Tereza Leal, per guiar-me i aconsellar-me en aquest treball des del primer moment per tal de que pugui plasmar de la millor manera el que volia transmetre.

Agrair a les professionals entrevistades de l'Hospital Clínic, per el temps i la dedicació que m'han mostrat, i per deixar que m'apropi a les seves realitats.

Per últim, agrair a tots els professors que he tingut al llarg d'aquests quatre anys de la carrera, per els coneixements adquirits en les seves assignatures.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

**Títol:** El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El diagnòstic de TDAH.

**Resum**

El present treball pretén apropar-se a la perspectiva del Treball social en l'àmbit de la salut mental infanto-juvenil, i concretament, de la intervenció que es realitza amb els casos diagnosticats de TDAH. Aportant una mirada social sobre el fenomen en aquests moments que hi ha tanta controvèrsia entorn aquest. La recerca té com a objectiu principal fer un aprofundiment teòric del diagnòstic del TDAH i de les principals crítiques. S'han utilitzat diferents tècniques qualitatives com la recerca bibliogràfica i entrevistes a treballadores socials i altres professionals especialistes.

**Paraules clau:** Treball social, salut mental Infanto-juvenil, TDAH, intervenció, mirada social.

**Resumen**

El presente trabajo pretende acercarse a la perspectiva del Trabajo social en el ámbito de la salud mental infantojuvenil, y concretamente, de la intervención que se realiza en los casos diagnosticados de TDAH. Aportando una mirada social sobre el fenómeno ante la controversia que gira entorno a este. El estudio tiene como objetivo principal hacer una profundización teórica del diagnóstico de TDAH y de sus principales críticas. Para ello, se han utilizado diferentes técnicas cualitativas como la exploración bibliográfica y entrevistas a trabajadoras sociales y a otras profesionales especialistas.

**Palabras clave:** Trabajo social, salud mental infantojuvenil, TDAH, intervención, mirada social.

**Abstract**

The present project tries to approach a perspective of Social Work within the infant mental health sector, and in particular, that of the intervention done within diagnosticated cases of ADHD by looking at this phenomenon through a social point of view. The study has the primary objective of going deep into the theory of the diagnosis of ADHD and of the criticisms it receives. For this reason, different qualitative techniques have been used such as bibliographic exploration and interviews to social workers and other professional specialists.

**Key Words:** Social work, child and youth mental health, ADHD, intervention, social view.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

**ÍNDEX.**

<b>1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJECTIUS</b>	<b>7</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>8</b>
<b>3.1. CARACTERITZACIÓ Y JUSTIFICACIÓ DE LA MOSTRA DE LES ENTREVISTES.</b>	<b>9</b>
3.1.1. CONTEXT INSTITUCIONAL.	11
<b>3.2. TEMPORALITAT, ESTRUCTURA I CONTINGUT DEL MARC TEÒRIC.</b>	<b>12</b>
<b>4. MARC TEÒRIC</b>	<b>14</b>
<b>4.1. MARC NORMATIU I LEGAL.</b>	<b>14</b>
<b>4.2. LA FUNCIÓ DEL DIAGNÒSTIC MÈDIC.</b>	<b>19</b>
<b>4.3. DIAGNÒSTIC DEL TDAH.</b>	<b>20</b>
4.3.1. CRITERIS DIAGNÒSTICS.	22
<b>4.4. EL TRACTAMENT MULTIMODAL.</b>	<b>25</b>
4.4.1. TRACTAMENT COGNITIU-CONDUCTUAL.	28
4.4.2. TRACTAMENT FARMACOLÒGIC.	30
4.4.3. TRACTAMENT PSICOPEDAGÒGIC.	31
4.4.4. ALTRES TRACTAMENTS.	33
<b>4.5. CRÍTQUES AL DIAGNÒSTIC DEL TDAH.</b>	<b>35</b>
<b>4.6. SINCRONITZACIÓ DE LA DIMENSIÓ SOCIAL I LA SALUT MENTAL.</b>	<b>42</b>
4.6.1. EL TREBALL SOCIAL EN SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL	44
4.6.2. LA INTERVENCIÓ AMB CASOS DIAGNOSTICATS DE TDAH DES D'UNA PERSPECTIVA SOCIAL.	48
4.6.3. TERÀPIA FAMILIAR SISTÈMICA EN EL TRACTAMENT DEL TDA/H DES DE EL TREBALL SOCIAL EN UN CSMIJ.	50
<b>4.7. RESULTATS DE LES ENTREVISTES</b>	<b>51</b>
<b>5. ANÀLISI I DISCUSSIÓ</b>	<b>59</b>
<b>6. CONCLUSIONS</b>	<b>67</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>71</b>

## **1. INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ**

Fa anys que es sent parlar en la nostra societat d'unes sigles, potser molts no coneixen significat, però es pot escoltar en converses quotidianes, com per exemple, entre pares a la sortida de les escoles, i sobretot a les consultes dels centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ). Aquestes sigles són TDAH, les quals corresponen al anomenat Trastorn del Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat. Darrera d'aquest trastorn, el qual té un fort impacte en l'actualitat (tan actual que sembla nou, encara que es conegut i estudiat des de fa quasi un segle), hi han moltes especulacions sobre el diagnòstic, l'etiologia, el tractament, i fins i tot, en la existència d'aquest. Sobre aquest últim aspecte s'ha incidit bastant i es poden trobar diferents autors e investigadors que han escrit articles on es qüestionen, i en alguns casos neguen l'existència del TDAH, per tant, no hi ha un acord entre els professionals d'aquest tema. Un exemple d'aquest fet és el testimoni de J.K. Freud (nebot-net del famós psicoanalista) en una recent entrevista publicada en el diari ABC, on afirma que TDAH no existeix (Fominaya, 2015).

Sovint el diagnòstic de TDAH s'enfronta amb la opinió social, ja que costa d'entendre que en els últims anys els infants hagin pogut canviar tant, però la realitat és que sí que ho han fet, millor dir, la societat ha canviat. Les maneres d'entendre l'educació, el desenvolupament de les noves tecnologies i els nous models de família modifiquen les maneres fer de la població i aquests canvis afecten directament en aquesta. Però l'etiologia del TDAH no només ve donada per aquests fenòmens sociològics, sinó que també hi ha hagut una evolució de la Psicopatologia, on han canviat els criteris a l'hora de diagnosticar. Els nous coneixements aportats d'investigacions realitzades han ampliat els criteris dels trastorns mentals en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, fent que els nens més moguts en les aules de les escoles siguin nens diagnosticats de TDAH (amb criteri mèdic). No s'avalua com a negatiu ja que aquests nens que han tingut dificultats en diferents àmbits de la seva vida quotidiana, poden estar al mateix nivell que la resta de nens de la seva edat. Però és aquesta "transició" a l'hora de diagnosticar que ha creat un impacte en la societat, on professionals de diferents àmbits i pares s'han hagut d'adaptar, i com la majoria de canvis, no són sempre fàcils, i menys quan es tracta en temes de salut.

Està sent el TDAH sobre diagnosticat? O és només una opinió de la societat que s'ha anat estenent? Es pot considerar el TDAH com el trastorn del desenvolupament en la

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

infància del segle XXI?. Aquestes qüestions que tenen lloc actualment formaran part del context de la present recerca.

El fet de que sorgeixin tants dubtes al voltant del TDAH posa en evidència que encara s'han de clarificar diferents conceptes, sobretot de cara a una bona intervenció professional.

Aquest treball es troba entre un treball d'aprofundiment teòric i part d'una recerca aplicada, ja que la revisió bibliogràfica sobre el fenomen del TDAH serà complementada amb entrevistes a especialistes en la temàtica i treballadores socials que intervenen amb casos diagnosticats de TDAH.

Al llarg del treball es profunditzarà en la definició del TDAH i l'evolució d'aquest per considerar-lo un trastorn, i els criteris que s'han establert per diagnosticar-lo segons els diferents manuals diagnòstics, i quins tipus de tractaments existeixen i quin és el més recomanat.

Part de la recerca s'aplica en el context del Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic, on es recullen dades qualitatives mitjançant entrevistes realitzades a diferents professionals del servei, i posteriorment són analitzades i comparades amb els paradigmes i teories dels diferents autors que s'esmenten en el treball.

Un diagnòstic, en aquest cas de TDAH, crea un impacte en el nen i a la seva família, provocant dubtes, inquietuds i/o falses creences. Es veurà com es treballa aquest diagnòstic des del treball social, quines són les propostes d'intervenció, quines estratègies s'utilitzen, i concretament des de treball social quins recursos són els més utilitzats en aquests casos, tan per al nen com per a la família.

Des del treball social es coneixerà l'opinió respecte d'aquesta temàtica d'especialistes de l'Hospital Clínic, a més de saber si existeix algun tipus de protocol o recorregut en el seguiment psicosocial de l'infant i l'adolescent amb TDAH.

## **2. OBJECTIUS**

### Objectiu general:

- Fer un aprofundiment teòric sobre el diagnòstic de TDAH, les principals crítiques i el tractament més recomanable.

### Objectius específics:

- Conèixer la intervenció que es realitza des de Treball Social amb els infants i adolescents diagnosticats de TDAH.
- Analitzar quina és la perspectiva des del treball social sobre aquest fenomen i l'impacte del diagnòstic de TDAH en el sistema familiar dels pacients.
- Contrastar la visió en la pràctica del treball social sobre el TDAH (en el Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic) davant el context teòric de crítica actual.

### **3. METODOLOGIA**

L'apartat principal del treball correspon al marc teòric, on he realitzat una recerca en profunditat basant-me en diferents fonts bibliogràfiques de llibres com el de *Psiquiatria, salud mental y trabajo social* (Gómez i Zapata, 2000), articles de revistes científiques (Revista d'Intervenció Socioeducativa, la revista Infac o la revista de Neurologia), Guies pràctiques d'intervenció clínica per a centres de salut, hospitals i serveis de l'àmbit de la salut, igual que Guies pràctiques educatives per al professorat de les escoles dels centres educatius, també he cercat els protocols existents a nivell nacional i autonòmic.

Molta de la informació ha sigut extreta de pàgines web de referència i centrades en el trastorn del TDAH, on ofereixen informació detallada per a pares i professionals, la majoria d'aquestes pàgines web corresponia a associacions i fundacions de TDAH, com la fundació Adana.

Per tal de complementar el marc teòric i donar més profunditat a l'anàlisi i obtenir els resultats en relació als objectius de la recerca, he realitzat cinc entrevistes a diferents professionals del Servei de Psiquiatria Infantil de l'Hospital Clínic. Aquest tipus de metodologia que he utilitzat és de tipus qualitatiu (igual que la bibliografia cercada), la qual es caracteritza per ser inductiva amb la que obtindrà una perspectiva global del TDAH, buscant més el fet de comprendre el fenomen que no establir relacions simples de causa-efecte, de manera que la recerca és més profunda i ofereix informació més subjectiva i general, per aquestes raons els resultats poden ser més difícils d'interpretar i generalitzar, però en aquest cas em servirà per fer la comparació amb la part de recerca bibliogràfica. Aquestes entrevistes realitzades a diferents professionals em faciliten una comprensió integral del fenomen en qüestió, contrastant idees teòriques amb la pràctica d'un servei específic on es tracta amb nens i adolescents diagnosticats de TDAH i les seves famílies.

Tota aquesta informació la utilitzaré per fer l'anàlisi i discussió del fenomen del TDAH, i conèixer la visió i la intervenció que es fa des del Treball Social, concretament en el marc institucional de l'Hospital Clínic. En el següent apartat s'explica i es justifica la mostra seleccionada.



### **3.1. Caracterització y justificació de la mostra de les entrevistes.**

Els participants seleccionats com a mostra, es troben treballant en el Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic<sup>1</sup>. He escollit fer-ho en aquest context institucional perquè tenia la facilitat en accedir als professionals, ja que les Pràctiques Intensives de Quart Curs del Grau en Treball Social les vaig realitzar en aquest servei. També em va semblar adequat centrar-me en aquest servei per la rellevància i el reconeixement que té en el sector de la salut mental infanto-juvenil i en tot el sector sanitari de Catalunya.

La mostra ha sigut reduïda per l'acurada selecció d'aquesta, he entrevistat a les treballadores socials que es troben en aquest servei, i a dues professionals d'altres disciplines especialistes en TDAH. D'aquesta manera els professionals entrevistats són:

- Tres treballadores socials (TS).
- Psiquiatra.
- Psicòloga.

En el moment de fer aquesta selecció, m'he basat en el fet que fossin professionals amb contacte en les seves respectives intervencions, amb pacients diagnosticats de TDAH i les seves famílies, ja que en aquest servei s'atenen diferents tipus de psicopatologies amb pacients fins a divuit anys. Tot i que m'interessava més l'opinió social del fenomen, un altre aspecte que he tingut en compte en la selecció dels entrevistats és que fossin professionals tan del treball social i com d'altres professions del món de la salut mental, per tal de tenir més varietat d'opinió en els resultats i fer palesa de la importància dels equips multidisciplinaris. A la psiquiatra i a la psicòloga se li pregunta sobre la intervenció que fa el treballador social en salut mental i en els casos de TDAH.

---

<sup>1</sup> El Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic s'explica en un altre punt més endavant.

<sup>2</sup> Les categories seran explicades en l'apartat de resultats de les entrevistes.

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

	<b>Formació específica en l'àmbit de Salut Mental Infantil i Juvenil.</b>	<b>Antiguitat en el Servei.</b>	<b>Unitat on es troben.</b>
<b>TS 1</b>	Formació prèvia a començar per l'anterior TS (2 a 3 setmanes) i Màster en Treball Social Sanitari.	6 mesos	Unitat de Referència Psiquiàtrica Infantil i Juvenil (URPIJ).
<b>TS 2</b>	Cursos de formació específica en psicopatologia infanto-juvenil, i en centrats en l'etapa de l'adolescència.	4 anys	CSMIJ de l'Eixample. Programa de TEA.
<b>TS 3</b>	Formació prèvia a començar per l'anterior TS (2 a 3 setmanes) i Màster en Treball Social Sanitari.	6 mesos	CSMIJ de l'Eixample.
<b>Psiquiatra</b>	Especialitat en Psiquiatria.	20 anys	CSMIJ de l'Eixample.
<b>Psicòloga</b>	Màster Psicologia Clínica Infanto-juvenil.	18 anys	CSMIJ de l'Eixample.

Taula 1. Caracterització de la mostra.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

### **3.1.1. Context Institucional.**

Com ja s'ha esmentat, les professionals entrevistades formen part dels equips multidisciplinaris del Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic, dins aquest servei es troben dues àrees en què treballen diferents equips i programes. Cal recalcar que es troben en el mateix recinte de l'Hospital Clínic, escala 11 planta 3 (la unitat d'hospitalització es troba a la planta 4).

Aquest servei està concertat pel programa de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya. El seu objectiu és la promoció de la Salut Mental, la prevenció i assistència dels problemes psiquiàtrics, psicològics i socials de les persones que atenen.

Té com a línia principal el desenvolupament de la Unitat de Trastorns de Conducta Alimentària de referència en tot Catalunya.

Aquest servei pertany a l'Institut Clínic de Neurociències (ICN). En el Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil hi ha dues àrees i responsabilitats assistencials i organitzatives diferenciades:

- **Unitat de Referència Psiquiàtrica Infantil i Juvenil (URPIJ):** atén a tots els menors amb trastorns psiquiàtrics que puguin requerir assistència hospitalària procedent de les àrees de Barcelona Esquerre, Dreta i Litoral (districtes: Eixample, Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi, Gràcia i Sant Martí). També els menors procedents de sectors territorials de Badalona, Santa Coloma de Gramanet, Terrassa, Rubí i Sant Cugat. Aquestes serien les zones territorials de referència. En la URPIJ hi ha diferents línies d'acció: sala d'ingressos, l'Hospital de Dia (lloc de referència per a infants de 0 a 12 anys de tota Barcelona i per adolescents de 12 a 18 anys de barri de l'Eixample), consultes externes (casos més complexos que requereixen una freqüència de visites més elevada, solen ser casos de Centres de Salut Mental Infanto-juvenil) i per últim, la Unitat de Trastorn de la Conducta Alimentària.

En aquesta unitat es troba una de les treballadores socials entrevistades, intervenint en els casos corresponents.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

- **El Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de l'Eixample:** atén a tots els menors (0-18 anys) del districte de l'Eixample barcelonès (40.000 menors de 18 anys), coordinant la seva actuació amb els agents de l'esmentat districte relacionats amb aquesta població: escoles, Equips d'Atenció Primària (EAP), Equips d'Atenció a la Infància i Adolescència (EAIA), etc. Sobretot es destaca la coordinació amb els ambulatoris i els metges de família, els quals deriven als menors d'edat al servei.

Actualment l'equip multidisciplinari del CSMIJ està format per cinc psiquiatres, quatre psicòlegs, una infermera i dues treballadores socials. La resta de professionals entrevistades formen part d'aquesta unitat. Aquests professionals treballen de forma conjunta a través de diferents equips de treball, especialitzat en un trastorn en concret com el trastorn de l'espectre autista (TEA) o el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) o sense, o amb nens preescolars o també programes per nois i noies amb trastorns psicòtics insipients, entre altres programes en els que treballen de manera multidisciplinària.

### **3.2. Temporalitat, estructura i contingut del marc teòric.**

Primerament faré una recerca detinguda en relació a la psicopatologia del TDAH (diagnòstic, criteris, tractament...), les crítiques i els paradigmes existents. Després em centraré en la intervenció del Treball social en l'àmbit de salut mental, i més endavant sobre la pràctica amb el TDAH, en aquesta part també es treballarà la dimensió social en l'àmbit de la psiquiatria i en el col·lectiu de la infància i adolescència. A partir d'aquí, s'anirà sintetitzant i estructurant la informació que consideri rellevant, i aniré formant els diferents subapartats del marc teòric.

En l'últim apartat del marc teòric es trobaran els resultats extrets de les entrevistes. Les preguntes seran classificades per categories<sup>2</sup>, les quals aniran en relació als apartats anteriors de la revisió bibliogràfica.

---

<sup>2</sup> Les categories seran explicades en l'apartat de resultats de les entrevistes.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Respecte a l'estructura i el contingut de les preguntes, es faran les mateixes preguntes a les treballadores socials, i pel que fa a la psiquiatra i a la psicòloga, adaptaré l'entrevista de manera que, a les preguntes concretes sobre la intervenció del treball social en els casos de TDAH, en lloc de respondre-les en primera persona les respondran en tercera, és a dir, les seves respostes aniran en relació a com consideren la funció i la rellevància del treballador social en la intervenció en Salut Mental Infantil i Juvenil, des de la seva perspectiva de professional en el servei i en funció de la seva disciplina.

