

Maria Pedrola Vila

**LA POR, LA IMPULSIVITAT I L'ÀLLAMENT: 3 CASOS
CLÍNICS VISTOS A CSMIJ REUS**

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit per la Dra. Josefa Canals Sans

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2024

Aquest treball conté informació confidencial que no pot ser compartida. Per aquest motiu en aquesta versió només s'hi pot trobar l'índex, la fonamentació teòrica de cada cas i les referències que s'han utilitzat per a la realització del treball.

Índex

Cas 1: El Pànic a Sortir de Casa	1
Fonamentació Teòrica del Problema	1
Presentació del Cas	2
<i>Anamnesi</i>	3
Anàlisi Funcional	5
Orientació de diagnòstic	7
<i>Hipòtesi diagnòstica</i>	7
<i>Diagnòstic diferencial</i>	8
Avaluació	9
Proposta d'avaluació	10
Objectius de tractament	11
Proposta d'intervenció	12
Resultats esperats i seguiment	17
Cas 2: El no parar	18
Fonamentació Teòrica del Problema	18
Presentació del Cas	20
<i>Anamnesi</i>	20
Antecedents	21
Anàlisi Funcional	22
Orientació diagnòstica	24
<i>Hipòtesi diagnòstica</i>	24

<i>Diagnòstic diferencial</i>	25
Avaluació	26
<i>Proposta d'avaluació</i>	27
Objectius de tractament.....	27
Proposta d'intervenció	28
Resultats esperats i seguiment	35
Cas 3: La complexitat social	36
Fonamentació Teòrica del Problema	36
Presentació del Cas	37
<i>Anamnesi</i>	38
Anàlisi Funcional	39
Orientació diagnòstica	41
Avaluació	42
<i>Proposta d'avaluació</i>	43
Objectius de tractament.....	45
Proposta d'intervenció	46
Resultats esperats i seguiment	52
Discussió de les limitacions i conclusions del treball	54
Referències bibliogràfiques	55
Annexes	62
Annex 1. Criteris diagnòstics pel trastorn de pànic (DSM-5, 2014) .	62
Annex 2. Criteris diagnòstics per l'agorafòbia (DSM-5, 2014)	64

Annex 3. Resultats WISC-V Cas 1.....	66
Annex 4. Resultats ADI-R Cas 1	67
Annex 5. Resultats temptatius SCARED Cas 1	68
Annex 6. Resultats temptatius PAS Cas 1	68
Annex 7. Taula exemple d'autoregistre model ABC Cas 1.....	69
Annex 8. Jerarquia de situacions fòbiques Cas 1.....	69
Annex 9. Exemple d'autoregistre per reavaluar el pensament Cas 1	70
Annex 10. Exemple desglossament de situació ansiògena en objectius específics Cas 1	70
Annex 11. Exemple d'autoregistre d'exposicions Cas 1	71
Annex 12. Criteris diagnòstics pel trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (DSM-5, 2014) – Cas 2.....	71
Annex 13. Criteris diagnòstics pel trastorn d'insomni (DSM-5, 2014) – Cas 2	77
Annex 14. Resultats WISC-V Cas 1.....	79
Annex 15. Perfil ENFEN – Cas 2.....	80
Annex 16. Exemple autoregistre de son	81
Annex 17. Tècniques d'autocontrol i respiració: Tinc un volcà i el conte de la tortuga – Cas 2.....	81
Annex 18. Fitxa d'exemple per treballar la regulació emocional – Cas 2	83
Annex 19. El detectiu dels pensaments – Cas 2.....	83

Annex 20. Criteris diagnòstics pel Trastorn de l'Espectre de l'Autisme (DSM-5, 2014) – Cas 3	84
Annex 21. Criteris diagnòstics per al trastorn de depressió major (DSM-5, 2014) – Cas 3	88
Annex 22. Criteris diagnòstics per al trastorn depressiu persistent (distímia) (DSM-5, 2014) – Cas 3.....	91
Annex 23. Resultats WNV – Cas 3	93
Annex 24. Resultats ADOS-2 Cas 3.....	94
Annex 25. Exemple autoregistre AVD's – Cas 3	96
Annex 26. Exemple constel·lació autista – Cas 3	97
Annex 27. Exemple autoregistre regulació d'emocions – Cas 3.....	97

Cas 1: El Pànic a Sortir de Casa

Fonamentació Teòrica del Problema

Segons el *Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5;* American Psychiatric Association [APA], 2014), el trastorn de pànic es defineix per tenir atacs de pànic recurrents i inesperats, seguits per la preocupació per patir-ne més o per les seves conseqüències i/o presentar comportaments mal adaptatius per evitar aquestes crisis (Asmundson et al., 2014).

