

ELS SISTEMES EDUCATIUS COMPRENSIUS I ELS NENS I JOVES AMB SÍNDROME D'ATENCIÓ DEFICIENT

Francesc Martínez i Vergés. Departament de Ciències. I.E.S. Torredembarra

Una de les grans dificultats de l'epidemiologia psiquiàtrica és que el diagnòstic de desordre mental és mal acceptat tant pels pacients com per les seves famílies. Per això la població és molt reticent respecte al registre sistemàtic de dades psiquiàtriques, fins i tot si és un registre anònim (McNEDEY-SAIAG, 1991). A més a més, si és difícil acceptar el diagnòstic de malaltia mental en el cas dels adults, encara ho és més si es tracta de nens i joves. Però, tot i les dificultats d'investigació epidemiològica en aquest camp, estudis cada vegada més amplis i acurats indiquen una prevalència força elevada dels desordres psiquiàtrics en nens i adolescents. En aquest tram d'edats, els índexs de prevalència varien entre un mínim del 6% i un màxim del 20%, en funció de diversos factors, inclosos els diferents mètodes de diagnòstic (McNEDEY-SAIAG, 1991; GELDER, 1993).

La taula 1 recull els desordres psiquiàtrics més freqüents entre nens i adolescents. D'aquests desordres, des del punt de vista dels sistemes educatius, mereix una consideració especial la síndrome d'atenció deficient, tant per les dificultats que comporta per a l'aprenentatge com per la seva alta prevalència. Aquest trastorn ha rebut diversos noms en el passat: reacció hipercinètica de la infància, síndrome hipercinètica, síndrome del nen hiperactiu, lesió cerebral mínima, disfunció cerebral mínima i disfunció cerebral menor. Actualment es descriuen tres trastorns relacionats però diferenciats: 1) trastorn per dèficit d'atenció sense hiperactivitat; 2) trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat i 3) trastorn per dèficit d'atenció de tipus residual (WORSTAL i SILVER, 1989).

L'aprenentatge requereix capacitat de concentració i atenció, entre d'altres condicions. Òbviament, en sistemes educatius selectius, els alumnes amb aquesta mena de desordres psiquiàtrics difícilment podien promocionar a nivells superiors, amb la qual cosa aviat deixaven d'existir per al sistema. Això és un dels factors que ha contribuït al fet que fins fa poc es parlés del "nen hiperactiu" com si fos una condició associada exclusivament a la infància. De fet encara hi ha autors relacionats amb el medi docent que continuen utilitzant aquesta terminologia (PERULLA, 1993).

En realitat, segons les dades epidemiològiques actuals, entre l'1 i el 6% de la població prepuberal presenta la síndrome d'atenció deficient, amb una distribució entre nois i noies de 8 a 1, i es donen tres situacions respecte al curs de la malaltia (McNEDEY-SAIAG, 1991):

- 1) Una retirada completa i espontània de totes les manifestacions del desordre cap als 12 anys (20% dels casos).
- 2) Persistència de totes les manifestacions del desordre durant la vida adulta (43% dels casos).
- 3) Regressió de la hiperactivitat, però persistència dels desordres emocionals, d'aprenentatge i de conducta associats amb aquesta síndrome (37% dels casos).

Així doncs, el curs de la malaltia és molt variable, oscil·lant entre la persistència i la remissió total. En cas de remissió, la hiperactivitat és el primer signe a remetre, i la manca d'atenció, l'últim. Desgraciadament, la remissió total i sense deixar seqüeles no és el cas més freqüent descrit a la literatura: un 80% dels nens amb síndrome d'atenció deficient continuen presentant, si més no,

- A. Retard mental.
- B. Trastorns per dèficit d'atenció.
- C. Fracàs escolar (fòbia escolar).
- D. Tics.
- E. Crisis d'identitat.
- F. Toxicomanies: alcohol; altres drogues.
- G. Fòbies.
- H. Trastorns de conducta: fugues; comportament antisocial.
- I. Inici de psicosis maníaco-depressives.
- J. Esquizofrènia.
- K. Suïcidi.
- L. Trastorns emocionals i de personalitat.
- M. Anorèxia mental.

Taula 1. Principals problemes de salut mental en el grup d'edat constituït pels nens en edat escolar i els adolescents. (PIÉDROLA, 1988).

A. *Manca d'atenció. Almenys tres dels símptomes següents:*

1. Sovint no pot acabar les coses que comença.
2. Sovint sembla que no escolta.
3. Es distreu amb facilitat.
4. Té dificultats per concentrar-se en el treball escolar o en tasques que exigeixen una atenció sostinguda.
5. Té dificultats per a concentrar-se en el joc.