Segons la informació cercada, les preguntes tractaran els principals temes de controvèrsia sobre el TDAH, unes més específiques del trastorn i d'altres més centrades en la intervenció professional, sobretot en la del treballador social.

## **4. MARC TEÒRIC**

### **4.1. Marc normatiu i legal.**

Estatlament existeixen diferents guies que recullen la pràctica clínica, educativa i social del TDAH. El rang de rellevància de les guies és inferior als protocols existents els quals han quedat en mans de les comunitats autònomes. Així doncs, es poden trobar diferents guies pràctiques i protocols d'actuació en diverses comunitats, les quals aporten mesures en els àmbits de la salut i de l'educació.

Per una banda, els documents dirigits a l'àmbit sanitari aporten informació de caràcter clínic com la detecció, el diagnòstic, tractament i l'atenció mèdica, així com mesures preventives i d'actuació. Per altra banda, els protocols i guies d'actuació de caràcter educatiu, també recullen una breu informació de caràcter clínic, però profunditzen més en estratègies d'intervenció educativa, dirigida a les famílies i als professionals dedicats a l'àmbit de l'educació, els quals es poden trobar (i es troben) amb alumnes diagnosticats de TDAH.

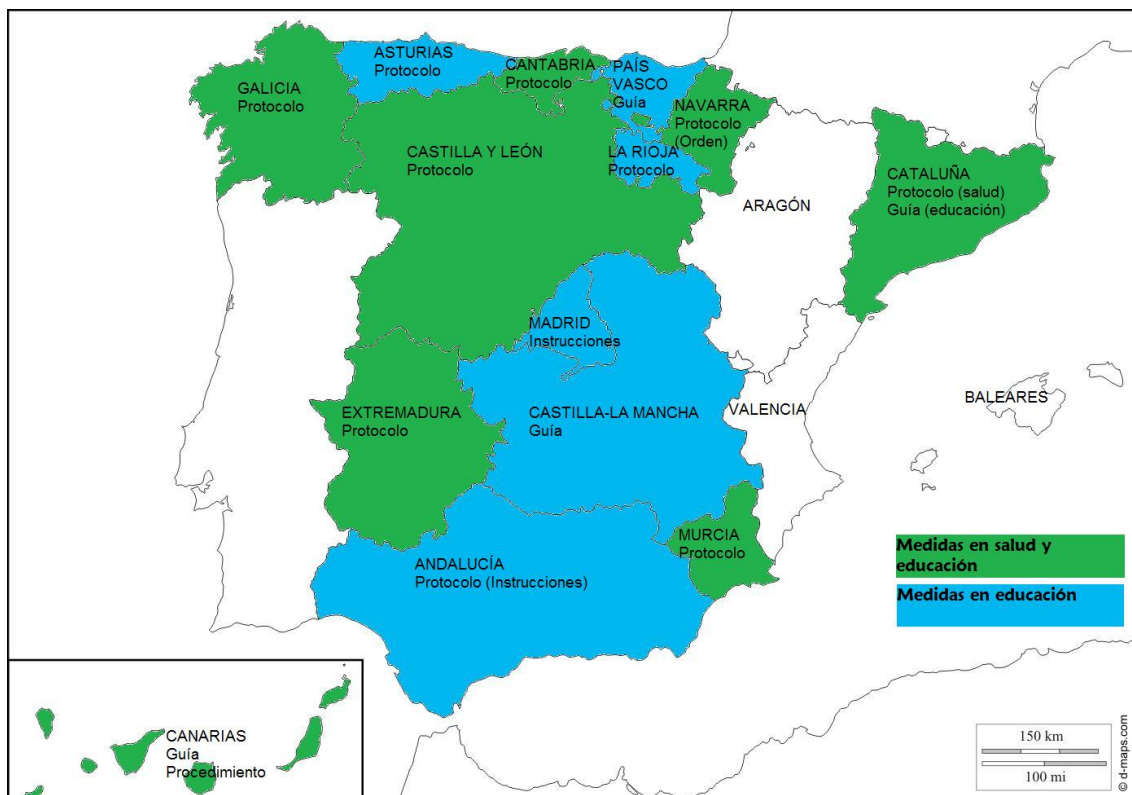
Actualment les guies d'intervenció sobre TDAH que es troben a nivell nacional són:

- *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Realitzada per el Grup de treball per a l'elaboració de la GPC sobre el TDAH en nens i adolescents. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador (2010).
- *Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad en las aulas* (2012). És la guia del Departamento de Educación de Navarra, vinculada a la Orden Foral que regula l'atenció a l'alumnat amb TDAH i trastorns de l'aprenentatge.
- *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores* (De Burgos, R., Barrios, M., Engo, R. et al. , 2009). Aquesta breu guia està vinculada amb l'Hospital Universitari Reina Sofía de Córdoba i la Universitat de Còrdova.
- *Guía practica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH*. (STILL. Asociación Balear de Padres de Niños con TDAH, 2007). Té un una tendència protocol·lària en l'actuació escolar. Està aprovada per el servei d'innovació del departament d'educació de les Illes Balears.

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

- *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores* (Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., i Romero, B., 2006, 2ª edición). Aquesta és una guia de la fundació Adana que va per la quarta edició. Ofereix estratègies concretes per a problemes de lectura, ortografia, matemàtiques, problemes de comportament, així com pautes generals per a la gestió a l'aula amb alumnes amb TDAH.

Respecte als protocols, gairebé totes les comunitats autònomes de l'Estat espanyol (excepte: Aragó, Comunitat Valenciana i les Illes Balears) tenen algun tipus de document oficial referent a la intervenció amb infants i adolescents amb TDAH, ja sigui depenent dels serveis d'educació o de salut. En la imatge que es mostra a continuació es pot veure les comunitats que tenen algun tipus de normativa sobre el TDAH i al servei que va dirigit.



Font: Tratamiento educativo TDAH [blog]. Link: <https://educaciontdah.wordpress.com/protocolos-de-actuacion-en-tdah/#respond>

Respecte Catalunya, l'any 2007, el Parlament de Catalunya va emetre la Resolució 84/VIII, en que s'instà al Govern a millorar l'atenció a la població amb TDAH tant en l'àmbit de la salut com en educatiu" (Direcció General de Planificació i Recerca en

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Salut, Generalitat de Catalunya, 2015, p.4). Així doncs, es poden trobar dos tipus de documentació vigent:

- I. El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu (Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament, 2013).
- II. Protocol per al maneig del TDAH infanto-juvenil en el sistema sanitari català (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015).

El primer document és una guia per a mestres i professors de l'educació primària i de l'educació secundària obligatòria. Al començament es parla del trastorn de manera general sobre l'evolució clínica d'aquest, i a continuació, tot l'aspecte educatiu amb més aprofundiment, les característiques de l'alumnat i la intervenció a l'escola i la col·laboració entre l'escola i la família. A més, en aquesta guia també s'hi troben diversos protocols de valoració de la gestió a l'aula, i per a la informació i seguiment de les actuacions de l'equip docent. També hi apareixen diferents models de registre de la intervenció educativa.

Els infants i joves amb TDAH, a causa de la simptomatologia, mostren un rendiment escolar més baix de l'esperat de la resta de l'alumnat. Les formes pròpies d'afrontar la tasca (impulsivitat, desatenció o falta de constància), la poca capacitat de planificació i la possible presència d'altres trastorns, a causa d'un alt grau de comorbiditat en el TDAH, com trastorns d'aprenentatge i/o conducta, fan a l'alumne amb TDAH molt vulnerable a fracassar en el seu procés d'aprenentatge (Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament, 2013). Per aquest motiu, és adequat i imprescindible que existeixi un marc normatiu dirigit al servei educatiu, on el contacte amb els infants i joves en el període on s'inicia el diagnòstic del TDAH és constant i directe.

El segon document és un protocol d'intervenció en l'àmbit de la salut, amb "l'objectiu de disminuir la variabilitat de la pràctica clínica i garantir una equitat territorial en l'atenció" (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015, p.13). Té com a punt de partida la Guia de pràctica clínica del TDAH de l'any 2010 i altres guies d'atenció al TDAH com la del Departament d'Ensenyament (2013). En aquest document hi apareixen dades sobre la prevalença del TDAH a Catalunya dels darrers anys, amb xifres de l'any 2008 al 2013 on l'atenció de casos va augmentar un 21% en els centres de salut mental infantil i



---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

juvenil (CSMIJ) de Catalunya (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015).

Aquest protocol està dirigit als professionals dels dispositius assistencials des d'on es poden detectar casos de TDAH en infants i adolescents. El seu redactat està fet des d'una perspectiva clínica però remarcant la importància del treball en xarxa "entre els professionals de l'àmbit de l'educació i l'atenció primària, així com els serveis especialitzats de salut mental" (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015, p.4).

Segons el Protocol per al maneig del Trastorn per dèficit d'atenció amb Hiperactivitat (TDAH) infanto-juvenil en el sistema sanitari català:

El diagnòstic del TDAH és exclusivament clínic, això significa mitjançant la informació obtinguda dels infants o els adolescents, els seus pares i els educadors, i ha d'estar sustentat en la presència dels símptomes característics del trastorn, una clara repercussió en els àmbits familiar, acadèmic o social, després d'haver descartat altres trastorns o problemes que puguin justificar la simptomatologia observada. (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015, p.33)

És important aquest aspecte, ja que un dels criteris diagnòstics principals del TDAH és que la seva simptomatologia ha d'aparèixer i afectar a diferents àmbits de la vida del nen (APA, 2013; CIE, 1992). Així doncs, es reafirma al llarg del document la gran importància de l'entorn i de la implicació d'aquest en el procés diagnòstic i en tota la intervenció amb els professionals.

En referir-se que és "exclusivament clínic" és que el diagnòstic està basat en la història i la presentació clínica (és a dir, els símptomes) juntament amb l'exploració física, sense la necessitat de realitzar de proves de laboratori o radiogràfiques.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Aquest protocol, segons s'esmenta, pretén evitar casos de sobre diagnòstic de TDAH, reduint l'heterogeneïtat en la detecció, el diagnòstic, igual que en la intervenció en el seu abordatge i tractament, millorant la qualitat de vida de les persones que tenen aquest problema de salut i comptant amb la participació de les famílies com a element clau d'aquest procés (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015). Tot i aquesta intenció expressada en el redactat, existeix un document paral·lel on es critica aquest protocol. Aquest document titulat "Per a un consens clínic del TDAH", publicat el mateix any que el protocol en qüestió, esmenta que el protocol suposa:

- Un pas més en la política de "patologitzar" i medicalitzar la vida en general i la infància i adolescència en particular.
- Un menyspreu a les diferents teories i pràctiques existents en la clínica de les simptomatologies psíquiques, i en conseqüència:
- Un atemptat contra la llibertat d'elecció dels pacients.

(Per a un consens clínic del TDAH, 2015, p.1)

Els autors d'aquest document són un grup de professionals experts en l'àmbit psiquiàtric, treballadors socials, docents, institucions i associacions de l'àmbit, i familiars afectats, critiquen que s'imposi "la formació i la pràctica clínica d'un únic model d'intervenció: el biomèdic-cognitiu-conductual" (Per a un consens clínic del TDAH, 2015, p.1).

Les recomanacions i directrius d'aquest marc normatiu general inclou una part legislativa implícita i explícita, de caràcter internacional, nacional i autonòmic entorn dels drets dels infants, respecte a la seva intimitat i contemplant l'esfera privada, i sobretot el que implica la confidencialitat de les dades sanitàries, sempre i quan no es posi en risc al menor. Tot i que, aquest reconeixement pot crear sovint conflicte amb el deure i la voluntat de pares o tutors per accedir a la informació (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010).

#### **4.2. La funció del diagnòstic mèdic.**

El diagnòstic mèdic és un coneixement de caràcter científic, el qual es realitza d'acord amb l'experiència professional i de la informació recollida a través de diferents tècniques i instruments (Díaz, Gallego i León, 2006). D'entrada s'identifiquen els fets observables i per altre, els resultats de les proves neurològiques i psíquiques que es requereixin.

El diagnòstic ajuda al professional a posar nom i a conèixer allò amb el que treballarà, és a dir, amb l'objecte de la seva intervenció. Al ser tan important per a dur a terme una bona intervenció, es pot caure en l'error de tenir pressa en realitzar el diagnòstic i no recollir tota la informació necessària de les fonts corresponents. De manera que es fa un primer diagnòstic que pot acabar evolucionant en un altre de diferent. Seguint aquest procediment, el pacient pot acumular una llista de "possibles trastorns", i en conseqüència també de diagnòstics al llarg de la intervenció fins que s'acaba determinant el diagnòstic o diagnòstics finals. Al llarg d'aquest procés es troba la figura del pacient al qual està dirigida l'acció professional i els familiars d'aquest, als que els hi repercuteix tot. Com viu un pacient adult el diagnòstic d'un trastorn mental pot ser desconcertant i difícil i és un pes que recau i impacta en aquest, ja que ell té la llibertat d'escollir a qui l'hi explica o si ho vol explicar. Això en el cas dels infants i adolescents canvia, així que la repercussió del diagnòstic és també directe cap als pares, familiars o persones a càrrec, i és un aspecte que s'ha de tenir en compte i ha de ser una prioritat en els objectius de l'acció professional.

El diagnòstic mèdic és més un mitjà de la intervenció mèdica que no un fi en si mateix, indispensable per establir el tractament adequat (Díaz et al., 2006).

La premissa principal en l'elaboració del diagnòstic és la relació metge-pacient, que és la font d'on s'extreu la informació per això, tal com diu el document "*El diagnóstico médico: bases y procedimientos*", hi ha una sèrie de principis que són importants a l'hora d'establir aquest vincle professional, i que són comparables als principis del treballador social. Entre aquests principis es troba "*una buena primera impresión, buena comunicación entre el médico y el paciente utilizando todas sus vías, dedicarle el tiempo necesario, mostrar interés por el problema del paciente y nunca subvalorarlo*" (Díaz et al., 2006, p.2) així com tota una sèrie d'habilitats socials (empatia, assertivitat i escolta activa) que ajudaran a entre millor la situació de la

persona, no només com a pacient sinó contemplant una part extensa més enllà de la malaltia o trastorn.

Aquest últim aspecte esmentat, sobre la visió més global del metge cap al pacient i la seva realitat, a l'hora de realitzar el diagnòstic, és una competència compartida amb el treballador social, la qual es té més interioritzada, ja que és una professió humanista amb una perspectiva holística de la persona, amb tota la seva integritat i complexitat, sense perdre una visió global del context social en el qual es troba (Gómez i Zapata, 2000).

A més d'una bona relació metge-pacient, hi ha altres elements tècnics a l'hora de realitzar un diagnòstic com una anamnesi depurada, la qual consisteix en un interrogatori al pacient, on aquest s'expressa lliurement en relació al motiu de la consulta i símptomes, entre altres qüestions d'interès que el professional explorarà. Del 50 al 75% dels diagnòstics es fan a través de l'interrogatori (Díaz et al., 2006). Juntament amb l'anamnesi, es realitza un examen físic precís i a continuació, el professional inicia l'associació entre símptomes i signes. Aquestes serien les bases que donen suport a qualsevol raonament diagnòstic. Existeixen diferents mètodes i procediments per elaborar el diagnòstic, tots per separat són vàlids, però la combinació entre uns quants d'aquests poden reforçar-lo (Díaz et al., 2006).

#### **4.3. Diagnòstic del TDAH.**

El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) o sense, es defineix com un trastorn de caràcter neurobiològic, que s'inicia en la infància i es caracteritza per les dificultats per mantenir l'atenció, l'excés de moviment/hiperactivitat i/o impulsivitat. Aquestes dificultats repercuteixen de manera notable en dues o més àrees del nen/a, produint un deteriorament clínicament significatiu.

El TDAH és un trastorn heterogeni, és a dir, la seva etiologia és per causes diverses en diferents àrees, com biològiques, psicològiques i ambientals (Cardo et al., 2007). Per això, alhora realitzar un diagnòstic és important que ho faci un professional sanitari qualificat per fer-ho (psiquiatra de nens i adolescents, neuro-pediatra, neuròleg o pediatra) i que tingui una llarga experiència en el diagnòstic del TDAH, ja que la validesa de les deduccions i raonaments depenen de la qualitat de les observacions que es basaran en aquestes (Díaz et al., 2006).

---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

A l'hora de realitzar el diagnòstic de TDAH, seguint amb la teoria de l'apartat anterior, cal realitzar una història clínica, formada principalment per anamnesi i una exploració física.

En primer lloc, l'anamnesi es farà mitjançant entrevistes clíniques al pacient, en aquest cas al tractar-se de menors, també es comptarà amb la presència dels pares, encara també es faran entrevistes per separat. En aquestes entrevistes el professional indicat, intentarà extreure informació sobre: la història perinatal, existència d'altres trastorns psiquiàtrics (tant en el nen com en els familiars), simptomatologia (inici i característiques) i els antecedents familiars (TDAHYTU, 2015). Aquest últim punt és molt rellevant en psiquiatria, ja que hi ha una evidència científica sobre els factors genètics en el desenvolupament de trastorn mentals, i en aquesta predisposició està inclòs el TDA/H.

En segon lloc, es realitzen les exploracions físiques, les quals són imprescindibles per descartar la presència d'un altre trastorn que pugui coincidir amb els símptomes presentats pel nen (Díaz et al., 2006).

Altres aspectes a tenir en compte, són les comorbiditats, ja que molts cops el diagnòstic de TDAH està associat a altres trastorns. Aquest aspecte es fa menció en diferents articles, com el publicat en la revista Infac (2006):

*El TDAH coexiste frecuentemente con otras condiciones como trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta, trastorno de aprendizaje, ansiedad, depresión, epilepsia, presencia de tics y síndrome de la Tourette. Cuando coexisten estas condiciones, los problemas escolares y de comportamiento son más complicados de diagnosticar y más difíciles de tratar.*

(Agirrezabala et al., p.38, 2006).

Per comprovar-ho l'especialista haurà d'avaluar si el nen presenta símptomes corresponents a un altre trastorn i realitzar les proves corresponents si es sospita algun tipus de comorbiditat. Aquest és un aspecte que dificulta el diagnòstic diferencial del TDAH, a l'hora de realitzar-lo. En el cas d'haver-hi comorbiditat,

---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

s'haurà de determinar quin és el trastorn principal i prioritari per tal d'aplicar el tractament adequat (Fundació Adana, 2009).