Tot i que en adults és un dels trastorns ansiosos més prevalents (Sánchez-Meca et al., 2010; Liebscher et al., 2016; Osma et al., 2016; Rabasco et al., 2022), en la població infantojuvenil la seva incidència és molt menor, sent un dels trastorns d'ansietat amb menys prevalença (Kowalchuk et al., 2022), amb una prevalença menor al 0,4% abans dels 14 anys (Alonso i Carracedo, 2022).

El desenvolupament i el curs del trastorn de pànic estan influenciats per factors biològics, psicològics i socials. Els investigadors han identificat diversos factors de vulnerabilitat o risc associats a la predisposició d'una persona a patir aquest trastorn. Des de l'enfocament biològic, estaquen els factors genètics i els antecedents familiars; des del cognitiu/psicològics, característiques de personalitat, la sensibilitat a l'ansietat i l'afecte negatiu són factors de risc per a l'aparició de crisis d'angoixa i la posterior preocupació; i des del social, estressors vitals com experiències d'abusos sexuals o maltractes físics i exposicions a tòxics també es poden classificar com factors de risc (Osma et al., 2014; Osma et al., 2016; Alonso i Cerrado, 2022; Kowalchuck et al., 2022).

És un trastorn que tendeix a la cronicitat, ja que és resistent a la remissió espontània (Sánchez-Meca, et al., 2010). Diversos estudis que relacionen variables clíniques amb l'inici primerenc d'un trastorn de pànic refereixen major freqüència d'antecedents familiars, una major gravetat dels símptomes i un augment de la comorbiditat, principalment amb l'agorafòbia però també amb altres trastorns ansiosos i depressius (Osma et al., 2014). Així doncs, la tendència a la cronicitat d'aquest trastorn també augmenta amb un inici primerenc, ja que està associat amb un quadre clínic de més gravetat (Alonso i Cerracedo, 2022), afectant greument la qualitat de vida de les persones que el pateixen.

El trastorn de pànic sovint s'associa amb l'agorafòbia, que es caracteritza per la por o ansietat intensa davant l'exposició a llocs públics i la consegüent evitació d'aquestes situacions per por a no poder escapar-ne o rebre ajuda (*DSM-5*, APA, 2014; Gordon et al., 2014). Malgrat la seva independència des de la publicació del *DSM-5* (APA, 2014), la comorbiditat entre aquests dos trastorns és freqüent (Osma et al., 2014).

El tractament d'elecció pels trastorns d'ansietat és la teràpia cognitiva-conductual (TCC) (Samantaray et al., 2022) i, més concretament pel trastorn de pànic, les intervencions amb més suport empíric són aquelles que contenen components educacionals, cognitius, d'exposició i de relaxació (Sánchez-Meca et al., 2010).

Cas 2: El no parar

Fonamentació Teòrica del Problema

Segons el *DSM-5* (APA, 2014), el Trastorn per Dèficit d'Atenció/Hiperactivitat (TDAH) és un trastorn del neurodesenvolupament caracteritzat per un patró persistent d'inatenció i/o hiperactivitat-impulsivitat que es manifesta en la infància i que afecta el funcionament de la persona que el pateix en diferents contextos de la seva vida. És el trastorn més comú en l'etapa infantojuvenil, afectant al voltant d'un 5% d'aquesta població (Taylor, 2017, citat a Balbuena, 2023), entre un 3 i un 9% de prevalença segons el context geogràfic (Ogundele i Ayyash, 2023), i a un 2,5% de la població adulta (Alonso i Carracedo, 2022). És més comú en nens que en nenes amb una proporció 3-16:1 en població clínica i 3:1 en població comunitària (Young et al., 2020).