B. *Impulsivitat. Almenys tres dels símptomes següents:*

1. Sovint actua sense pensar.
2. Canvia d'una activitat a l'altra amb excessiva freqüència.
3. Té dificultats per a organitzar-se en la feina (sense haver-hi un dèficit cognoscitiu).
4. Necessita constantment supervisió.
5. Cal cridar-li l'atenció a casa freqüentment.
6. Li costa esperar el seu torn en els jocs o en situacions de grup.

C. *Hiperactivitat. Almenys dos dels símptomes següents:*

1. Corre d'una banda a l'altra excessivament o s'enfila als mobles.
2. Li costa romandre quiet en un lloc o es mou excessivament.
3. Li costa romandre assegut.
4. Es mou molt mentre dorm.
5. Està sempre «en marxa» o actua «com si el moguéssim un motor».

D. *Inici abans dels 7 anys.*

E. *Duració almenys de 6 mesos.*

Taula 2. Criteris per al diagnòstic del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat. (KAPLAN i SADOCK, 1987; VELILLA-PICAZO, 1991). El conjunt de símptomes que s'especifiquen corresponen a nens de 8 a 10 anys, edat en la qual poden observar-se amb més facilitat. Nens menors poden presentar símptomes més greus i nombrosos. Passa el contrari amb nens de més edat.

problemes d'atenció a partir dels 12 anys.

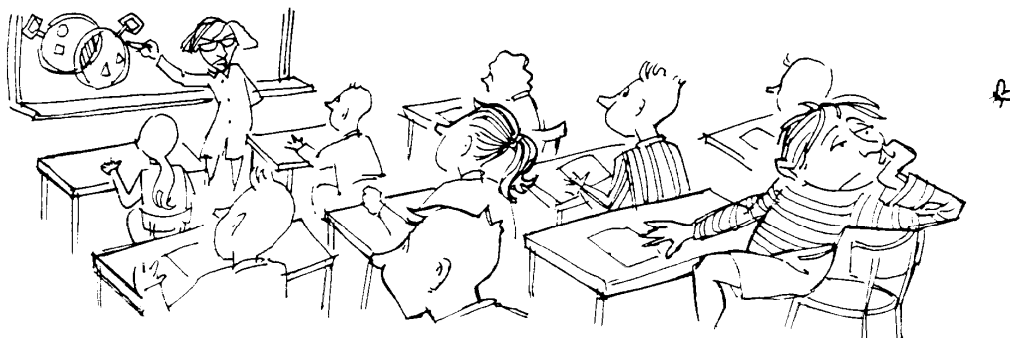
Els nens hiperactius, a part de problemes d'aprenentatge, poden presentar tendència a desenvolupar conductes sociopàtiques, trastorns de la personalitat, esquizofrènia o depressió. A més a més, aquests problemes poden persistir en la vida adulta, malgrat la seva disminució general i/o desaparició final de la hiperactivitat motora en l'adolescència (KAPLAN i SADOCK, 1987).

A les taules 2, 3 i 4 es recullen els criteris per al diagnòstic del trastorn per dèficit d'atenció. En consultar-les, bona part del professorat implicat en l'ensenyament obligatori constata que força alumnes complirien abastament les condicions indicades de manca d'atenció, impulsivitat i hiperactivitat necessàries per al diagnòstic d'aquest trastorn.

Els sistemes educatius comprensius, per definició, atenen a tothom, inclosos els alumnes amb aquests desordres mentals, i, donada la prevalència i curs del trastorn, és lògic que hi hagi un nombre significativament important de nens, adolescents i joves amb aquesta condició. Però que es mantingui els alumnes amb aquests desordres dins del sistema educatiu no suposa que tinguem solucions màgiques per a superar les serioses dificultats d'aprenentatge individual que presenta cada un d'ells ni per superar les dificultats globals que creen al propi sistema. El problema s'agreuja quan no s'informa els professors (els responsables educatius directes d'aquests alumnes) sobre la situació real amb què treballen.

Des del punt de vista dels afectats per aquesta condició i les seves famílies, cal recordar que hi ha tractaments farmacològics i psicoterapèutics necessaris i útils, si bé, fins ara, no són ni de resultats garantits ni fàcils d'aplicar. Des del punt de vista dels docents i el sistema educatiu, seria interessant reflexionar sobre la situació real i no reduir determinats casos a un simple "és difícil". D'altra banda, caldria tenir present que:

- 1) Per les característiques del trastorn, els centres d'ensenyament obligatori comprensius són el principal



lloc de detecció dels afectats per la síndrome d'atenció deficient, però el tractament, complex, no és, ni de bon tros, únicament escolar.