Juntament amb les comorbiditats, estaria l'avaluació psicopedagògica, la qual es realitza un cop feta la història clínica del nen i investiga l'existència de trastorns de l'aprenentatge i s'avalua el rendiment acadèmic del nen. Per això, és adient una coordinació amb les escoles, per tal que de què pugui participar el professional docent.

Així doncs, per l'elaboració del diagnòstic de TDAH és important per una banda, que el professional de referència sigui especialista en la matèria i per altra banda, que es tingui en compte la participació dels pares i professors per tal de disposar d'evidències directes dels símptomes del nen en diferents àmbits de la seva vida, així com el moment d'inici d'aquests, el grau d'afectació funcional i la possible coexistència amb altres condicions (Agirrezabala et al., 2006). El diagnòstic ha d'adaptar a les condicions i a la situació de cada infant, d'aquesta manera es durà a terme un tractament individual, on es valorarà el tipus de proves a fer. La majoria de tècniques anomenades són les fonamentals pel seu diagnòstic, com la història clínica.

### **4.3.1. Criteris diagnòstics.**

Per un altra banda es troben, els criteris diagnòstics que serien el conjunt de símptomes que han de presentar per tal de realitzar el diagnòstic. En l'actualitat existeixen dos sistemes de classificació internacional de criteris diagnòstics dels trastorns mentals, pels quals es pot diagnosticar el TDAH. Aquestes dues classificacions agrupen les condicions i símptomes possibles que poden presentar les persones amb trastorn mental.

Una d'aquestes dues classificacions és el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, conegut amb les sigles en anglès DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publicat per l'Associació Americana de Psiquiatria (APA, en anglès). L'any 2013 es va publicar la cinquena edició i última edició d'aquest manual. Es tracta del sistema de classificació de trastorns mentals més utilitzat a escala mundial, aportant les descripcions, simptomatologia i altres criteris útils per al diagnòstic de psicopatologies. La tercera edició d'aquest manual, el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) va representar una revolució en

---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

les classificacions psiquiàtriques, “trencant amb el passat de les conceptualitzacions etiològiques teòriques i establint un sistema basat en descripcions de símptomes i criteris explícits” (Reed, Anaya i Evans, 2012, p.465).

És revisat de forma periòdica, d'acord amb les investigacions, estudis i descobertes que es van realitzant.

El Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-V, 2013), classifica el TDAH en tres subtipus:

- TDAH, amb predomini de dèficit d'atenció: El símptoma principal és la falta d'atenció. té un gran impacte a nivell acadèmic (Banaschewski, Becker, Scherag, Franke, i Coghill, 2010).
- TDAH, amb predomini hiperactiu-impulsiu: Tenen una conducta més agitada i impulsiva.
- TDAH, tipus combinat: Hi són presents els tres símptomes nuclears (impulsivitat, hiperactivitat i falta d'atenció).

L'altre sistema de classificació és la establerta per la Organització Mundial de la Salut (OMS), *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE, 1992), en anglès les sigles són ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). La OMS publica actualitzacions de caràcter menor cada any i actualitzacions més importants cada tres anys, la pròxima revisió i publicació del manual serà al 2018. En aquesta classificació les malalties són agrupades per categories i reben cadascuna un codi (Reed et al. 2012). En el CIE-10 es refereix al TDAH com a Trastorn Hiperkinètic, i estableix quatre categories diagnòstiques més:

- Trastorn de la activitat i de la atenció
- Trastorn hiperkinètic disocial; en aquest cas el trastorn va acompanyat amb un trastorn de la conducta.
- Altres trastorns hiperkinètics.
- Trastorn hiperkinètic sense especificar.

La presentació clínica del TDAH se centra en tres símptomes nuclears: hiperactivitat, falta d'atenció i impulsivitat. Aquests símptomes es manifesten en major o menor grau segons els subtipus del trastorn.

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

Aquest últim subtipus és el més freqüent i té un impacte en el rendiment global del nen (Banaschewski et al., 2010). La simptomatologia afecta de manera directa al dia a dia del nen, en l'àrea social-relacional, emocional i acadèmica.

Els criteris diagnòstics dels dos manuals són totalment vàlids i són els que els recomanen a l'hora de realitzar el diagnòstic. Tot i que coincideixen en molts aspectes també difereixen en alguns altres. Veieu en la següent taula<sup>3</sup>:

<b>Coincidències del DSM-V i CIE-10.</b>	<b>Aspectes diferents que considera el DSM-V</b>	<b>Aspectes diferents que considera el CIE-10</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tenen 18 símptomes descrits.</li> <li>-Els símptomes han d'estar presents durant almenys 6 mesos.</li> <li>-Cal que els símptomes es afectin a diferents àmbits de la vida del nen o adolescent.</li> <li>-Consideren que ha d'haver-hi un deteriorament funcional.</li> <li>-La simptomatologia no pot ser explicada per un altre trastorn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Els símptomes tenen que presentar-se abans del 12 anys.</li> <li>-No tenen per que donar-se els 3 símptomes principals a l'hora.</li> <li>-El TDAH pot coexistir amb alteracions de l'ansietat i/o estats d'ànim, com a comorbiditat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Els símptomes tenen que estar presents abans dels 7 anys.</li> <li>-Tenen que estar presents els 3 símptomes en el pacient.</li> <li>-La presència d'ansietat o alteracions de l'estat d'ànim són criteris d'exclusió diagnòstica del trastorn hiperactiu.</li> </ul>

Taula 2. Comparació criteris diagnòstics DSM-V i CIE-10.

Tenint en compte les diferències, els criteris diagnòstics donats pel CIE-10 són més restrictius que els criteris diagnòstics del DSM-V per al TDAH.

Segons el tipus de criteri utilitzat per la realització del diagnòstic i el subtipus de trastorn establert, les característiques d'un nen respecte a la simptomatologia seran diferents d'un altre nen diagnosticat de TDAH, ja que símptomes similars poden venir derivats de causes diferents, per això el tractament que requerirà cada nen serà diferent (Mas, 2009). De la mateixa manera, que a intervenció donada pels diferents professionals de cada cas, la qual haurà de ser individualitzada.

<sup>3</sup> Informació obtinguda a través de la "Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes" (2010).



#### **4.4. El Tractament multimodal.**

El tractament recomanat a seguir del TDAH hauria de ser individualitzat, i a la vegada tenint en compte la importància de la família i de l'entorn del nen/adolescent.

El tractament multimodal o també conegut com a tractament combinat, està format per tres enfocaments de diferents disciplines, la qual cosa implica una estreta relació entre diferents professionals (metges, psicòlegs, i professors), juntament amb els familiars (Loro-López et al., 2009). Aquests tres enfocaments serien: el tractament farmacològic, el tractament cognitiu-conductual (TCC), i el tractament psicopedagògic.

Té per objectiu disminuir els símptomes nuclears a la vegada que l'impacte negatiu en l'entorn de l'individu (entorn familiar, escolar i social), i en el control dels trastorns associats (Loro-López, 2009), si es dóna el cas.

La idea és que el tractament s'ha de fer a través de la interacció del nen, els pares i l'escola, on es potenciï i s'estimuli de manera adequada a l'individu, juntament amb l'ajuda de la medicació adequada si és necessari. Engloba tres tractaments (farmacològic, psicològic i psicopedagògic) en un de sol (multimodal), en benefici del pacient, de la seva família i del seu entorn, on incidirà en aspectes com: la conducta, l'aprenentatge, rendiment acadèmic, relacions socials i familiars, habilitats socials, en general, un estat de salut integral.

Les diferents guies de pràctica clínica de TDAH i protocols (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015), igual que estudis (Presentación, Pinto, Meliá i Miranda, 2009; MTA Cooperative Group, 1999; entre altres) i articles científics esmentats al llarg del document, esmenten i molts recomanen el tractament multimodal, integrant les diferents dimensions de tractament que té aquest.

La GPC *sobre el TDAH en niños y adolescentes*, esmenta que en “*niños y adolescentes con TDAH moderado o grave, se recomienda el tratamiento combinado, que incluye el tratamiento psicológico conductual, el farmacológico y la intervención psicopedagógica en la escuela*” (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010, p.159). Igual que el conegut estudi de MTA Cooperative Group (1999) que a través de l'estudi de quatre grups amb diferents tipus de tractaments (tractament farmacològic, tractament psicosocial, tractament combinat i tractament

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

habitual en la comunitat), va mostrar que un tractament farmacològic adequat i estandarditzat redueix de forma significativa la simptomatologia nuclear del TDAH, que un tractament únicament psicoterapèutic o psicosocial. Però el grup de nens amb l'aplicació d'un tractament combinat (farmacològic i psicològic), es van obtenir millors resultats en el grup que només va rebre tractament farmacològic. L'avaluació que van fer els pares i el professorat que participava en l'estudi era positiva sobre la millora del nen.

L'estudi de MTA Cooperative Group(1999) determina una evidència científica d'una millora en la simptomatologia i en altres aspectes com l'autoestima, conducta social, la comorbiditat i el rendiment acadèmic, amb la utilització d'un tractament combinat, amb el que a més, la dosi de medicació es redueix.

Davant d'aquestes evidències, l'aplicació del tractament combinat es mostra com una opció terapèutica eficaç per a nens i adolescents diagnosticats de TDAH.

En el cas de les comorbiditats, Agirrezabala et al. (2006) destaca que el TDAH amb trastorns associats, com un trastorn oposicionista i de conducta, el tractament combinat és més eficaç, i que proporciona un major grau de sentiment de satisfacció en pares i professors. És necessària una intervenció específica per tractar les comorbiditats, donant rellevància a l'eix psicopedagògic del tractament multimodal, ja que molts dels pacients tenen discapacitats específiques de l'aprenentatge (Loro-López et al., 2009).

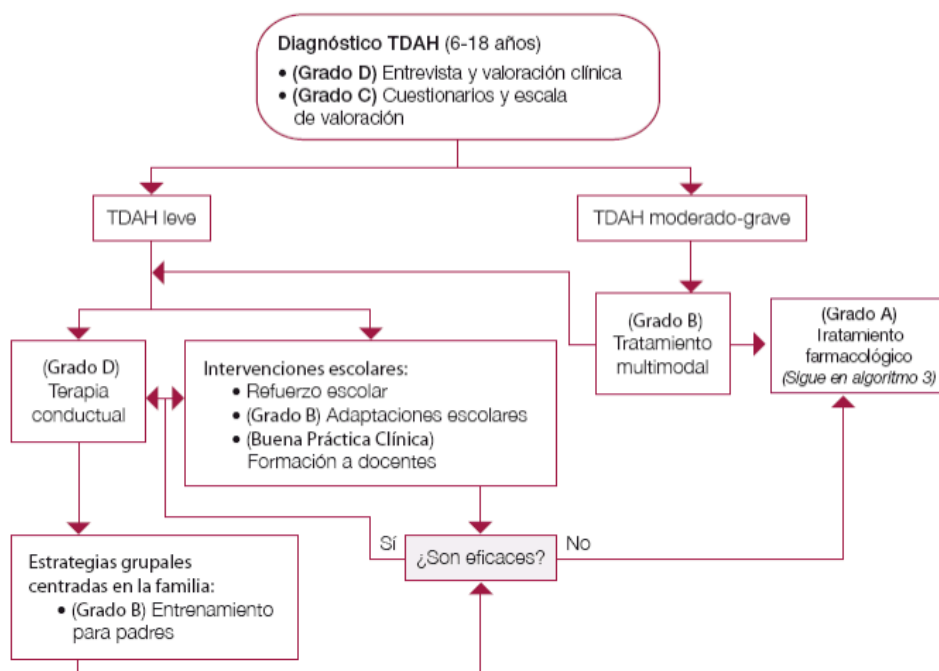
Un altra àrea d'interès en relació al tractament del TDAH són els efectes secundaris, i amb l'aplicació d'un tractament combinat es poden reduir els riscos dels efectes secundaris de la medicació, ja que els efectes secundaris del tractament combinat serien els equivalents al tractament farmacològic únic però amb menors dosis de la medicació (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010).

Com s'ha esmentat a l'inici d'aquest apartat, el tractament utilitzat ha de ser individualitzat, la qual cosa significa que s'ha d'adaptar a les característiques de l'individu. A partir del diagnòstic i en funció de la tipologia de TDAH, la intensitat dels símptomes, les dificultats que presenti al seu dia a dia, el context sociofamiliar i/o existència de trastorns associats el tipus de tractament a seguir serà el que li pugui ajudar a millorar la seva qualitat de vida.

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:**  
**El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

El quadre que apareix a continuació, correspon a la “Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes” de l’any 2010, i explica de manera esquemàtica el circuit que pot seguir un nen o adolescent amb TDAH a l’hora de tractar-lo, el criteri anirà segons el subtipus que tingui diagnosticat i la resposta davant els diferents tractaments que es troben dins el tractament multimodal, fins ara explicat.

## Algoritmo 2. Tratamiento del TDAH en niños y adolescentes



Font: Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, (2010).

L’algoritme que presenta el quadre també és el que recomana seguir el protocol de la Generalitat de Catalunya (2015), en els casos que calgui fer intervenció farmacològica.

A continuació s’explica breument les nocions bàsiques de cada un dels eixos del tractament multimodal (les quals també s’utilitzen per separat, tot i que l’ideal seria la combinació dels tres).

#### **4.4.1. Tractament cognitiu-conductual.**

Segons el protocol de la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut (2015) i la *Guía de Práctica Clínica* (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010), recomanen la teràpia cognitiva-conductual com a tractament inicial en els casos que els símptomes són lleus, l'impacte del TDAH és mínim, el diagnòstic és incert, hi ha discrepància sobre la freqüència i intensitat dels símptomes, i els pares rebutgen l'ús de tractament farmacològic. El tractament s'ha d'implementar en el nen i en el seu entorn familiar. Es recomana l'aplicació d'un programa d'entrenament conductual per a pares, amb fills diagnosticats de TDAH, amb comorbiditat o sense (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, 2015).

En la teràpia cognitiva-conductual s'ajunten dues perspectives; Per una banda, el grup de treball de la GPC del TDAH (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010) explica en la seva guia que la teràpia conductual es basa en:

*Un análisis funcional de la conducta en la que se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea cambiar, se lleva a cabo la observación y registro de éstas, se analizan las contingencias existentes, se construye un nuevo sistema de contingencias acorde con los objetivos propuestos, se planifica un programa de reforzamientos y se evalúa el programa durante el tratamiento. (p.81)*

Així doncs, la teràpia de conducta treballa amb la hipòtesi que el comportament es pot modificar treballant directament sobre aquest mitjançant associacions adequades.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Per un altra banda, en l'article científic de Loro-López et al. (2009) s'explica l'objecte d'estudi en què es centren els mètodes cognitius:

*Los métodos cognitivos centran la atención en trabajar con los procesos cognitivos y los procesos mentales que regulan la conducta para ayudar al niño a ser autónomo e incrementar su autocontrol. En esta área es esencial el papel del lenguaje interno para regular la propia conducta (...) (p.261).*

En aquest tipus de tractament s'inclouen tècniques operants com: autoinstruccions, tècniques d'autocontrol, tècniques d'inhibició de resposta, tècniques de resolució de problemes, presa de decisions, d'anàlisi i definició de problemes (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010; Loro-López et al., 2009). Per a dur a terme aquestes tècniques s'inclouen mecanismes com el reforç positiu (per a conductes que es volen que augmentin o es repeteixin), o el temps fora (*time-out*), per tal d'aïllar males conductes, entre d'altres. També és important l'entrenament i l'aprenentatge d'habilitats socials en nens i adolescents amb TDAH, ja que poden presentar problemes relacionals tant amb la família com amb el grup d'iguals a causa dels símptomes nuclears del trastorn.

És important la teràpia cognitiva-conductual, per complementar el tractament farmacològic, ja que hi ha evidència científica dels seus beneficis, esmentats en la GPC *sobre el TDAH en niños y adolescentes* (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010), citant la Guia NICE (2009):

*Aunque hay evidencia científica de la superioridad de la intervención farmacológica respecto a la psicológica, cuando se compara la medicación estimulante con una intervención psicológica compleja (como la ofrecida en el estudio MTA) los beneficios de la medicación respecto al tratamiento psicológico son débiles (p.159)*

Respecte a la intervenció conductual amb els pares, es pretén establir unes pautes per tal de treballar la relació paterno-filial, mitjançant la comunicació i l'atenció del desenvolupament del nen, ensenyant les tècniques esmentades anteriorment per tal que les famílies també les puguin aplicar.

#### **4.4.2. Tractament farmacològic.**

Dintre del tractament multimodal, el tractament farmacològic és un dels pilars fonamentals d'aquest (Fundación CADAH, 2012). Ha d'estar iniciat per un metge especialista en TDAH (normalment referent del pacient), el qual serà qui farà el seguiment corresponent, controlant les dosis amb revisions periòdiques i valorant el procés global i l'adaptació del nen/adolescent a la medicació.

Actualment existeixen diferents tipus de medicaments disponibles per als nens i adolescents diagnosticats de TDAH, els quals estan agrupats en dues tipologies segons la seva funció: estimulants i no estimulants. En cada una d'aquestes hi ha un medicament principal que s'utilitza per a tractar el TDA/H. Per la primera categoria (estimulants) estaria el Metilfenidato i en la segona categoria (no estimulants), es trobaria medicaments com la Atomoxetina. També hi ha altres categories de medicaments, en els que casos que siguin indicats si escau la necessitat, que serien els antidepressius tricíclics, els agents adrenèrgics i els agents dopaminèrgics.

La GPC *sobre el TDAH en niños y adolescentes* (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010) respecte al tractament farmacològic (citant Guia NICE [2009]), diu que *"El metilfenidato y la atomoxetina son los fármacos recomendados en la actualidad para tratar el TDAH en niños y adolescentes por su eficacia y seguridad a las dosis recomendadas"* (p.122).

La funció dels fàrmacs estimulants és augmentar els nivells de dopamina al cervell, mentre que els no estimulats augmenten els nivells de noradrenalina.

És imprescindible saber que la medicació és segura, igual que és important conèixer possibles els efectes secundaris, que siguin pocs i lleus. Per això cal que conèixer les característiques de cada cas, seguint el criteri mèdic del metge referent (psiquiatre/a), i sobretot, comptant amb l'aprovació dels pares. Sempre s'ha de realitzar un estudi mèdic previ a l'administració de la medicació (Fundación CADAH, 2012).

S'han de tenir en compte els efectes secundaris dels fàrmacs. En el cas del metilfenidato els efectes secundaris més freqüents són la disminució de l'apetit, i conseqüentment, pèrdua de pes, insomni i mal de cap, mentre que són menys freqüents els tics, labilitat o la irritabilitat emocional (Loro-López et al., 2009).