L'etiologia del TDAH implica una interacció de factors genètics, socials i ambientals, incloent-hi exposicions prenatales i postnatales (Chang et al., 2020). Els factors de risc ambientals, componen un 10-40% de l'etiologia del trastorn, mentre que els factors de risc genètics i hereditaris en constitueixen un 70-90% (Kian et al., 2022). També s'associa amb dèficits en l'estructura cerebral i el funcionament i la connectivitat neuronal (Felt et al., 2014).

El TDAH es pot manifestar de diferents maneres: amb inatenció, amb hiperactivitat/impulsivitat o de manera combinada. Pel que fa al seu curs, la simptomatologia hiperactiva pot ser visible abans dels 6 anys, mentre que els dèficits atencionals acostumen a detectar-se durant l'etapa de primària. Aquesta simptomatologia tendeix a mantenir-se estable al llarg de la infància. A l'adolescència pot disminuir la hiperactivitat i mantenir-se la inatenció, cosa

que persisteix en l'edat adulta, tot i que amb una manifestació diferent que en l'etapa infantil (Young et al., 2020).

Una varietat de condicions físiques, emocionals, de comportament i de desenvolupament poden ser comòrbides amb el TDAH (Wolraich et al., 2019), tenint un terç de les persones amb TDAH un diagnòstic comòrbid (Felt, 2014). És freqüent la comorbiditat amb el trastorn negativista desafiant, així com amb trastorns específics de l'aprenentatge (Alonso i Carracedo, 2022). En noies, el TDAH s'associa amb labilitat i desregulació emocional, dificultats tant en els dominis cognitius com en les funcions executives, amb dèficits intel·lectuals i problemes en la cognició social i les relacions interpersonals (Young et al., 2020). També és freqüent trobar que el TDAH s'associa amb alteracions del son, sent la seva relació bidireccional (Miano i Peraita-Andrados, 2014).

La guia de l'Institut Nacional de Salut i Excel·lència Clínica (NICE) recomana pel tractament del TDAH una intervenció psicosocial en casos lleus o moderats, escalant cap a un tractament farmacològic addicional per aquells casos amb una simptomatologia i deteriorament greus (Ogundele i Ayyash, 2023). Les intervencions conductuals aplicades directament als nens o indirectament a través dels adults són les més utilitzades en els processos psicoterapèutics (Alonso i Carracedo, 2022).

Cas 3: La complexitat social

Fonamentació Teòrica del Problema

Segons el *DSM-5* (APA, 2013), el Trastorn de l'Espectre de l'Autisme (TEA) és un trastorn del neurodesenvolupament que comporta una manera diferent de processar la informació, afectant, en diferent grau, el que es coneix com la Tríada de Wing: la interacció social, la comunicació i la flexibilitat i imaginació (Alonso i Carracedo, 2022). La simptomatologia del TEA es comença a fer evident durant el segon any de vida, tot i que es pot observar abans dels 12 mesos si els retards en el desenvolupament són greus i més tard dels 24 mesos si els símptomes són subtils (*DSM-5*, APA, 2014).

L'etiologia del TEA és multifactorial, hi intervenen factors genètics, epigenètics i ambientals, i la seva prevalença és d'entre l'1 i el 2% de la població, amb una ràtio nens/nenes de 3:1 (Laborena et al., 2024). Estudis actuals han remarcat la diferència de la simptomatologia masculina i la femenina, sent la d'elles menys evident pel que s'ha anomenat com "quadre emmascarat", dificultant el diagnòstic i, per tant, el tractament en nenes (Rynkiewicz et al., 2019). El camuflatge de la simptomatologia TEA a través de conductes compensatòries comporta riscos com les autolesions o la ideació i planificació suïcida, indicadors del nivell de patiment que els genera mantenir sota control les seves conductes, pensaments i univers sensorial per encaixar en la societat (Benito et al., 2022, p. 132).

Al voltant d'un 50-70% de les persones amb TEA presenten un diagnòstic comòrbid, siguin malalties mèdiques o un trastorn psiquiàtric, com el TDAH, trastorns d'ansietat, tics i trastorns depressius (Lamborena et al., 2024). En noies es mostren taxes de problemes internalitzadors superiors als

barons (Benito et al. 2022); sobretot en l'adolescència, quan s'adonen de les seves dificultats, els trastorns emocionals i d'ansietat són freqüents a causa del desgast que suposa la manca de diagnòstic i de tractament (Rynkiewicz et al., 2019).