- 2) Carregar els nivells obligatoris dels sistemes educatius amb casos que requereixen atenció psiquiàtrica tant o més que docent, sense ni un lleu avís als professors implicats (ja sigui per pietat envers els malalts, per un excés de confiança en les possibilitats del propi sistema o, simplement, per ignorància) pot conduir a disfuncions greus d'aquests sistemes.

A. *Manca d'atenció. Almenys tres dels símptomes següents:*

1. Sovint no pot acabar les coses que comença.
2. Sovint sembla que no escolta.
3. Es distreu amb facilitat.
4. Té dificultats per concentrar-se en el treball escolar o en tasques que exigeixen una atenció sostinguda.
5. Té dificultats per a concentrar-se en el joc.

B. *Impulsivitat. Almenys tres dels símptomes següents:*

1. Sovint actua sense pensar.
2. Canvia d'una activitat a l'altra amb excessiva freqüència.
3. Té dificultats per a organitzar-se en la feina (sense haver-hi un dèficit cognoscitiu).
4. Necessita constantment supervisió.
5. Cal cridar-li l'atenció a casa freqüentment.
6. Li costa esperar el seu torn en els jocs o en situacions de grup.

C. *Hiperactivitat. Almenys dos dels símptomes següents:*

1. Corre d'una banda a l'altra excessivament o s'enfila als mobles.
2. Li costa romandre quiet en un lloc o es mou excessivament.
3. Li costa romandre assegut.
4. Es mou molt mentre dorm.
5. Està sempre «en marxa» o actua «com si el moguéssim un motor».

D. *Inici abans dels 7 anys.*

E. *Duració almenys de 6 mesos.*

Taula 3. Criteris per al diagnòstic del trastorn per dèficit d'atenció sense hiperactivitat. (KAPLAN i SADOCK, 1987). Els criteris per a aquest trastorn són els mateixos que per al dèficit d'atenció amb hiperactivitat, excepte que l'individu no ha presentat mai signes d'hiperactivitat.

Referències bibliogràfiques

GELDER, M., GATH, D. i MAYOU, R. *Psiquiatria*. Nueva Editorial Interamericana S.A. México. 1993.

KAPLAN, H.I. i SADOCK, B.J. *Compendio de psiquiatria*. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1987.

McNEDEY-SAIAG. *Epidemiological Data in Child Psychiatry, in SEVA, A. (Director)*, «The European Handbook of Psychiatry and Mental Health». Editorial Anthropos. Editorial del Hombre y Prensas Universitarias de Zaragoza. Barcelona. 1991.

PERULLA, T. *El nen hiperactiu*. Crònica d'Ensenyament, 60 (1993) 6-7.

PIÉDROLA, G., i altres. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Salvat Editores, S.A., 8ª Edició. Barcelona. 1988.

VELILLA-PICAZO, J.M. *The Hyperkinetic Syndrome, in SEVA, A. (Director)*. «The European Handbook of Psychiatry and Mental Health». Editorial Anthropos. Editorial del Hombre y Prensas Universitarias de Zaragoza. Barcelona. 1991.

WORSTAL, R. i SILVER, L.B. *Trastornos por déficit de atención, in KAPLAN, H.I. i SADOCK, B.J. (Directors)*. *Tratado de Psiquiatria*. Salvat Editores, S.A., 2ª Edició. Barcelona., 1989.

- A. L'individu ha de presentar, en primer lloc, els criteris per als trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat. (Aquesta informació pot procedir de l'individu o d'altres persones, com membres de la seva família).
- B. Els signes d'hiperactivitat ja no estan presents, però persisteixen altres signes de la malaltia, sense períodes de remissió, que reflecteixen la impulsivitat i el dèficit d'atenció (per exemple, dificultat per a organitzar la feina, dificultat de concentració, adopció ràpida de decisions sense pensar en les conseqüències).
- C. Els símptomes d'impulsivitat i manca d'atenció donen lloc a algun tipus de deteriorament en l'activitat social o laboral.
- D. Tots aquests símptomes no es deuen a una esquizofrènia ni a un trastorn afectiu ni a un retard mental greu o profund o a trastorns esquizotípics o trastorns límit de la personalitat.

Taula 4. Criteris per al diagnòstic del trastorn de dèficit d'atenció, tipus residual (KAPLAN i SADOCK, 1987).