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Tal com afirma Mas (2009), els efectes i els objectius de l'ús dels fàrmacs no és "curar" el TDAH, sinó que la seva utilització es fa a partir de la realització d'un diagnòstic contrastat i una bona resposta del nen al fàrmac que se li estigui administrant, la qual cosa ajuda a treballar amb ell en diferents terrenys, obtenint resultats de forma més ràpida, amb més qualitat i estabilitat.

#### **4.4.3. Tractament psicopedagògic.**

Aquest tercer eix del tractament multimodal contempla l'esfera educativa. Tradicionalment no se li ha donat tanta rellevància, ja que per separat (sense el complement dels altres dos eixos) és ineficaç, però és totalment imprescindible per al desenvolupament integral de l'infant o adolescent amb TDAH (Mas, 2009).

La intervenció psicopedagògica representa un conjunt de pràctiques institucionals enfocades a l'aprenentatge, sigui com a prevenció i/o tractament, procurant comprendre els processos d'ensenyament, tant en un context escolar com extraescolar, intervenint de manera eficaç en la millora continua de l'estudiant per abordar les dificultats que troba, causades en aquest cas pel TDAH.

Com s'ha vist, el TDAH no només afecta conductualment, sinó també a nivell cognitiu, per tant, cal ajudar a l'individu a compensar aquestes dificultats a través de diferents habilitats amb un suport de diferents figures educatives. Aquest ensenyament és el que s'entén com a tractament pedagògic (TDAHYTU, 2015).

Pel que fa a les figures educatives, es trobarien els mestres, tutors i els professionals educatius. Però amb els nens, i sobretot adolescents, amb TDAH es recomana la figura del reeducador psicopedagògic, el qual segons la GPC (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010) proporciona un reforç escolar de caràcter individual que es pot portar a terme durant o després de l'horari escolar i que té com a objectiu disminuir les interferències dels símptomes nuclears, en relació a les competències acadèmiques. Altres autors com Rodés, Piqué i Trilla (2007) també troben adequada el paper d'aquest agent educatiu, al ser extern a la família, ja que a vegades en aquesta tasca de l'estudi pot crear conflictes entre pares i fills, ocasionant elevats nivells d'estres i irritabilitat en l'ambient familiar. Per això remarquen la importància d'aquesta figura externa de l'entorn familiar, ja que ajuda a evitar conflictes.

---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

L'eix d'intervenció s'aplica tant a l'escola com a casa, així que per una banda les escoles hauran d'aplicar les de guies i protocols educatius recomanats en relació a l'alumnat amb TDAH com per exemple, la Guia feta pel Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya (2013), de la mateixa manera que una formació específica als professors, tenint en compte la ràtio d'alumnes amb TDAH a les aules, donant un tracte acadèmic específic, amb l'ensenyament d'habilitats i tècniques d'estudi, per tal que puguin estar amb un nivell de possibilitats igualitari que la resta de l'alumnat. Una de les recomanacions de la GPC sobre aquest aspecte educatiu és: *“Cuando el TDAH tiene un impacto significativo en la competencia académica del niño o del adolescente, las escuelas deberían llevar a cabo adaptaciones para ayudarles en el aula”* (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010, p.99).

Per un altra banda, la formació de pares d'habilitats socials i tècniques per tal de controlar les conductes perturbadores dels seus fills i potenciar les conductes més adequades. Per dur a terme aquesta pràctica de contenció, també s'utilitzen tècniques del tractament cognitiu-conductual com: reforç positiu, l'extinció, ús de temps fóra, economia de fitxes i el cost de la resposta. La formació en aquestes tècniques als pares es pot aplicar de manera individual, com en les entrevistes amb els professionals dels Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) o altres centres especialitzats o de manera grupal (grups de pares), en aquest cas, l'aplicació grupal ofereix una sèrie d'avantatges com: menor cost econòmic, ajuda als pares a relativitzar o ubicar els problemes del seu fill en contraposar-los amb els d'altres famílies, fet que aporta una ajuda mútua als pares que assisteixen a les sessions, compartint les vivències i les dificultats dels uns i els altres (Fundació Adana, 2009).



#### **4.4.4. Altres tractaments.**

A més del tractament farmacològic clàssic, i el tractament multimodal des de tres perspectives; existeixen altres tractaments per a disminuir la simptomatologia del TDAH?

La GPC *sobre el TDAH en niños y adolescentes* (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010) esmentada al llarg del treball, té un apartat sobre teràpies alternatives i complementaries, en la que fa esment de la medicina alternativa com a l'ús de teràpies diferents de les estàndard, és a dir, a les establertes pel sistema de salut convencional en el moment actual. Tot i així, la medicina alternativa es pot entendre com a medicina complementaria, en el moment que s'utilitzen tractaments alternatius juntament amb el tractament estàndard.

De la mateixa manera que hi ha hagut avenços en diferents camps, la medicina i les teràpies alternatives també han fet noves recerques i han tingut un creixement exponencial.

*“Algunas de las terapias alternativas para el TDAH en niños y adolescentes incluyen: tratamientos dietéticos, tratamientos de optometría, homeopatía, medicina herbaria, estimulación auditiva (método Tomatis) y biofeedback por encefalograma (EEG-biofeedback, neurofeedbacko neuroterapia), psicomotricidad y osteopatía.”* (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010, p.167)

També s'esmenten aquests i d'altres diferents en el document de Castells (2013): “Ni descartar altres tractaments que també tenen el seu predicament, com ara l'homeopatia i la fitoteràpia, l'aromateràpia, el neurofeedback o la bioretroalimentació, els programes d'entrenament cognitiu per ordinador, la teràpia assistida amb animals de companyia, etc.” (Castells, 2013, p.148).

La falta d'evidències científiques d'aquests tractaments alternatius (o complementaris), a causa de l'escassetat d'estudis per donar suport a la seva eficàcia i benefici en el tractament del TDAH en nens i adolescents, fa que no sigui recomanat per la Guia, la qual fa aquesta afirmació en el document citant a les principals Guies de referència en salut com la NICE (2009) i la AP (2001), les quals tampoc fan recomanacions ja que no troben evidències científiques considerables per acceptar-les.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

En la dimensió del TDAH, molts cops aquests tractaments són buscats com a alternatives per a pares que no volen medicar amb pastilles als seus fills o davant la pressió social i el gran ventall d'opcions, poden sucumbir a tractaments alternatius, dels quals no hi ha un consens sobre la utilització d'aquest (Soutullo i Díez, 2007), ja que com s'ha esmentat, no s'ha acabat de demostrar la seva eficàcia ni seguretat, tot així, es poden trobar recomanats per una minoria que sí que defensa uns beneficis i el seu ús.

Un article que parla sobre l'aplicació d'aquests tractaments i teràpies, des de la perspectiva de la medicina naturalista, és de l'autor Juan José Gálvez (2010), on esmenta els estudis i els beneficis extrets dels resultats d'aquest, i extraient com a conclusió:

*Un buen diagnostico, dieta natural libre de colorantes y conservantes, ejercicio, contacto con la naturaleza, apoyo psicoeducativo y psicológico a nivel individual, familiar y escolar, uso de homeopatía y fitoterapia y en último lugar si fuera necesario uso de la medicación. (p. 13)*

Un estudi recent sobre els efectes d'un programa d'activitat física sobre la composició corporal en un grup reduït d'alumnes amb TDAH, de López, López i Díaz (2015), classifica i valora els programes esportius més beneficiosos per aquests.

La intervenció no només se centra a disminuir els símptomes nuclears del TDAH, sinó que també se centra en l'àrea de la composició corporal, la qual s'ha vist que els nens amb TDAH solen presentar problemes (nivells baixos de teixit magre) (López et al., 2015). Tot i que els resultats mostren efectes positius dels programes en les condicions físiques dels alumnes, els autors clarifiquen que no han estat suficients estadísticament, per la qual cosa caldrà fer més investigacions i aprofundir en el tema, igual que es recomana dur a terme altres programes d'activitat física indicats per a nens amb TDAH.

Els dos documents esmentats sobre teràpies alternatives, destaquen la rellevància d'utilitzar un tractament multimodal sempre que sigui possible, la imprescindible intervenció interdisciplinària (inclòs pares i escola), i la realització d'un diagnòstic apropiat.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

A banda de la tipologia de tractaments que s'utilitzi, cal establir una sèrie de normes i límits, igual que sigui unes pautes rutinàries del dia a dia (aplicables a tots els infants i adolescents, independentment de ser diagnosticats d'un trastorn): horaris de son, de menjar, activitats lúdiques, pràctiques esportives, etc. Aquests hàbits milloren notablement la vida dels nois i noies amb TDAH i que poden ser aplicables tant a l'àmbit particular de cada família com a les escoles (Castells, 2013).

Els professionals de la salut deuen preguntar a les famílies si utilitzen o han utilitzat teràpies alternatives i complementàries, abans d'intervenir amb un altre tipus de tractament (sobretot si és farmacològic), per tal d'identificar possibles riscos o efectes secundaris en el pacient menor (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010).

#### **4.5. Crítiques al diagnòstic del TDAH.**

El TDAH ha despertat un gran interès social en la darrera dècada per diferents motius, com l'alta prevalença, les implicacions negatives i l'afectació a l'àmbit familiar i escolar, i a la freqüent comorbiditat amb altres psicopatologies (Brown, 2003), com són els trastorns de conducta, l'ansietat o problemes d'aprenentatge (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, 2015).

El trastorn de la hiperactivitat ja és un tòpic en crítiques i investigacions científiques, les quals enfronten diferents disciplines segons en la perspectiva que s'apliqui, dividint opinions entre psiquiatres, treballadors socials, professionals de la salut mental i de l'educació (Taylor, 2011). Les controvèrsies que venen des de fa anys es situen en dos pols oposats sobre l'etiologia i el concepte de TDAH : una més neurobiològica i l'altre de caràcter més psicosocial (Taylor, 2011). Les dues opinions tenen les seves bases i estan recollides en guies pràctiques.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

El grup de treball encarregat de la redacció de la Guia de pràctica clínica del TDAH (2010) així ho indica:

*El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico de inicio en la edad infantil y cuyos síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta. Es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia y representa uno de los motivos más frecuentes de consulta debido a las enormes consecuencias en los diferentes aspectos de la vida del paciente. Las repercusiones potenciales que tiene sobre el desarrollo personal y familiar de la persona afectada hacen que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años. (p.7)*

Com ja s'ha esmentat, un dels aspectes més polèmics que envolta al TDAH és l'augment de casos diagnosticats. L'alta prevalença del trastorn arreu del món ha cridat l'atenció de diferents professionals i s'ha parlat d'un possible sobrediagnòstic (Mas, 2009; Domínguez i García, 2012; Agirrezabala, 2013).

Primer de tot, cal definir el concepte de sobrediagnòstic i l'impacte que pot produir a diferents nivells, ja que s'ha esmentat en diferents articles i s'ha donat molt de ressò en els mitjans de comunicació; El sobrediagnòstic es pot definir com el fet de realitzar un diagnòstic d'una malaltia (en el cas del TDAH, una psicopatologia), la qual no provocarà una simptomatologia suficientment greu per al pacient (Domínguez i García, 2012). Es tracta d'una problemàtica greu, tant pel sistema sanitari com per al pacient, ja que implica, respectivament, grans despeses (cost del tractament, realització d'un sistema de revisions i proves), i converteix a persones sanes en "malalts" provocant una càrrega emocional en aquests amb l'etiqueta de "malalt mental", amb "l'estigma" que provoca encara avui en dia (Domínguez i García, 2012), juntament amb el possible inici a un tractament farmacològic sense necessitat, la qual cosa suposa un risc per la seva salut.

En el cas específic del TDAH, Valverde (2013) assenyala l'impacte del diagnòstic que pot provocar en el nen (o adolescent), el fet de dir-li que té un problema de salut mental. El missatge subliminal que se li dona a un nen que se li diu que "té un TDAH", és que la seva conducta és inadequada en certes situacions, i que és diferent respecte a altres casos, ja que aquest cop se li està orientant amb un

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

diagnòstic mèdic i no només com un problema de conducta puntual. Això pot arribar a provocar efectes negatius en l'autoestima, autoimatge i en la conducta del nen (Valverde, 2013). I aquest impacte segueix amb la medicació: *“Cuando más adelante se porte bien, o haga algo bueno, se deberá al fármaco que toma y tampoco será merito suyo. Esto puede tener gran impacto en el proceso de responsabilizar al menor, a sus profesores y a sus padres en los procesos educativos”* (Valverde, 2013, p.11), ja que hauran d'estar a l'espera de l'efecte del fàrmac. Per això Valverde remarca la importància de considerar el fet que el nen està creixent i que el seu comportament no serà el mateix en les diferents etapes vitals, sobretot entrant en l'adolescència. Aquesta perspectiva evolutiva, la tenen ben present els psicòlegs especialitzats en infància, psicopedagogs i mestres (Valverde, 2013), així que és important per part dels pares no precipitar-se i afanyar-se a l'hora de donar medicació al nen, i tenir en compte l'opinió de diferents professionals i la informació necessària per valorar i decidir el que cregui adequat.

A partir de la contextualització i aprofundiment sobre el concepte del sobrediagnòstic, es continua amb l'argumentació de diferents autors sobre les causes de la prevalença de casos de TDAH diagnosticats en els darrers anys.

Per una banda, aquest augment de casos diagnosticat es pot explicar per diferents factors, com pot ser un major coneixement del TDAH per part dels professionals que l'atenen, la qual cosa fa que es diagnostiqui de manera més eficaç i precoç, una millora entre la coordinació entre els professionals sanitaris implicats, també un major coneixement de la psicopatologia dels nens per part dels pares i familiars, o pel contrari una mala praxi a l'hora d'utilitzar les tècniques i instruments diagnòstics (Domínguez i García, 2012). Per una altra banda, també cal destacar altres aspectes relacionats més amb la metodologia com la variació històrica dels criteris diagnòstics, Agirrezabala et al. (2013) consideren que la prevalença del TDAH anirà cap a l'alça a partir de la modificació dels criteris diagnòstics del DSM-V (APA,2013), a causa de l'increment del marge d'edat per a poder diagnosticar.

Altres aspectes com la diversitat dels instruments i punts de tall utilitzats en els diferents estudis, l'entorn demogràfic i clínic que del que s'extreuen les mostres dels estudis, les diferents referències socioculturals de cada entorn, i també, per l'existència de peculiars factors de risc neuro-biològics (predisposició genètica) i psicosocials en els diferents col·lectius (Narbona 2001). També s'han de tenir en

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

compte altres factors com els interessos de la indústria farmacològica, la influència d'aquesta en la promoció que donen als fàrmacs estimulants que és el tractament més habitual en TDAH (Valverde,2013; Anseán, 2013; Agirrezabala et al., 2013). D'altres més relacionats amb canvis més psicosocials de la societat com la influència de les variacions de les relacions entre pares i fills, models familiars, canvi en els estils de vida i les exigències escolars actual en les societats industrialitzades, poden repercutir en l'expansió del diagnòstic (Valverde, 2013).

Sobre la prevalença en el territori Català, segons el Protocol per al maneig del Trastorn del dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) infanto juvenil en el sistema sanitari català (Generalitat de Catalunya, 2015), els casos de TDAH tractats en els Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) al 2008 era un 14,84% dels pacients atesos i a l'any 2013 va ser d'un 23,46%. Les dades estadístiques a altres parts del món com Estats Units també són d'una alta prevalença, on la xifra de casos ha augmentat un 22%, la qual correspon a 1 de cada 10 nens entre 4 i 17 anys (García i Domínguez, 2012). Cal esmentar que les dades aportades pels estudis realitzats en els EE.UU aniran cap a l'alça respecte a estudis d'altres països, sobretot si estan relacionats amb el nombre de nens medicats amb diagnòstic de TDAH, a causa de la privatització del sistema sanitari i controlat per les empreses d'assegurances mèdiques (Narbona, 2001).

Aquest Protocol Català, s'ha esmentat anteriorment a l'inici del treball en l'apartat de marc normatiu i legal, en el qual també s'esmenta l'existència d'un document paral·lel en què crítica el protocol i es fa una denúncia d'aquest, ja que els autors d'aquest no estan d'acord en diferents aspectes, com en el fet que “es facin servir els principis d'equitat, efectivitat i eficiència per a justificar polítiques a favor de disminuir la variabilitat clínica (...)” (Per a un consens clínic del TDAH, 2015, p.1), i també estan en desacord que el Protocol estigui des de la perspectiva de la pràctica clínica d'un sol model: el biomèdic-cognitiu-conductual. També fan paral·lelismes amb la política assenyalant que si es reduís a “una sola opció política o partit polític la variabilitat política existent, allò que obtindríem seria un retorn a l'autoritarisme (Per a un consens clínic del TDAH, 2015, p.2). L'equip de professionals encarregats d'aquest document consideren que el Protocol en qüestió ha sigut resultat de la biopolítica. Estan totalment en desacord que el Protocol no hagi tingut en compte altres pràctiques i teories, i que consideren que s'està “psiquiatritzant” problemes d'adaptació a la situació econòmica i social, dificultats d'aprenentatge i comportament (igual que ens diu Andoni Anseán [2013]) la qual cosa té com a resultat “pal·liar les

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

conseqüències sense tractar-ne les causes” (Per a un consens clínic del TDAH, 2015, p.6).

Al finalitzar l'escrit fan la següent proposta:

Que el Pla Director de Salut Mental retiri el Protocol i elabori una Guia clínicament consensuada, no tan sols amb la patronal i/o representants dels grans proveïdors privats sinó amb tots els representants dels centres de salut mental infanto-juvenil de Catalunya, i en coordinació amb el Departament d'Ensenyament y el Departament de Benestar Social i Família. (p.8).

Aquest Protocol de la Generalitat de Catalunya (2015) ha creat un gran revol i també ha estat esmentat en altres articles com el de Carles Alós i Coral Ruiz (2013), titulat “*Las otras verdades del TDAH*” en el que es fa una crítica aportant dades dels diferents elements qüestionats que giren al voltant del TDAH, mostrant alternatives existents, tal com diu el títol donant a conèixer la cara més del TDAH, amb fragments tant contundents com aquest:

*Seamos claros: investigar cuesta mucho dinero, y no está al alcance de todos. Cualquier terapia no farmacológica, por más efectiva que sea, puede tardar décadas en ser demostrada, simplemente por falta de recursos. A nadie le interesa invertir en investigación si luego no va a obtener una patente rentable. Así las cosas, vemos que la mayor parte de investigaciones están financiadas por la industria farmacéutica, que decide qué y quién ha de investigar a su conveniencia.* (p.10)

En aquest article també es fa crítica sobre el model biologista del que parteix el Protocol i sobre el tractament farmacològic, fent referència als conflicte d'interessos que han tingut els autors del document amb laboratoris farmacològics (Alós i Ruiz, 2013).