El diagnòstic i la intervenció primerenca són essencials per garantir millors resultats (Salvadó-Salvadó et al., 2012). El TEA és un trastorn que requereix una atenció primerenca, intensiva i estructurada, així com la consideració dels progenitors com agents essencials en el tractament dels seus fills (Arróniz-Pérez i Bencomo-Pérez, 2018). Aquesta atenció primerenca s'ha d'orientar a l'infant, la família i l'entorn (centres educatius, centres de desenvolupament...) potenciant les diferents àrees de desenvolupament i fomentant una major independència (Mulas et al., 2010) al llarg de la vida de les persones amb TEA.

Referències bibliogràfiques

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Herrero, R., i Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 57(1), 193-203. <https://tuit.cat/iSh01>
- Alonso, V. i Carracedo, D. (2022). *Psicología clínica: Niños y adolescentes*. Centro Documentación de Estudios y Oposiciones CEDE.
- Álvarez, R. (2020). *Fundamentos y aplicación del método TEACCH en la intervención dirigida a personas con Trastorno del Espectro del Autismo*. <https://bit.ly/43TgM9q>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arróniz-Pérez, M.L. i Bencomo-Pérez, R. (2018). Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 23-31. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.3>
- Asmundson, G.J.G., Taylor, S. i Smits, J.A.J. (2014). Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. *Depression and Anxiety*, 31(6), 480-486. <https://doi.org/10.1002/da.22277>
- Balbuena, F. (2023). Issues in the identification, assessment and treatment of children and adolescents with ADHD. *Análisis y modificación de Conducta*, 49(180), 55-68. <https://bit.ly/4aX9296>
- Baon-Cohen, S., Hoekstra, R.A. i Wheelwright, S. (2006). The Autism-Spectrum Quotient (AQ) – Adolescent Version. *Journal of Autism and*

Developmental Disorders, 36(3), 343-350.

<https://doi.org/10.1007/s10803-006-0073-6>

Benito, A., Benito, G. i Merino, M. (2022). Trastornos del espectro autista y comorbilidad en mujeres. A Publicaciones Altaria (ed.), *Mujeres y autismo: La identidad camuflada* (p. 131-150). Altaria

Carracedo D. i Alonso, V. (2022). *Tratamientos psicológicos: Niños y Adolescentes*. Centro Documentación de Estudios y Oposiciones CEDE.

Cassidy, S. A., Bradley, L., Bowen, E., Wigham, S., & Rodgers, J. (2018). Measurement properties of tools used to assess depression in adults with and without autism spectrum conditions: A systematic review. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, 11(5), 738–754. <https://doi.org/10.1002/aur.1922>

Caye, A., Swanson, J.M., Coghill D. i Rohde, L.R. (2019). Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry*, 24(3), 390-408. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>

Chang, J.G., Cimino, F.M., i Gossa, W. (2020). ADHD in children: Common questions and answers. *American Family Physician*, 102(10), 592-602. <https://bit.ly/49wiAGN>

Confederación Autismo España. (2024). *Qué es el autismo*. <https://bit.ly/3vJwrvt>

Crane, L., Batty, R., Aceyinka H., Goddard, L., Henry, L.A. i Hill, E.L. (2018). Autism Diagnosis in the United Kingdom: Perspectives of Autistic Adults, Parents and Professionals. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(11). 3751-3772. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3639-1>

- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., i Walitza, S. (2020). ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315-335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
- Faraone, S.V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M.A., Newcorn, J.H., Gignac, M., Al Saud, N.M., Manor, I., Rohde, L.A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M.A., Albatti, T.H., Aljoudi, H.F., Alqahtani, M.M J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Felt, B. T., Biermann, B., Christner, J. G., Kochhar, P. I Harrison, R. V. (2014). Diagnosis and management of ADHD in children. *American family physician*, 90(7), 456-464. <https://bit.ly/3U8IFaj>
- Fernández-Montes, I., Casanova, I. i Cabañas, V. (2018). Estudio de caso único: Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de pánico en un adolescente. *Revista de casos clínicos en salud mental* 6(1), 27-50. <https://bit.ly/3uzWkgG>
- Galán-Luque, T., Serrano-Ortiz, M. I Orgilés, M. (2023). Effectiveness of psychological interventions for child and adolescent specific anxiety disorders: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(1), 31-41. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.3>
- Hogrefe TEA Ediciones (2024). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2*. <https://bit.ly/3PTxTCw>