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Agafant la idea de la psiquiatrització dels problemes de la vida que s'ha fet referència anteriorment; El TDAH és considerat com un exemple de psiquiatrització (Anseán, 2013). Però, en que consisteix el terme de psiquiatritzar? Anseán (2013) en el seu article "*Psiquiatritzación de la vida cotidiana*" fa una crítica i argumentació sobre la psiquiatria, amb la que abona el terreny per parlar posteriorment de psiquiatrització, i el *disease mongering*. El fragment és el següent:

*La Psiquiatría es la especialidad perfecta para medicalizar la vida. Sin marcadores biológicos que determinen los diagnósticos (...)y consensuan trastornos que aparecen y desaparecen según lo que se convenga en cada momento, y con una potente artillería farmacológica que aborda multitud de fenómenos psíquicos, la Psiquiatría abarca innumerables posibilidades de aplicación a cuestiones no patológicas de la vida diaria. (p.223)*

Així doncs, el terme de psiquiatrització s'entén com el fet de convertir i abordar els problemes, tant físics com mentals, que no corresponen a cap patologia com si ho fossin, ampliant l'àmbit d'actuació de la Medicina en la vida de les persones (Anseán, 2013). D'aquesta manera es medicalitzen les etapes i els processos vitals (com seria l'etapa de la infància i l'adolescència, en el cas del TDAH), les formes de vida, i les característiques personals.

En un recent estudi sobre la població infanto-juvenil catalana es considera que "existeix un excés en la de medicalització dels menors, sobretot en els casos de TDAH" (Quiroga i Guasch, 2014, p.49), el qual estaria relacionat en una mala praxi, i apunten la necessitat de fer una, exploració profunda de cada cas i oferir altres tractaments que no requereixin la utilització de fàrmacs com el tractament psicològic.

Reprenent el tema de la prevalença, hi ha autors que relacionen aquest augment de casos com a conseqüència directa d'un sobrediagnòstic. Aquest concepte té suport d'un gran nombre d'autors, un d'aquests és el Psicòleg Clínic Carlos Mas (2009), que afegeix el concepte dels "*prediagnósticos*". Segons l'autor "*de cada cien nuevos casos que en el momento actual se reciben en la unidad de atención a niños y adolescentes de un servicio público de salud mental, entre 20 y 30 vienen señalados como presuntos afectados por un TDAH*" (Mas, 2009, p.253), els quals han estat



---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

diagnosticats de TDAH o possible TDAH prèviament per un altre servei primari, i després han estat derivats a un altre de més especialitzat o a un dispositiu comunitari per tal que continuï la intervenció terapèutica. I un cop arriben al servei derivat a vegades es pot crear aquest problema, ja que pot ser que *“los resultados de la evaluación que se realiza en la unidad no coinciden con el diagnóstico previo establecido”* (Mas, 2009, p.253), i a més a més, *“los padres perciben diferencias significativas en cuanto a la inversión profesional realizada en términos de tiempo, valoración y explicación comprensiva de la situación”* (Mas, 2009, p.253). Aquesta mala praxi, tant de diagnòstic, de coordinació entre serveis/recursos com de treball en xarxa, pot venir donada per una falta de coneixement sobre la matèria, és a dir, que el diagnòstic no l'hagi realitzat un metge especialista en TDAH, o que sigui per un afany de pressa i de pressió per part dels pares al professional, ja que sovint darrere d'aquest primer TDAH diagnosticat, amb la corresponent valoració i estudi de la situació del nen/adolescent, es poden trobar altres trastorns que expliquen millor la presentació clínica del subjecte. Mas (2009) ho explica així en el seu article:

*Nos encontramos con un amplio abanico de alteraciones o comportamiento s inadaptados (...) trastornos específicos del aprendizaje, dispedagogías, bajas tolerancias a la frustración parentales, progenitores agotados por interminables jornadas de trabajo, niños muy solos que reclaman su salario mínimo de contacto afectivo con sus padres aunque sea a través del conflicto escolar, niños que ejercen de niños, o simplemente problemas de mala crianza y mala educación en algunos de ellos. Convertir cualquiera de estos problemas en uno de carácter sanitario tiende a aliviar de manera significativa, aunque sea momentánea, a cierto sector de padres y educadores. (p.253)*

El “prediagnòstic” no sempre és donat per un professional sanitari, la derivació també pot ser donada des d'un òrgan amb què el nen interactua, és a dir, pot venir d'un dels contextos de la seva vida (escola, família, amics, activitats extraescolars... etc), de manera formal o informal. Avui en dia el TDAH està en boca de tothom i hi ha gent que pot caure en l'error de fer-se “expert” en el trastorn. Des de professors als mateixos pares o pares d'altres nens, familiars o coneguts mitjanament informats, o amb determinada experiència en primera persona o propera (Mas, 2009). D'aquesta manera s'ha anat popularitzant aquest trastorn, el diagnòstic del qual s'ha mediatitzat

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

i generalitzant, aportant una falsa tranquil·litat a pares i professionals, per haver trobat la “explicació” del que li passa al nen (Mabres et al., 2012). Per aquest motiu, també cal promoure una formació de caràcter informatiu i preventiu a aquells pares i professionals que realitzen aquest “prediagnòstic” i fan un etiquetatge a nens i adolescents. D'aquesta manera es faria més èmfasi a la confiança dels professionals i els serveis especialitzats per a dur a terme el diagnòstic.

Per tant, es plantegen diferents qüestions al voltant de la família, sobre la importància d'aquesta, com la falta d'atenció i/o educació dels fills per part dels seus pares, poca tolerància dels pares i a la vegada, la necessitat de resposta d'aquests per entendre el què li passa al seu fill/a.

#### **4.6. Sincronització de la Dimensió Social i la Salut Mental.**

La consciència sobre la importància d'una perspectiva social en l'àmbit sanitari, en general, s'inicia a partir de la definició del concepte de salut creat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), on es considera la salut com un tot integral, on no només es tracta de l'absència de la malaltia sinó com un estat de benestar complet: físic, mental i social. A partir de la definició institucional de l'Organització de les Nacions Unides (ONU) es comença a donar importància al factor social com a element rellevant en la vida i la salut de les persones (Porcel i Omar, 2008).

La Salut Mental forma part d'aquest concepte de salut integral de les persones, relacionat amb la possibilitat d'un desenvolupament emocional, afectiu, intel·lectual i formatiu, i un futur laboral, amb la capacitat d'integració social (Garcés, 2010). Per tant, l'enfocament de la salut mental actualment, va més enllà de la malaltia i el tractament mèdic. Els equips de salut mental també treballen en la prevenció i la promoció de la salut.

Qualsevol problema de salut provoca un impacte, i pot modificar substancialment les condicions de vida de qui el pateix i de les persones del seu voltant (Porcel i Omar, 2008).

Entre els diversos àmbits de treball en què es pot trobar la figura del treballador/a social està el de la Salut Mental. En la pràctica professional en el camp de la psicopatologia, el treballador/a social actua conjuntament amb altres professionals (psiquiatres, psicòlegs, infermeria, educadors socials...), formant part d'un equip multidisciplinari i procurant la integració de diferents disciplines (Garcés, 2010), en

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

els Serveis de Salut Mental Infanto-juvenil, on s'intervé amb infància i adolescents, s'inclouen altres professionals com mestres i pedagogs, i també de l'àmbit social com educadors/es socials. El treball en equip i en xarxa amb altres serveis a través d'una intervenció disciplinada i complexa forma part en l'abordatge del tractament de la psicopatologia, la qual cap professional per si sol la podria dur a terme de manera aïllada (Gómez i Zapata, 2000).

A psiquiatria, el treballador social està, per formació i experiència, qualificat professionalment per prestar un servei directe de diagnòstic, prevenció, desenvolupament, contenció, suport i rehabilitació, en individus, famílies i/o grups, els quals es veuen amenaçats o afectats per una alteració en la seva salut mental, i un possible estrès emocional i social (Gómez i Zapata, 2000).

La importància de la coordinació entre professionals de diferents disciplines, creant els equips multidisciplinaris esmentats prèviament, dóna sentit a l'essència i a l'objecte d'estudi de les ciències i professions, que vindria a ser l'home, el qual està permanentment en relació i contacte social. És per aquest motiu, tal com apunten Gómez i Zapata (2000), que els problemes de salut es consideren una problemàtica social, i aquesta afirmació pren més rellevància en el camp de la psiquiatria, ja que constitueix sempre en el seu efecte i en els símptomes un problema essencialment social, ja que es basen en la història clínica del pacient. I és que la psicopatologia planteja sempre dos fenòmens socials (Gómez i Zapata, 2000):

- Alteració del pacient amb les relacions del seu entorn (risc d'un fenomen d'exclusió social).
- Disminució o pèrdua de l'autonomia social del subjecte.

Aquests aspectes en la psicopatologia infanto-juvenil es poden presentar de forma més lleu, ja que normalment els pacients compten amb un suport familiar i social quasi intrínsec. Però hi ha casos en què aquest entorn sociofamiliar pot ser inestable i fràgil, i el subjecte menor d'edat es pot trobar en una situació de risc, i per tant, és necessària la intervenció social (González, 2012). Socialment es pot constatar la influència del sistema familiar (entre altres com l'educatiu, social, jurídic...) amb el desenvolupament o manteniment de trastorns mentals en aquest col·lectiu, sobretot de tipus conductual (González, 2012). A més, la família és el grup de referència del nen i on es transmeten i s'aprenen les normes, valors, actituds i conductes.

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

El sistema social i familiar –*medios ecológicos en los que se desarrollan las personas* (Gómez i Zapata, p.15, 2000)- es basen i complementen en el tipus de relació que les configuren, de manera que qualsevol distorsió en aquesta relació pot donar lloc a alteracions psicològiques. Per aquesta raó és important que el professional referent en salut mental conegui i valori el context sociofamiliar.

*“Gracias a esta perspectiva social la psiquiatría se ha enriquecido de un modo insospechado, permitiendo una concepción mas amplia y mas profunda de la enfermedad mental y, por lo tanto, de sus posibilidades terapéuticas.”* (Gómez i Zapata, 2000, p.13).

### **4.6.1. El Treball Social en Salut Mental Infantil i Juvenil**

Cal destacar la bibliografia sobre treball social i salut mental infanto-juvenil és reduïda, per tant, també s'ha tingut en compte conceptes de psiquiatria i salut mental generals, que es poden aplicar en la intervenció en l'etapa de la infància i l'adolescència, d'aquesta manera també destaca la intervenció clínica del treballador social en el marc hospitalari actual.

El treballador social en la intervenció en Salut Mental Infantil i Juvenil, parteix de la concepció d'una atenció integral en el procés biopsicosocial, que defineix l'estat de salut del menor i, del dret que té aquest en ser protegit de qualsevol situació social que el posi en risc, vulnerabilitat i/o desprotecció (González, 2012). Per tant, en realitzar-se la intervenció des de diferents concepcions, la metodologia específica utilitzada en l'àmbit de Salut Mental combina aspectes psicoterapèutics personals i habilitats socials juntament amb la coordinació amb altres serveis i unitats socials (Garcés, 2010), i en el cas d'infantil i juvenil, amb equips i agents específics que vetllen per la protecció dels menors.

Un aspecte que s'ha esmentat en l'apartat anterior sobre la integració de la visió social en salut mental, és l'interès del context social i familiar de l'individu, per tal de conèixer possibles problemàtiques associades a la psicopatologia. Eva M<sup>a</sup> Garcés (2010) en el seu treball esmenta que el Treball Social Clínic pot implicar intervencions en la dimensió individual i en la social de la persona, per la qual cosa pot produir canvi en la seva intervenció a través de:

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

- La relació interpersonal.
- Canvis en la situació social.
- Canvis en les relacions amb persones significatives en l'espai vital dels individus.

Per tant, el treballador/a social en Salut Mental Infantil i Juvenil, és el membre de l'equip que, des de la seva professió, aporta elements per a la comprensió de l'entorn del menor en el seu tractament, en l'àmbit familiar, escolar i del context social. Les persones de referència són una part fonamental per al desenvolupament psicosocial de l'infant, i sobretot dels adolescents, ja que poden marcar l'aparició de problemes de salut mental (Quiroga i Guasch, 2014), a més, com ja s'ha esmentat en apartats anteriors, les figures familiars i de l'entorn, són de vital importància per l'acompanyament, seguiment i millora.

D'aquesta manera la finalitat de la intervenció dels treballadors/es socials és possibilitar l'aproximació global a la situació/problema. I en el sistema sanitari actual, tindrà una funció de connexió entre professionals, ja que probablement ajudarà a trobar l'equilibri entre l'aplicació de les tecnologies més sofisticades (quant a tractament i estudis) i l'atenció humana cap a les persones, arran d'aquesta professió humanística que veu a la persona (sigui infant o adult) en tota la seva integritat i complexitat, amb el seu propi context social i familiar, i les seves circumstàncies (Porcel i Omar, 2008; Gómez i Zapata, 2000).

### Funcions principals del Treball Social en Salut Mental.

Les funcions principals en què se centra la tasca del treball social en Salut Mental serien:

- Funció d'atenció directa.
- Funció preventiva i de promoció de la salut.
- Funció de coordinació.

Sobre aquestes funcions s'ha fet referència al llarg del treball, ja que formen part de la professió del Treball Social, la qual es caracteritza per una funció operativa (Gómez i Zapata, 2000), creada en el dia a dia i en l'experiència donada per la pràctica.

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

L'atenció directa es fa a través de les visites (realització d'entrevistes) amb l'usuari, famílies o amb grups que presentin o estiguin en risc de presentar algun tipus de problemàtica social, en relació a una psicopatologia (Garcés, 2010). L'objectiu de l'atenció directa és trobar els recursos propis del pacient i de la família per afrontar la situació en qüestió, i treballar aquests recursos per tal que els puguin potenciar i aprofitar.

Aquesta tasca es fa mitjançant un procés d'anàlisi i detecció de la demanda de la persona, la qual s'ha cregut convenient la participació des de Treball Social, igual que una valoració socio-familiar, la realització d'un diagnòstic social, i a partir d'aquí, la planificació de la intervenció social, amb la discussió de la resta de l'equip professional que porta el cas.

Com a tasques més concretes de l'atenció directa en Salut Mental Infantil i Juvenil estarien (Garcés, 2010):

- Acompanyar a l'usuari en el procés de canvi i afavorir la seva socialització.
- Entrevistes amb l'usuari i la seva família.
- Treball dirigit a informar i orientar sobre les alternatives formatives, d'estudi, d'oci i temps lliure.
- Seguiment i avaluació del procés d'intervenció.
- Realitzar visites a domicili per a la valoració i la intervenció.
- Donar suport i fer contenció a les famílies, tan a nivell grupal com individual, perquè participin en el procés de canvi.
- Informar de l'accés a recursos adients en cada cas, segons les característiques i necessitats del cas.
- Coordinació i derivació dels usuaris a recursos adequats.

Segons un recent estudi sobre la relació de la salut mental en la població infanto-juvenil i la situació de risc social a Catalunya (Quiroga i Guasch, 2014), la situació de crisi en diferents nivells i, en general, de l'Estat del Benestar, ha creat diferents tipus de pobresa tant a nivell econòmic, sociopolític i emocional, els quals han condicionat la presència de problemes de salut mental en el col·lectiu de la infància i l'adolescència, de manera que si no es detecten a temps, es poden agreujar amb el pas del temps. Per aquesta raó, la prevenció en salut és un factor clau que ve implícita en tota intervenció.

---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

Des del treball social, a més d'estudiar i conèixer les característiques dels ambients familiars, educatius i socials, també cal detectar, des d'una perspectiva de risc social, aquelles situacions, ambients o objectes que puguin aportar informacions rellevants que complementin el diagnòstic del trastorn (Gómez i Zapata, 2000). Aquestes informacions es recullen mitjançant una eina bàsica en treball social: l'informe psicosocial. Aquest document es pot dividir en dues parts (Gómez i Zapata, 2000):

- La primera part, on es recullen les dades personals i familiars, i les referents a les circumstàncies de diferents àmbits (socials, educatives, de salut...) de forma objectiva, basant-se amb la informació obtinguda a través de les visites amb l'usuari i familiars. També es pot realitzar un genograma en aquest apartat.
- La segona part, es fa una interpretació i valoració d'aquestes dades, proposant possibles recursos i, intervencions amb diferent temporalitat segons les necessitats detectades.

Aquest informe suposa una gran ajuda, quant a ús propi, com sobretot per l'equip terapèutic, ja que a través d'aquest informe l'equip accedeix a variables sociològiques de l'infant i pot conèixer el seu entorn i les circumstàncies sociolaborals de la família (Gómez i Zapata, 2000). També amb la informació recopilada es pot realitzar, si és necessari, un informe social de derivació a un altre recurs o servei, ja que la coordinació en treball social és una activitat més, igual que la contenció, rehabilitació i assessorament dels usuaris. El treballador social és un membre més en l'elaboració i la participació de manera activa en programes de protecció i prevenció a la salut que s'estipulin en cada centre o servei, com grups de pacients o de pares. De la mateixa manera la funció preventiva i de promoció de salut i la inserció social, ho fa través de la proposta i la derivació del pacient a recursos normalitzats, recursos específics segons el col·lectiu (Garcés, 2010).

La funció de coordinació en treball social és imprescindible per tal de tenir present totes aquelles característiques de la persona en els diferents àmbits de la seva vida. En l'àmbit de salut mental, el treballador social incorpora la mirada social en els problemes de salut (Garcés, 2010), sent el professional especialista en la organització i serveis socials, *"debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados"* (Garcés, 2010, p.345).

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Així doncs, l'experiència positiva de la intervenció del treball social en psiquiatria infanto-juvenil al llarg de molts anys, ha consolidat una manera d'actuar i ha incorporat una visió global a la intervenció mèdica. En l'àmbit de la salut mental la "multidisciplinarietat" és un valor afegit que millora substancialment la qualitat de vida dels pacients i les seves famílies, a la vegada que ajuda a desestigmatitzar als pacients i a les psicopatologies (Porcel i Omar, 2008).

**4.6.2. La intervenció amb casos diagnosticats de TDAH des d'una perspectiva social.**

Coneixent les funcions i el paper del treball social dins de Salut Mental, concretament en els CSMIJ (on s'atenen a tots aquells pacients menors d'edat i les seves famílies), es veurà la possible existència de factors socials relacionats amb el diagnòstic de TDAH, com a elements causals o de predisposició (com a risc) per al desenvolupament, i que es trobarien en l'ambient del nen.

Uns dels factors a tenir en compte segons Mabres et al. (2012) és la societat actual, que es caracteritza per portar una manera de funcionar frenètica i "hiperactiva", la qual s'ha normalitzat i s'ha anat estenent i que, per tant, es va transmetent de generació en generació. Hi ha una sèrie d'exigències i pressions per part de la família i diferents institucions, com l'escola, que tenen incidència en el nen i en el seu desenvolupament.

A vegades, les manifestacions conductuals del nen poden ser el reflex d'un estat d'estrès o d'una situació familiar problemàtica (Alós i Ruiz, 2013), per això és necessari explorar les relacions familiars i l'entorn del nen, ja que a vegades es poden trobar problemes de fons o dificultats en les relacions familiars i que calen treballar conjuntament amb els pares. Hi ha estudis com el de Escobar et al. (2005) en el que afirmen que l'impacte del TDAH en la vida del nen i la seva família és superior al de les famílies amb fills asmàtics, interferint més en la vida quotidiana, sobretot en el funcionament psicosocial del nen.

Tal com destaquen alguns autors, els símptomes nuclears del TDAH dificulten la tasca educativa a professors i pares, on aquests últims "*suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental*" (Presentación et al., 2009, p.19), on pot haver-hi una relació positiva amb l'estrès que implica la cria d'un fill amb TDAH i l'aplicació de tècniques educatives



---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

inadequades per part de les famílies, sigui per desconeixement o pel model educatiu i familiar, perquè la simptomatologia del nen es pugui agreujar, retroalimentant l'impacte que té el TDAH en el sistema familiar (Presentación et al., 2009).

S'ha de tenir en compte que no existeix una causa concreta per al desenvolupament del TDAH, però sí que hi ha una tendència a parlar d'una etiologia múltiple, on intervenen diferents factors, això ho esmenta Mabres et al. (2012): el TDAH *“no tiene una etiología determinada sino múltiple: social, familiar, psicológica, psicopatológica y biológica”* (Mabres et al., 2012, p.12).

Alós i Ruiz (2013) i Agirrezabala et al. (2013) assenyalen els factors ambientals, com les característiques socioeconòmiques de la família, com a influència del diagnòstic i el tractament del TDAH. Els autors citen en el mateix document l'estudi suec de Hjern, Weitoff i Lindblad (2010) en què s'observa que els nens en edat escolar procedents de famílies en risc d'exclusió social (dificultats econòmiques, famílies monoparentals, fills de mares amb un baix nivell acadèmic o famílies en contacte amb serveis socials) presenten més risc en rebre medicació per diagnòstic de TDAH.

Arran d'aquestes situacions en les quals es poden trobar les famílies es poden trobar *“ideas de autculpabilidad, aislamiento social, conflictos conyugales, síntomas afectivos y de ansiedad, y menor productividad y aumento del absentismo laborales”* (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010, p.38).

Segons el document realitzat per la treballadora social, Ester González (2012), on s'estableix un programa de risc socio-sanitari, afirma que:

*En todas las situaciones de riesgo social y/o desamparo se hace fundamental que los servicios de atención directa, servicios sanitarios, educativos y sociales sean vistos como figuras de apoyo y ayuda, actuando como referentes para que estas familias y sus menores establezcan una relación de confianza con los profesionales, colaborando en las indicaciones y poniendo en marcha actitudes de cambio. (p.84)*

---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

Per tant, el treballador/a social ha de detectar aquestes situacions al més aviat possible, per poder intervenir abans que la problemàtica es pugui cronificar, intentant oferir alternatives a la família i l'infant o adolescent, per evitar que una problemàtica porti a un altre.

### 4.6.3. Teràpia familiar sistèmica en el tractament del TDA/H des de el Treball Social en un CSMIJ.

Davant tota la recopilació d'informació sobre els elements que incorpora el TDAH, incloent-hi: les seves tipologies, el tractament, la seva causalitat múltiple, i la gran importància d'una intervenció multidisciplinària amb la col·laboració de tota la xarxa social del nen o adolescent. I per altra banda, en què consisteix el paper del professional de treball social en l'àmbit de la salut mental i, concretament, en els serveis de salut mental infantil i juvenil, les seves funcions, rellevància i el *modus operandi*.

Un model d'intervenció adequat i que encaixaria en la intervenció, seria el Model Sistèmic, el qual no veu a l'individu com un ens aïllat, sinó en sincronització i relació constant amb el seu entorn, especialment, amb els membres de la seva família. La metodologia sistemàtica ajuda al treballador/a social a conèixer la dinàmica familiar, la qual des d'aquesta perspectiva es considerada com un "sistema relacional total" (Palomar i Suárez, 1993 p.172), en que una manifestació individual, com seria el cas de l'afectació d'una psicopatologia d'un dels seus membres, repercuteix i afecta la resta. Per aquest motiu per entendre el funcionament del sistema familiar, s'ha d'entendre des d'aquesta perspectiva (Palomar i Suárez).

Amb aquest procés d'observació i d'anàlisi del model sistèmic *"se perfila una diferencia fundamental entre el método tradicional de trabajo familiar y el sistémico. En aquél, ante una situación problema preguntábamos el porqué de una conducta; en ése preguntamos: ¿qué sucede aquí y ahora?"* (Palomar i Suárez, 1993, p.172).

Aquest model destaca la importància de la primera entrevista com a base del procediment, i on es crea la relació entre el treballador/a social i la família, realitzant la primera observació sobre les relacions familiars del cas, deixant que s'expliquin cadascun dels assistents a la visita de com està vivint la situació, respecte al diagnòstic del seu fill o filla.

---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

L'objectiu terapèutic d'aquest tipus d'observació, i segons les premisses d'aquest model, es tractaria del canvi. Una transformació o modificació en l'estructura si es tractés d'un model de família amb tendència disfuncional, canvi en els canals patològics de la comunicació i les interaccions (Palomar i Suárez, 1993), de manera que l'entorn familiar del nen o adolescent sigui saludable, i incentivi la seva millora en el tractament del TDAH.

Hi ha estudis, com el de Zambrano, Del Río-Carlos Vázquez i Alfaro (2014) que demostren una millora significativa del nen diagnosticat de TDAH a través de la intervenció terapèutica basada en el Model de la Teoria Familiar Sistèmica, a més de la utilització del tractament farmacològic recomanat i la intervenció professional dels serveis especialitzats en salut mental infantil i juvenil (CSMIJ a Catalunya). Els resultats de l'estudi dels autors citats mostra canvis conductuals importants en la pacient, arran del canvi d'actitud dels familiars que conviuen amb aquesta (Zambrano et al., 2014).

### 4.7. RESULTATS DE LES ENTREVISTES

A continuació com ampliació de la bibliografia, s'exposaran els resultats de les entrevistes de manera descriptiva segons les respostes de les professionals del Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic. Els fragments de cada resposta intentaran ser el més explícit possible depenent de l'extensió que hagi fet cada professional en la seva resposta de la corresponent qüestió preguntada.

Les preguntes de les entrevistes han sigut obertes, es donava llibertat a l'entrevistat en les seves respostes per tal que es pogués expressar de manera subjectiva com a professional sobre el tema en qüestió, a més es podia fer un *feedback* de les respostes si es creia precís.

Les preguntes s'han agrupat en categories que engloben diferents temàtiques. En una categoria pot haver-hi més d'una pregunta. Per tant, els resultats també s'han agrupat en aquestes categories. A continuació es troba la taula de categories.

Per últim cal dir que, les entrevistes van ser gravades (només àudio) amb el corresponent consentiment de cada professional. Malgrat no estan transcrites els àudios es troben disponibles.

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

<b>CATEGORIA</b>	<b>PREGUNTES</b>
<b>PREVALEÇA.</b>	Heu percebut un augment de casos diagnosticats de TDAH en els darrers anys? Quina és la proporció de casos atesos de TDAH que ateneu?
<b>PROTOCOLS I GUIES D'INTERVENCIÓ.</b>	Es segueix un protocol propi de l'hospital respecte a la intervenció amb casos diagnosticats de TDAH o utilitzeu algun extern? Quin? Coneixeu
<b>COMORBIDITAT.</b>	El casos que porteu diagnosticats de TDAH, tenen comorbiditat amb altres trastorn? Quins trastorns comòrbids predominen?
<b>SOBREDIAGNOSTIC.</b>	Opinió sobre els manuals diagnòstics. DSM i CIE. Inflació dels criteris, o més precisió? Creus que hi ha un sobrediagnòstic en TDAH?
<b>INICI DE LA INTERVENCIÓ.</b>	Com a treballadora social, participeu en l'elaboració del diagnòstic? O la intervenció es posterior a aquest?
<b>INTERVENCIÓ.</b>	Quina intervenció feu amb el nen o adolescent? Feu atenció directa? I amb la família?
<b>IMPACTE DEL DIAGNOSTIC EN LA FAMILIA.</b>	Respecte l'impacte del diagnòstic en la família. S'accepta el diagnòstic? Us heu trobat famílies escèptiques al diagnòstic de TDAH, és a dir, que no hi creguin?
<b>CARACTERISTIQUES DE LES FAMILIES.</b>	Detecteu problemàtiques comunes en les famílies? Hi ha factors contextuais comuns?
<b>TRACTAMENT MULTIMODAL I TRACTAMENT ALTERNATIU.</b>	Opinió sobre la medicació del TDAH. Hi ha un abús? Proposeu o s'utilitzen teràpies alternatives respecte als fàrmacs?
<b>SERVEIS I RECURSOS.</b>	Quins són els recursos més recomanats i/o utilitzats en els casos de TDAH? Amb quins serveis coordineu per a la intervenció?
<b>TERÀPIA FAMILIAR SISTEMICA.</b>	Coneixeu la Teràpia Familiar sistèmica? S'aplica en la vostra intervenció?

Taula 3. Categories i Preguntes.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

A continuació s'exposen els resultats, encapçalats per la categoria corresponent.

**PREVALENÇA.**

Una de les TS comenta que el volum actual de casos amb diagnòstic de TDAH és molt elevat i passa per sobre d'altres trastorn tractats al CSMIJ. Sobre aquesta idea també coincideixen la psiquiatra i la psicòloga, aquesta última afegeix la dada d'un 30% de casos tractats en el CSMIJ de l'Eixample són TDAH. La psiquiatra esmenta que encara que es parli de sobrediagnòstic i d'una alta prevalença, hi ha un mitja del 7% de la població amb TDAH al qual no s'arriba, ja que en els CSMIJ tindria que haver-hi entre 30-40% de casos diagnosticats.

Dues de les TS no poden fer una valoració d'aquestes característiques pel poc temps que porten en el servei.

**PROTOCOLS I GUIES D'INTERVENCIÓ.**

Les tres TS afirmen que no segueixen cap protocol específic per TDAH, el protocol que apliquen és el de Detecció i Prevenció de Riscos Socials, el qual és aplicable a qualsevol psicopatologia. Aleshores també pot ser que es trobin en una situació de risc social a un nen diagnosticat de TDAH i s'apliqui però específicament per aquest no. A més aquest, protocol de riscos socials va ser creat per elles en el propi servei. En canvi, la psiquiatra i la psicòloga segueixen la Guia NICE com a protocol específic de tractament. Altres guies o protocols que coneixen estaria la "Guia de detecció psicoeducativa" que és la que recomanen i demanen a les escoles que accedeixin i segueixin la informació que inclou.

**COMORBIDITAT.**

El trastorn que apareix amb més comorbiditat en el TDAH esmentat per totes les professionals (treballadores socials, psiquiatra i psicòloga) són els trastorn de conducta i l'oposicionista/negativista-desafiant. Tot i que també destaquen d'altres, com el d'ansietat, normalment ve derivat d'alguna problemàtica sociofamiliar de l'entorn.

Per un altra banda, la psicòloga explica que el trastorn amb més comorbiditat que predomina és el Trastorn de l'aprenentatge.

### **SOBREDIAGNÒSTIC.**

Una de les TS afirma que si el que s'entén com a sobrediagnòstic és que en un primer moment es pugui donar un diagnòstic quan encara està en estudi i que després amb una evolució de la observació es vegi que realment correspon a un altre de diferent, aleshores afirma que sí que es pot donar.

Tant les treballadores socials, com la psicòloga i la psiquiatra, afirmen la controvèrsia que porta el fet que el diagnòstic no es faci a través de cap patró ni prova física, sinó tot basant-se en l'observació clínica i altres mecanismes. Respecte al fet que algun professional pugui sobre-diagnosticar, la psiquiatra opina que es pot haver donat però serà com a causa d'una falta de coneixement i d'especialització del professional en el TDAH, i per tant, el que passarà és que diagnostiquin símptomes i no psicopatologies.

En canvi, una de les TS té una mirada més crítica sobre aquest aspecte, i creu que sí que hi ha casos on no veu clara la resolució del diagnòstic.

Sobre els criteris diagnòstics, la psiquiatra considera que no és que s'hagin augmentat de manera gratuïta en els manuals DSM sinó que s'ha aprofundit en el coneixement de la Psicopatologia infanto-juvenil, i com a resultat hi ha hagut una ampliació de criteris buscant més precisió en el diagnòstic.

La psicòloga i psiquiatra no creuen que hi hagi un sobrediagnòstic, sinó més aviat el contrari, que hi ha més infradiagnòstic.

### **INICI DE LA INTERVENCIÓ.**

L'inici de la intervenció del TS és posterior a la realització del diagnòstic, segons les respostes de les tres treballadores socials. Però expliquen que la seva intervenció es pot veure més precipitada per una urgent exploració sobretot pel que fa a nivell familiar per tal d'aportar alguna dada més o per conèixer altres factors que puguin afectar a la patologia.

Normalment el 90% dels casos són recollits des de primària, a l'ambulatori, on psiquiatre i psicòlegs van un parell de cops per setmana, i sempre intenten que vingui ja amb una valoració prèvia d'altres contextos, com un informe de l'escola o de l'EAP.

### **LA INTERVENCIÓ.**

El procediment d'intervenció de la TS 1 de la TS 2 i 3, és diferent, ja que es troba en la sala d'ingressos i també intervé amb els casos d'hospital de dia. Així que un dels casos per els quals la poden avisar per intervenir és que el pacient no rebi visites o que el familiar o la persona referent no compleixi l'horari establert de visites, aleshores es fica en contacte amb la persona/es i en concerta una entrevista.

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Normalment també es fa una visita i entrevista al nen a la seva habitació, i també s'entrevista als progenitors, en el cas de tractar-se de progenitors separats amb conflicte, el pot veure per separat i després tots dos junts si és necessari, sempre mirant pel bé del menor.

La intervenció de les altres dues TS es fa a partir de la derivació del psicòleg o psiquiatre (o per demanda dels familiars o pacient) mitjançant entrevistes amb el nen i la família, atribueixen una gran importància a les reunions d'equip i a les coordinacions amb altres serveis i recursos. Ressalten tenir en compte l'opinió del nen.

Respecte a la resposta de la psicòloga i la psiquiatra sobre la intervenció del TS, coincideixen en què és imprescindible la figura de la del TS en psiquiatria infanto-juvenil, ja que s'ha vist un increment de casos en què és necessari un abordatge social.

### **IMPACTE DEL DIAGNÒSTIC EN LA FAMÍLIA.**

Les tres TS coincideixen que s'han trobat pares que no accepten el diagnòstic. Bé perquè no reconeixen el TDAH com a patologia, o perquè creuen que el TDAH és una cosa nova inventada. En el cas de no acceptar-ho i que tampoc hi creuen en el diagnòstic no seguiran un tractament, i simplement desapareixeran. Les causes d'aquesta negació, les diferents professionals afirmen que va lligada al fet que el diagnòstic de manera clínica sense cap prova física.

Tot i així, una d'elles afirma que la majoria ho accepta, el que passa normalment és que poden trigar a assimilar-ho i acceptar-ho, però finalment ho acaben fent.

Assenyalen que l'impacte del diagnòstic pot ser un motiu de conflicte entre progenitors divorciats. Les TS expliquen que s'ha de fer un treball de sensibilització i conscienciació en les famílies per abordar el problema, i eliminar un possible estigma creat en base al desconeixement per part de la família.

L'impacte del diagnòstic de TDAH tan en les famílies com a la vida del nen és molt gran (psiquiatra i psicòloga). La psicòloga comenta un estudi comparatiu de l'impacte del TDAH amb l'asma realitzat per l'equip multidisciplinari del CSMIJ, i el TDAH té més impacte en la família.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Psiquiatra i psicòloga, indiquen que hi ha trastorns i malalties amb una simptomatologia clínica més evident, visible i acceptada per la societat, però la del TDAH no ho està. La psicòloga explica que a vegades el que costa més d'acceptar és el tractament no el diagnòstic.

**CARACTERÍSTIQUES DE LES FAMÍLIES.**

Les TS destaquen que gran part de les famílies amb les quals intervenen amb nens de TDAH es tracta de famílies monoparentals i amb separacions conflictives. Una de les TS destaca les adversitats que es troben els pares avui dia per relacionar-se amb els seus fills, ja que el context actual dóna unes habilitats als adolescents que un adult no sap o li costa afrontar, no són conscients de la realitat en la qual viu el seu fill i també els hi és difícil conèixer el seu patiment, tant en cas d'adolescent sense psicopatologia i sobretot els que estan diagnosticats d'una.

La resposta de la psiquiatra i la psicòloga també va en relació al context que esmenten les TS, afegint que no hi ha una "família prototip" amb risc de que el seu fill tingui TDAH, tot i que, hi ha estudis que afirmen que tenir una mare depressiva pot ser un factor de risc per que el fill desenvolupi la psicopatologia, per la dificultat de vinculació. Ressalten la influència del factor genètic en salut mental.

**TRACTAMENT FARMACOLÒGIC I TRACTAMENT ALTERNATIU.**

Cada cop es fa menys un abordatge farmacològic, ja que les guies clíniques indiquen que només s'ha de medicar a greus, i els moderats i lleus aplicar més les altres dos vessant conductuals i educatives. Per tant, segons explica la psicòloga té més pes l'abordatge cognitiu-conductual. Respecte a les teràpies alternatives, la psicòloga explica que cada vegada se'ls qualifica més de complementaris que no d'alternatius, ja que si li funcionen en el benestar del nen juntament amb un seguiment d'un tractament multimodal doncs es pot complementar. El problema que tenen aquestes teràpies és que no tenen estudis, les dues professionals afirmen que segur que hi ha pacients als que els hi funcionen i d'altres no, i davant del tractament cognitiu-conductual i farmacològic que porta molts estudis doncs és difícil lluitar i fer-se un lloc com a tractament principal.