- Kian, N., Samieefar, N., i Rezaei, N. (2022). Prenatal risk factors and genetic causes of ADHD in children. *World Journal of Pediatrics: WJP*, 18(5), 308–319. <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00524-6>
- Kowalchuk, A., Gonzalez, S.J. i Zoorob, R.J. (2022). Anxiety disorders in children and adolescents. *American family physician*, 106(6), 657-664. <https://bit.ly/3U9rrtD>
- Lacalle-Sisteré, M. (2010). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental* [Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa (TDX). <https://bit.ly/3xpPOdI>
- Lamborena, C., Sánchez, B., Sánchez, J., Bote, V., Medina, R., Arranz, R. i Hervás, A. (2024). Uniendo las piezas del puzle: Paciente con Trastorno del Espectro del Autismo con sintomatología afectiva mayor y tics. *Revista de psiquiatria infanto-juvenil*, 41(1), 17-260. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v41n1a5>
- Miano i Peraita-Adrados (2014). Insomnio pediátrico: clínica, diagnostico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 58(1), 35-42. <https://bit.ly/3PTyHHy>
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M.G., Etchepareborda, M.C, Abad, L. i Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84. <https://bit.ly/3UqIUir>
- Navarro-Soria, I., Fenollar, J., Carbonell, J, i Real, M. (2020). Memoria de Trabajo y velocidad de procesamiento evaluado mediante WISC-IV como claves en la evaluación del TDAH. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 7(1), 23-29. <https://doi.org/10.21134/RPCNA.2020.07.1.3>

- Ogundelle, M.O. i Ayyash, H.F. (2023). ADHD in children and adolescents: Review of corrent practice of non-pharmacological and behavioural management. *AIMS Public Health*, 10(1), 35-51. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2023004>
- Osma, J., Barrada, J. R., García-Palacios, A. i Botella, C. (2016). Influence of vulnerability factors in panic disorder severity. *Psicothema*, 28(2) 167-173. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.223>
- Osma, J., García-Palacios, A. i Botella, C. (2014). Personalidad y trastorno de pánico: Un estudio de revisión. *Anales de psicología*, 30(2), 381-394. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.150741>
- Pla director de salut mental i addiccions. Pla d'atenció integral a les persones amb trastorn de l'espectre autista (TEA). Barcelona: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, Generalitat de Catalunya; 2012.
- Rabasco, A., McKay, D., Smits, J. A., Powers, M. B., Meuret, A. E. i McGrath, P. B. (2022). Psychosocial treatment for pànic disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102528. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102528>
- Rynkiewicz, A., Janas-Kozik, M. i Slopian, A. (2019). Girls and women with autism. *Psychiatric Pol.*, 53(4), 737-752. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098>
- Salvadó-Salvadó, B., Palau-Baduell, M., Clofent-Torrentó, M., Montero-Camacho, M. i Hernández-Latorre, M.A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 54(1), 63-71. <https://bit.ly/49NTaVj>

- Samantaray, N. N., Singh, P., & Sudhir, P. M. (2022). Maximizing the non-specific factors in brief cognitive behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia: A multiple baseline case series documenting feasibility and initial efficacy. *Asian Journal of Psychiatry, 72*, 103069–103069. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103069>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F. i Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Tarver, J., Daley, D., i Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development, 40*(6), 762–774. <https://doi.org/10.1111/cch.12139>
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosí, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P.J., Hernández-Martínez, C., Jané, C., Viñas, F. i Doménech, E. (2009). The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(2), 313-327. <https://bit.ly/4asynHO>
- Vives, B. (2017). *Programa de millora de les habilitats socials per a alumnes amb Trastorn de l'Espectre Autista* [Treball de fi Màster, Universitat de Barcelona]. Dipòsit digital de la UB. <https://bit.ly/3Qdu0Zo>
- Wolraich, M.L., Hagan, J.F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S.W., Flinn, S., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J.R., Lehmann, C.U. (2019). Clinical practice guideline for diagnosis, evaluation and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and

Adolescents. *Pediatrics*, 144(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B.B., Branney, P., Becket, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilik, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., Tierney, K., Van Rensburg, K., i Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>