---

## El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic

---

En relació a la medicació durant l'entrevista amb la psicòloga en aquesta pregunta s'ha esmentat l'estudi MTA, que el destaca per la seva contínua revalorització, la informació i els canvis que aporta. S'afirma (psicòloga i psiquiatra) que el més eficaç és el tractament multimodal.

Pel que fa la resposta de les TS; Totes argumenten que l'eficàcia de la medicació és real i que la majoria de pacients la tolera. No creuen que hi hagi un abús de la medicació, encara que la una d'elles opina que a vegades potser no ho ha vist tant necessari, i que actualment no hi ha els recursos necessaris per oferir els tres pilars tractament multimodal, ja que sobretot falla el paper de l'escola en la part psicoeducativa.

### **RECURSOS.**

Totes les professionals assenyalen com a recurs específic per a TDAH a la Fundació Adana, com a pionera en el servei de recursos per a nens amb TDAH, per l'assessorament i en facilitar tasques psicoeducatives. També des del Servei de Psiquiatria infanto-juvenil del Clínic destaquen el fet de promoure la inclusió i en derivar a recursos normalitzats, destaquen la importància de les activitats de lleure en caus, casals, esplais, i activitats esportives els hi es recomanable. També destaquen la figura del reeducador, la qual funciona molt bé amb pacients amb TDAH.

Per a pares i familiars es realitzen grups de pares en el CSMIJ on s'ofereixen eines per poder actuar en diferents situacions que es puguin trobar.

Respecte a les coordinacions de les TS, com a tot cas amb risc social es coordinen amb el serveis corresponents: Serveis Socials Bàsics, EAIA, DGAIA, EAP, CSMA (casos en que els pares segueixen tractament psiquiàtric), les escoles i els reeducadors.

La psicòloga destaca la coordinació amb EAP i escola el 80% dels casos, i en ocasions la escola no vol la intervenció del CSMIJ.

**TERÀPIA FAMILIAR SISTÈMICA (TFS).**

Les TS reconeixen i valoren la intervenció sistèmica, i intenten aplicar-la tant com poden en les seves intervencions, però afirmen que no la poden aplicar per falta de temps. A més no tenen els coneixements necessaris sobre aquesta. Dos de les TS expliquen que s'han apuntat a un curs sobre la TFS. Una de les TS afirma que des de el CSMIJ no s'aplica ja que el servei té una orientació conductista-biologista.

La psicologia i psiquiatria expliquen que la seva intervenció té trets de la TFS, ja que intenten saber com viuen la seva situació cadascun dels membres de la família. La psicòloga afirma que la Teràpia cognitivo-conductual engloba diferents aspectes de la TFS.

## **5. ANÀLISI I DISCUSSIÓ**

Tal com recull la Guia de pràctica clínica del TDAH (2010), el TDAH és el trastorn que té més prevalença en les consultes psiquiàtriques infantils i juvenils a causa d'un gran impacte en diferents aspectes de la vida del nen. I a causa d'aquesta repercussió en el desenvolupament individual, familiar i social, "*hace que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años*" (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010, p.7). Aquest fragment engloba tres aspectes claus que s'han treballat en la recerca, que són: la prevalença, l'impacte i la repercussió social del TDAH.

Respecte a l'alta prevalença, les treballadores socials de l'Hospital Clínic valoren que realment és el trastorn que més predomina en les seves consultes. Aquest augment de casos l'atribueixen a factors com un canvi de la societat actual i la situació de crisi que s'ha passat en els últims anys. En l'estudi de Quiroga i Guasch (2014) s'ha trobat relació dels efectes de la crisi a diferents nivells (econòmic, sociopolític i emocional) i la presència de problemes de salut mental en el col·lectiu de la infància i l'adolescència, entre aquests el TDAH. L'impacte d'aquesta situació de necessitat socioeconòmica (atur, desnonaments, falta de recursos...) ha comportat un increment de casos perjudicats en salut mental, incloent-hi als nens. D'aquesta manera es pot explicar part de l'augment de la demanda als CSMIJ, fent que es col·lapses en els darrers anys, també tenint present les retallades en l'Estat de Benestar.

Tot i parlar-se d'una alta prevalença, la psiquiatra esmenta que hi ha una mitjana del 7% de la població amb TDAH al que no s'arriba, ja que en els CSMIJ tindria que haver-hi entre 30-40% de casos diagnosticats. Segons les dades aportades per el Protocol per al maneig del TDAH (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015) els casos diagnosticats i tractats de TDAH al 2013 en els CSMIJ era d'un 23,46%.

Els percentatges aproximat aportat per la psiquiatra pot cridar l'atenció, fins i tot pot semblar escandalós, i es podria entrar de ple a la crítica principal del TDAH que és el presumpte sobrediagnòstic, però en la pregunta en relació a aquest concepte, la psicòloga no creu que hi hagi un sobrediagnòstic sinó el contrari, que hi ha més un infradiagnòstic, perquè al ser clínic el diagnòstic de TDAH fa que diagnostiquin més en funció de l'impacte que té (a nivell social, familiar, escolar i de relacions) que no per la mateixa simptomatologia. Per tant, segons argumenta la psicòloga, encara que

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

el pacient compleixi tots els criteris, si l'impacte en la seva vida és mínim, és a dir, la família ho porta bé i a l'escola no té dificultats greus, doncs no se'l diagnosticarà ni s'iniciarà tractament, se li explicarà a la família que si en algun moment ho necessiten la seva atenció o per qualsevol dubte, que acudeixen al CSMIJ on els professionals estan a la seva disposició. Considero que si realment és així, no hi hauria d'haver la creença del sobrediagnòstic, però caldria contrastar aquesta explicació sobre aquesta praxis dels professionals de l'Hospital Clínic amb la que es fa a altres centres CSMIJ.

En la bibliografia cercada, l'autor que fa més referència al concepte de sobrediagnòstic és Carlos Mas (2009), el qual ho relaciona com la causa de la prevalença. L'autor afegeix el terme del "prediagnòstic" que consisteix en la realització de manera precipitada d'un diagnòstic, i per tant, d'una mala praxis. Precisament aquesta era la idea que tenia una de les treballadores socials sobre el concepte del sobrediagnòstic, i afirma haver-se trobat en algun cas on es realitza un primer diagnòstic on encara està en estudi i que després amb una evolució de l'observació es veu que realment correspon a un altre de diferent, però que en la història clínica del nen, en la que s'apunta tot, queden esmentats els diversos diagnòstics d'estudi, tot i que l'últim és el definitiu, de manera que anul·la als altres. Tot i així, entén que la psiquiatria és una ciència molt implícita, ja que es basa en la clínica. Aquesta opinió és compartida per una de les treballadores socials on pot existir aquest "marge d'error" en psiquiatria. En canvi, l'altra treballadora social té una opinió més crítica i creu que sí que hi han casos on no veu clara la resolució del diagnòstic, des del seu punt de vista hi ha hagut casos on la simptomatologia no l'acaba de veure rellevant per iniciar un tractament, un exemple que esmenta: "Ha dit la psiquiatra que medicarà a un nen que és súper hiperactiu però que jo l'he tingut al despatx en una entrevista amb la seva mare i el nen aguantava tota l'hora assegut i fent cas a la seva mare, i no estava medicat" (TS 3).

Un cop fetes les entrevistes, el concepte de "prediagnòstic" que explica Mas (2009), crec que no té gaire sentit en el procediment d'intervenció del Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil (SPIJ) del Clínic, ja que la majoria dels casos han passat primer per l'ambulatori on es considera que el pacient necessita una intervenció d'un servei més específic. Tal com explica la psiquiatra entrevistada, els casos que arriben al servei són els que no s'han resolt o no s'ha pogut donar la resposta adequada a primària. Per tant, el concepte de "prediagnòstic" contemplat des d'aquesta perspectiva no es pot considerar com una mala praxis professional, sinó com un pas necessari sempre

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

i quant ho faci el professional sanitari corresponent. I quan el diagnòstic no està clar, en aquest servei s'especifica que està encara en estudi i observació.

Cal destacar que en aquest concepte, no inclou la valoració de persones o professional no experts en l'àmbit (Mas, 2009), i no es dóna com a vàlida qualsevol opinió. Així ho destaquen també la psiquiatra i la psicòloga entrevistades, ja que d'aquesta manera promou la divulgació de falses creences i mediatització del trastorn, intentant donar resposta a qualsevol situació conflictiva amb el nen (Mabres et al., 2012). Totes les professionals destaquen el factor de la influència d'internet i de tot l'excés d'informació en la xarxa, on els pares tenen accés i ells mateixos fan intents de diagnosticar TDAH als seus fills.

Respecte als protocols i les guies d'intervenció, en el marc teòric s'esmenten diversos documents existents per a la pràctica. En el Clínic, segons els resultats de les entrevistes utilitzen la Guia NICE i el protocol creat per les mateixes treballadores social de "Detecció i Prevenció de Riscos Socials". La psicòloga em comenta que recomanen als mestres que segueixin la Guia de detecció psicoeducativa (Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament, 2013), i que el protocol de tractament de la Generalitat (2015) han participat professionals de la casa, ja que els professionals del Clínic porten molts anys creant protocols de tractament de TDAH i la gent s'ha format aquí respecte el tractament. Tot i així, afirma que no segueixen un protocol específic per a TDAH, sinó que s'aplica la Guia NICE, pot ser que sigui per què en la seva pràctica ja està incorporat el que diu el protocol esmentat, i que s'ha fet d'acord amb aquesta. Per un altra banda, té sentit que les treballadores socials, segueixin un protocol específic sobre riscos socials aplicable a qualsevol psicopatologia que atenguin i no un específic per a una psicopatologia en concret.

Precisament les diferents guies de pràctica clínica de TDAH i protocols (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010; Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015), igual que estudis (Presentación et al., 2009; MTA Cooperative Group, 1999; entre altres) recomanen el tractament multimodal, integrant les diferents dimensions de tractament que té aquest. Les treballadores socials en les seves respostes sobre el tractament, estan d'acord que el multimodal és l'adequat però que actualment no es pot aplicar, ja que una d'elles afirma que no hi ha els recursos suficients per a dur-lo a terme, ja que falla la part psicoeducativa que han de potenciar les escoles. Aquesta apreciació és compartida també per la psicòloga, on explica que hi ha escoles que no volen la intervenció del CSMIJ.

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

La TS 3 explica que: “S’hauria de potenciar sobretot en l’escola ordinària i no es fa, i més ara que en una classe et pots trobar 4 alumnes amb TDAH per això, molts acaben en escoles especials al no adaptar-se al ritme acadèmic exigít, i això li crea al nen un impacte i desmotivació... No hi ha recursos suficients per complir aquests tres pilars del tractament multimodal”. Així que el paper psicopedagògic de les escoles, segons els resultats, no es troba a l’alçada del que es recomana, i tracta d’una part imprescindible per al desenvolupament integral del nen o adolescent amb TDAH (Mas, 2009).

Les treballadores socials i psicòloga consideren que s’aplica sobretot l’abordatge cognitiu-conductual a través de la intervenció individual (pares i nens), grups de pares (abordatge d’estratègies), i grup d’habilitats psicoemocionals dels pacients. Aquesta aportació coincideix amb les recomanacions de les guies (Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010) com a tractament inicial per als nens i l’aplicació de programes d’entrenament conductual per a pares i fills (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, 2015).

Respecte el tractament farmacològic, l’estudi de Quiroga i Guasch (2014) considera que hi ha un excés en la medicalització del TDAH, la majoria de les treballadores socials no creuen que hi hagi un abús en la medicació i que l’excés estaria relacionat amb l’augment de casos amb necessitat d’atenció, expressen que confien en els criteris dels metges (del Clínic) a l’hora de receptar una medicació a un pacient. A més dues de les treballadores socials coincideixen amb l’article de Mas (2009), ja que expressen que perceben els efectes de la medicació de manera positiva a l’hora d’intervenir amb els nens i adolescents, fent un abordatge amb més qualitat i estabilitat.

A més, la psiquiatra assenyala que la medicació que s’utilitza (metilfenidato i atomoxetina) té molts estudis darrere i proves i és segura, sobre tot el metilfenidato que explica que porta 50 anys aplicant-se amb nens, més que l’aspirina. Aquest fet ho corroboren també els estudis citats en les guies. També és esmentat per la psicòloga l’estudi MTA (1999) que també he citat en el treball, sobre els beneficis i els canvis que ha portat, sobretot per la disciplina de la Psicologia l’abordatge que s’ha anat fent, on en un primer moment destacaven i prioritzaven la intervenció farmacològica pels seus beneficis davant el tractament cognitiu-conductual, ja que “és molt més econòmic per la salut pública donar una pastilla a un nen que les hores

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

de psicòleg que requereixen”, però els anys posteriors han canviat i han dit que exactament no és el mateix, i que els efectes secundaris per mínims que siguin s’han de tenir en compte, i degut aquest canvi radical de criteri ara només mediquen a TDAH greus abans es medicava tot (lleus i moderats), i això és gràcies a estudis com el de MTA.

Davant aquesta afirmació va fer plantejar-me quants dels TDAH són considerats com a greus i que per tant, el tractament que s’inicia inclou ja la medicació, o si d’entrada en arribar al servei és greu i després de la medicació es van disminuint els símptomes fins a ser considerats com a moderats o lleus, i aleshores la medicació s’elimina. És un aspecte que es pot tenir en compte de cara a futures investigacions.

Una figura que sí que destaquen totes les participants pel seu bon funcionament i resultats és la del reeducador, la qual també la ressalten les GPC (Fundació Sant Joan de Déu, 2010) i autors com Rodés et al., (2007), ja que al ser un agent educatiu extern evita conflictes i estrès en l’entorn familiar.

Un altre aspecte en què coincideixen les treballadores socials i la psiquiatra i la psicòloga, és sobre els tractaments alternatius. Consideren que mentre li funcionin al pacient són adequats, encara que s’ha d’anar en compte, ja que en alguns casos pot ser contraproductiu, sobretot si s’està seguint al mateix temps tractament farmacològic. Un exemple seria el cas explicat per la TS 3, on després d’una entrevista va escriure al curs clínic que una àvia li estava donant flors de Bach a la seva néta amb TDAH, i la psiquiatra la va avisar ràpidament que no era adequat que ho fes, ja que podria crear sobreexcitació en la nena.

La psicòloga i la psiquiatra destaquen que al no haver-hi suficients estudis sobre les teràpies alternatives, les guies de referència en salut no les recomanen. Aquest fet també és explicat en el marc teòric, on s’esmenta que no hi ha un consens sobre la utilització d’aquests (Soutullo i Diez, 2007) al no haver-hi evidència científica per demostrar la seva eficàcia i seguretat.

Respecte a la comorbiditat, entre els trastorns esmentats per Agirrezabala et al. (2006) com els més freqüents que coexisteix amb el TDAH, totes les professionals coincideixen amb els mateixos: el Trastorn Negativista-Desafiament (TND) i el Trastorn de la Conducta (TC). La psicòloga destaca com a principal el Trastorn de

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

l'Aprenentatge, igual que Loro-López et al. (2009). També esmenten que poden haver-hi d'altres però no són tant freqüents.

Pel que fa a la intervenció a través del model de la teràpia família sistèmica (TFS), les treballadores socials asseguren que no s'aplica com a tal, ja que tal diu la TS "el nostre CSMIJ és d'orientació conductista-biologista", això contrasta amb altres afirmacions, com per exemple la psicòloga que creu que el model cognitiu-conductual inclou aspectes característics del model sistèmic. Aquesta divergència d'opinions mostra que no existeix prou coneixement sobre aquest tipus d'intervenció, i així ho afirmen les professional encara que totes la coneixen i saben la importància de conèixer la dinàmica familiar (Palomar i Suárez, 1993). Una curiositat és que una de les treballadores socials ha fet un curs sobre TFS, un altre iniciarà ara un curs, i la tercera afirma estar interessada en formar-se. Això mostra una necessitat i una vinculació del treball social amb aquest model.

En relació a l'inici de la intervenció del treballador social, totes les treballadores socials afirmen que la intervenció és a partir que s'hagi fet el diagnòstic, i que elles no participen en la realització d'aquest, ja que "el procés de diagnòstic clínic es fa en base a les eines d'observació clínic dels psiquiatres i psicòlegs" (TS 1), ja que es tracta d'un coneixement de caràcter científic i s'ha de fer amb l'experiència i la formació adequada (Díaz et al. 2006). Tot i que, si és necessari alguna dada rellevant que completi el diagnòstic del trastorn (Gómez i Zapata, 2000), es demana abans la intervenció del treballador social, sobretot si hi ha sospita de riscos socials per al menor (González, 2012).

Les treballadores socials expliquen la intervenció amb la família a través d'entrevistes directes (Garcés, 2010) amb el nen i els pares o persones referents, les quals són una part fonamental per al desenvolupament psicosocial de l'infant i l'adolescent (Quiroga i Guasch, 2014). Diferents autors de la bibliografia coincideixen en el fet que alguna alteració en la dinàmica familiar pot marcar l'aparició de problemes de salut mental (Quiroga i Guasch, 2014; Gómez i Zapata, 2000).

El treballador social és considerat com el professional especialista en la coordinació i el coneixement de serveis i recursos de l'entorn (Garcés, 2010) per completar la intervenció i el tractament. Una de les treballadores socials afirma que gran part del seu temps el dedica en coordinar-se amb altres serveis de la xarxa social i de salut. La importància de l'equip interdisciplinari és imprescindible i cap professional podria



---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

abordar la seva intervenció de manera aïllada (Gómez i Zapata, 2000). La psicòloga i la psiquiatra coincideixen en què fa anys la intervenció del treballador social es limitava a la recerca de recursos específics per les famílies, però en haver-hi un empitjorament de la situació social de les famílies, el treball social s'ha fet més important dintre l'equip per aportar la seva mirada social (Garcés, 2010), en aquelles situacions que els professionals de la salut no hi tenen les competències per arribar, ja que se centren en la patologia dels nens i adolescents, però que hi ha situacions externes de l'entorn, que les viu la família i que afecta al pacient, com per exemple; processos de desnonament, situació d'atur dels progenitors, necessitats econòmiques o conflictes familiars. Aquestes situacions es donen en qualsevol patologia, d'aquesta manera es justifica la importància d'una perspectiva social en l'àmbit sanitari (Porcel i Omar, 2008).

Sobre l'impacte del diagnòstic en la família, segons expliquen les professionals, a vegades costa d'assimilar però que ho acaben acceptant, i els que no ho accepten directament deixen de venir i es perd el seguiment. Encara que em va sorprendre el que em va explicar la psicòloga, i és que segons la seva experiència a les famílies els hi costa més acceptar el tractament que el diagnòstic. No només el farmacològic sinó també el conductual, ja que té major impacte en les seves vides. Interfereix més en la seva vida quotidiana el fet que hagin d'anar de visita al CSMIJ dos cops per setmana, i en el cas que requereixen la intervenció d'un altre professional, com la treballadora social, les visites al CSMIJ augmenten, i segons explica moltes famílies no poden seguir aquest ritme en el tractament o si més no, els hi costa, perquè és temps. Per tant, una intervenció que es podria dur a terme en una temporalitat més curta s'ha d'anar allargant, ja que s'han d'adaptar a les necessitats i el ritme de la família.

Una de les treballadores socials explica que sovint els pares li demanen aclarir conceptes o dubtes que no entenen, ja que es senten més propers, i es desfoguen, així que la treballadora social molts cops fa contenció, la qual està dins de les funcions del treballador social (Gómez i Zapata, 2000; Garcés, 2010). Aquesta funció és important, ja que molts cops els pares segons expliquen la majoria de les professionals i autors com Presentación et al. (2009), tenen idees d'autoculpabilitat arran del diagnòstic de TDAH dels seus fills, i es senten qüestionat amb el seu paper com a pare, sobretot en casos de fill únic.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

La crítica que feien, la psiquiatra i la psicòloga sobre aquest fet, és que la simptomatologia del TDAH no està acceptada per la societat, el fet que el nen o adolescent es despisti, sigui inquiet, que li caigui el bolígraf, que no pugui estar assegut durant més de 5 min o que no es pugui concentrar fent deures o a classe, és un tipus de clínica que està més normalitzada, i per això "se'l taxa de nen mal educat, i que en el fons és un nen que pot arribar a molestar però no es té consciència de que no ho fa volent sinó perquè no pot fer-ho d'un altre manera" (Psicòloga). En definitiva, no es té prou consciència ni s'identifica com a simptomatologia d'un trastorn, però la realitat és que crea un impacte i interfereix de forma negativa en la seva vida, en coses tan simples com no el convidin a festes d'aniversari o que cada dia el treuen de classe, i no es just que això si a causa d'un trastorn el qual es pot tractar.

La reflexió que puc extreure és que lo just seria que tots els nens tinguin les mateixes oportunitats, i la psicopatologia lluita per això, per col·locar-los en la mateixa línia de sortida. Ja sigui començant en una àrea més preventiva com l'atenció primària, i després si cal més específica com el CSMIJ.

I per això hi ha tan de ressò amb el diagnòstic de TDAH, perquè hi ha part de la societat que vol normalitzar aquestes situacions o continuar normalitzant-les com es feia abans. Un exemple són autors com Anseán (2013) parlen de la psiquiatrització de conductes quotidianes, o Valverde (2013) sobre l'afectació negativa del diagnòstic de TDAH al nen i la precipitació a l'hora de la realització d'aquest.

Per últim, les professionals no consideren que existeixi cap tipus de prototip familiar per què un nen tingui TDAH, el que sí que s'ha trobat és que la majoria de casos de TDAH que atenen les treballadores socials es tracta de famílies monoparentals i amb conflictivitat entre els progenitors, on molts cops es veu incrementada pel diagnòstic. Aquesta característica també apareix en la Guia de la Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, (2010). Contràriament Alós i Ruiz (2013) i Agirrezabala et al. (2013) sí que assenyalen la influència de les característiques socioeconòmiques de la família i diagnòstic i tractament del TDAH. També ho apunta l'estudi suec de Hjern et al. (2010) on els fills de famílies amb risc d'exclusió social presenten risc en rebre medicació per diagnòstic de TDAH.

## **6. CONCLUSIONS**

Un cop finalitzada la recerca hi ha diferents aspectes a destacar sobre l'assoliment dels objectius marcats. Per una banda, si recordem l'objectiu general **“fer un aprofundiment teòric sobre el diagnòstic de TDAH, les principals crítiques i el tractament més recomanable”** el puc donar com a assolit a través de la realització del present treball, cercant diverses bases de dades, escrits amb diferents opinions i utilitzant tota la informació necessària per a la redacció dels apartats del marc teòric del treball, a més de la utilització d'entrevistes a professionals especialistes que treballen dia a dia amb nens i adolescents diagnosticats de TDAH i coneixen de primera mà el trastorn i el seu abordatge.

Arran d'aquest objectiu general, es desprenen tres objectius específics que concreten més la intenció del treball, aquests serien: **“Conèixer la intervenció que es realitza des de Treball Social amb els infants i adolescents diagnosticats de TDAH”**, **“Analitzar quina és la perspectiva des del treball social sobre aquest fenomen i l'impacte del diagnòstic de TDAH en el sistema familiar dels pacients”** i **“Contrastar la visió en la pràctica del treball social sobre el TDAH (en el Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic) davant el context teòric de crítica actual”**.

Per una banda, considero que tots tres han sigut assolits en la recerca i en el meu coneixement, sobretot ho he apreciat en el moment de realitzar l'apartat d'anàlisi i discussió, clau en el treball. L'anàlisi en profunditat de les entrevistes, comparant-les amb la part més teòrica m'ha suposat un volum de coneixement extraordinari. I a la vegada, podia reafirmar o contraposar idees, com per exemple, la importància del Treball Social en l'àmbit de la salut mental infantil i juvenil, ja que ha estat reconegut i valorat per professionals d'altres disciplines del Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic, reafirmant així la idea dels últims apartats del marc teòric.

Respecte dels dos altres objectius, he pogut conèixer la visió de tres treballadores socials que intervenen especialitzat en psiquiatria infanto-juvenil, i que es troben en la part més pràctica d'aquest fenomen, de manera que han donat llum a l'aprofundiment a la recerca amb la seva visió, a més de la psiquiatra i la psicòloga especialistes en TDAH. Respecte als resultats de les entrevistes, he de dir que no m'he trobat gaire controvèrsia en les opinions de les treballadores socials, encara

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

que sempre hi havia matisos en les respostes, i considero que hi ha bastant de consens en la visió del fenomen entre el treball social i les altres dues disciplines. Puc interpretar que es confia en la tasca que realitzen uns i els altres, i es dóna valor i reconeixement. També al treballar en el mateix servei, i algunes d'elles en el mateix equip, fa que existeixi aquesta dinàmica. Tot i així cal dir, que en la majoria de les preguntes la psicòloga i la psiquiatra tenien el mateix criteri i opinió.

També he d'afegir que en les respostes d'una de les treballadores socials sí que podia percebre més disconformitat en alguns aspectes com la medicació i que coincidia amb la crítica d'alguns autors, però considero que també podia ser pel poc temps que porta treballant en l'àmbit de la psicopatologia, de la mateixa manera crec que cadascú és lliure de tenir la seva opinió sobre qualsevol tema, i en aquest cas, sobre el TDAH.

Després d'haver realitzat el treball, considero que hi ha una falta de coneixement i de consciència per part d'alguns autors sobre el TDAH i el que implica en la vida del nen i la família, ja que tenen una visió reduccionista i a la vegada generalista en la seva crítica, ja que criticant un sol aspecte com seria la medicalització engloben tot el trastorn, i alguns fan valoracions que sembla que no tinguin presents la vivència del nen i la família.

És un trastorn molt més complex del que realment pot semblar, una evidència d'això són tots els dispositius, recursos i professionals que té darrere i que s'activen per intentar millorar la vida dels nens i adolescents diagnosticats de TDAH i les seves famílies a través de la seva intervenció directa, i el treball de prevenció i conscienciació, intentant eliminar estigmes i falses creences, la qual cosa és molt important, i no només en el TDAH sinó en tot l'àmbit de la salut mental.

Fer un treball sobre el TDAH té les seves dificultats, ja que és un tema extens, hi ha molta informació i estudis amb diferents opinions, i has de saber sintetitzar i seleccionar la informació adequada i que vagi millor per la recerca. Personalment m'he trobat amb un excés d'informació que ha comportat certes complicacions a l'hora de fer la selecció per crear el marc teòric. Per un altra banda, passa totalment al contrari pel que fa a la bibliografia de treball social i TDAH, m'ha resultat costós trobar informació, hi ha molt poca publicació sobre aquest tema. I és un aspecte que també m'ha remarcat una de les treballadores socials entrevistades, i és un fet que reivindico i, a la vegada, poso el meu gra de sorra amb la present recerca d'aquest treball, ja que hi ha interès per part dels treballadors socials en enriquir-nos i de

---

## **El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil: El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

conèixer més sobre l'àmbit de salut mental infantil i juvenil, i més concretament en aquest cas sobre el diagnòstic de TDAH, des de la perspectiva de la professió del Treball social.

La principal limitació del treball és haver utilitzat una mostra reduïda i d'un únic servei, ja que també podria haver pogut conèixer la intervenció que es fa en altres CSMIJ, però va ser una elecció que m'ajudava a centrar-me i que complementava a la informació principal de la resta del marc teòric, podent aprofundir més sobre el coneixement de la intervenció del TDAH i d'un servei en concret. Tal i com he esmentat en l'apartat de metodologia del treball, al Servei de psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic és on vaig realitzar les pràctiques de 4t curs del grau en Treball Social, de manera que també es tractava d'una inquietud meva personal fer-lo en aquest context institucional.

Un altra limitació que em vaig trobar un cop iniciada la recerca, que pot servir de cara a futures investigacions i com a millora del present treball, és el fet de no haver entrevistat a pares. És un aspecte que es pot trobar a faltar en el treball, i que hagués enriquit part de la recerca, però aquesta està centrada en la perspectiva professional dels treballadors socials, i l'he complementat amb entrevistes a dos professionals de la sanitat (psicòloga i psiquiatra), imprescindibles en la intervenció amb pacients amb TDAH, ja que són els responsables de la realització del diagnòstic, i els que es troben prèviament de la intervenció del treballador social. Tampoc volia fer més entrevistes a altres professionals que no fossin treballadors socials.

Com a conclusió de la recerca, considero que la causa principal de les crítiques i l'escepticisme del TDAH és que el diagnòstic és clínic, és a dir, està basat en els símptomes, els quals com ja s'ha comentat estan normalitzats per la societat. Com que no existeix cap prova física (com una anàlisi de sang) que confirmi que un nen té TDAH, fa que sigui fàcil especular sobre la seva fiabilitat i/o existència d'aquest. Per aquest motiu s'ha d'apostar per la col·laboració de les famílies i les institucions sanitàries i educatives, i de tota la societat en general, per afrontar qualsevol adversitat i donar protecció a la infància i adolescència, amb diagnòstic de TDAH, amb la necessitat de conscienciar i fer visible les dificultats reals que tenen en les seves vides.

En quant el paper del treballador social, en la intervenció d'aquest trastorn aporta dades necessàries per a l'explicació d'algunes simptomatologies, i gràcies a

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

aquestes informacions extretes de l'exploració de l'entorn del nen, es pot saber quines poden ser les possibles causes. Aquestes dades són plasmades amb el diagnòstic social, eina que s'utilitza en qualsevol àmbit de la professió on es captura la situació social de la família que està vivint en el moment actual de la intervenció. A partir d'aquí, en el cas de salut mental infanto-juvenil, es centra com a figura central el menor i es situa al seu voltant les persones de referència que seran amb les que es treballarà. Tot i ser el nen el protagonista, els pares no deixen de ser principals i imprescindibles, ja que ells també tenen inquietuds i patiment, i des del treball es fa un abordatge i es treballa amb els sentiments i les inquietuds d'aquests pares, molts cops fent contenció emocional. El treballador social en l'àmbit de la psiquiatria infantil intervé i és el connector entre el context i l'entorn del nen (i la família) amb la psicopatologia i la intervenció clínica. Tenint en compte el que suposa trobar-se amb un problema de salut mental i el que implica en la seva vida, és a dir, el treballador social treballa amb l'impacte que crea el trastorn en la vida del nen i el nucli familiar.

D'aquesta manera vull destacar la presència fonamental del treball social en salut mental infantil i juvenil, ja que la psicopatologia està molt vinculada al context del nen, i el col·lectiu de menors amb algun problema de salut mental pot estar exposat a tenir més dificultats, i si el situem en un context de necessitats socioeconòmiques o conflictes familiars, trobaríem una situació de risc social.

Per acabar, he de dir que aquest treball a més d'aportar-me nous coneixements sobretot el que envolta la psicopatologia del TDAH i la intervenció del treball social, m'ha fet veure que no tot és el que sembla i que no s'ha de jutjar sense tenir criteri, i més tractant-se sobre temes de salut.

**“La nostra recompensa es troba en l'esforç i no en el resultat. Un esforç total és una victòria completa” Mahatma Gandhi” (1869-1948) Polític i pensador indi.**

## **7. BIBLIOGRAFIA**

- Agirrezabala, J., Aizpurua, I., Albizuri, M., Alfonso, I., Armendáriz Bengoa, A., ...Valverde, E. (2006). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el niño-adolescente. *Infac*, 14(9), 38-42
- Agirrezabala, J., Aizpurua, I., Albizuri, M., Alfonso, I., Armendáriz, M., Barrondo, S., ...Valverde, E. (2013). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): ¿infra o sobrediagnosticado? ¿infra o sobremedicalizado?. Una reflexión. *Infac*, 21(5), 34-39.
- Alós, C., i Ruiz, C. (2013). Las otras verdades del TDAH. *Aula de Infantil*, (70), 27-31.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Anseán, A. (2013). Psiquiatrización de la vida cotidiana. Disease mongering en salud mental. *Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental*, 1, 223-242.
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(3), 237-57.
- Brown, TE. (2003). Trastorno por déficit de atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos; Masson, Barcelona.
- Cardo, E., Bustillo, M., i Servera, M. (2007). Valor predictivo de los criterios del DSM-IV en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención / hiperactividad y sus diferencias culturales, 44(Supl 2), 19-22.
- Castells, P. (2013). TDAH: solament amb pastilles?. *Pediatría Catalana: Butlletí De La Societat Catalana De Pediatria*, 73(4), 147-149.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- De Burgos, R., Barrios, M., Engo, R. et al. (2009). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores. Barcelona: Glosa.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

Departamento de Educación del Gobierno de Navarra (2012). Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en las aulas. Pamplona: Departamento de Educación

Díaz, J., Gallego, B., & León, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1), 0-0. Recupera't a través de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n1/mgi07106.pdf>

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

Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., i Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116(3), 364-369.

Fominaya, C. (2015). El sobrino nieto de Sigmund Freud: «El TDAH es un invento» - ABC.es. Recuperat a <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20131126/abci-freud-psicoanalista-ninos-201311221704.html>

Fundación Adana. (2009). *Fundacionadana.org*. Recuperat a <http://www.fundacionadana.org>

Fundación CADAH (2012). *Fundacioncadah.org*. Recuperat a <http://www.fundacioncadah.org>

Fundació Sant Joan de Déu, coordinador (2010). *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 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Gálvez, J. J. (2010). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Medicina naturista*, 4(1), 9-14.

García, J.J., i Domínguez, J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evidencias En Pediatría*, 1-5.



---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

- Garcés, E. (2010). *El Trabajo Social en Salud Mental. Cuadernos de Trabajo Social*. Universidad de Zaragoza.
- Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament (2013). *El TDAH: detecció i actuació en l'àmbit educatiu*. Recuperat a <http://ensenyament.gencat.cat/ca/departament/publicacions/colleccions/inclusio/tdah-deteccio/>
- Gómez, C., i Zapata, R. (2000). *Psiquiatria, salud mental y trabajo social*. Madrid: Eunate.
- González, E. (2012). Intervención social en los trastornos de conducta perturbadora (incluidos TDAH). *Cuadernos De Psiquiatria Comunitaria*, 11(2), 73-85.
- Hjern, A., Weitoft, G. and Lindblad, F. (2010), Social adversity predicts ADHD-medication in school children – a national cohort study. *Acta Paediatrica*, 99: 920–924
- López , G. F., López, L., i Díaz, A. (2015). Efectos de un programa de actividad física en la composición corporal de escolares con TDAH. *Kronos*, 14(2).
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P., ... i Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 49(5), 257-264.
- Mas, C. (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica, ADHD in the Psychological Clinical Practice. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., i Romero, B. (2006). *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores*. 2ª ed. Barcelona: Fundación Adana / Mayo.
- Valverde, M. (2013). Trastorno por déficit de atencional e hiperactividad TDA/H. Grupo de Clínica Infantil del Colegio de Psicólogos de Navarra. Recuperat a <https://entzumena.files.wordpress.com/2013/12/texto-documento-consentimiento-informado-tdah-definitivo.pdf>
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(12), 1073.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

- Narbona, J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: niños trastornados, o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*, 32 (3), 229-231.
- Palomar, M. i Suarez, E. (1993). El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, (2), 169-184.
- Presentación, M. J., Pinto, V., Meliá, A., i Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 2(34), 18–26.
- Per a un consens clínic del TDAH. (2015). *consensotdah*. Recuperat a <http://consensotdah.blogspot.com/>
- Porcel i Omar, P. (2008). *El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Barcelona: Acadèmica de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.
- Quiroga, V. i Guasch, C. (2014). "L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya". *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 57, p. 135-153.
- Reed, G. M., Anaya, C., i Evans, S. C. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? (Spanish). *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 12(3), 461–473. Recuperat a <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=79557808&lang=es&site=ehost-live>
- Rodés, J., Piqué, J.M., i Trilla, A. (2007). *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA* (p. 494). Barcelona: Fundación BBVA.
- Soutullo, C. i Diez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Médica Panamericana.
- STILL. Asociación Balear de Padres de Niños con TDAH (2007). Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH. Palma de Mallorca: Asociación Still.

---

**El Treball Social en Salut Mental Infanto-juvenil:  
El TDAH en el Servei de Psiquiatria Infanto-juvenil de l'Hospital Clínic**

---

TDAHYTU (2015). *Tdah.es*. Recuperat a <http://www.tdahytu.es/criterios-para-diagnosticar-el-tdah/>

Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD: A historical account of diagnostic concepts. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(2), 69–75. doi:10.1007/s12402-010-0051-x

Zambrano, E., Del Río-Carlos, Y., Vázquez, F., Alfaro, A. (2014). Terapia familiar sistémica en el tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 16(7).