

Anna Tost Soler

**ESTUDI DE TRES CASOS CLÍNICS AMB TRASTORN PER
DÈFICIT D'ATENCIÓ I/O HIPERACTIVITAT**

TREBALL FINAL DE MÀSTER

Dirigit per Elisabet Sánchez Rodríguez

MÀSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2021

Aquest document conté informació confidencial i no pot ser compartit en la seva totalitat.

Índex

1. Marc teòric	4
2. Presentació i descripció del cas N	¡Error! Marcador no definido.
3. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació en el cas N	¡Error! Marcador no definido.
4. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema de N .	¡Error! Marcador no definido.
5. Definició dels objectius d'actuació	¡Error! Marcador no definido.
6. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	¡Error! Marcador no definido.
7. Presentació de les dades post-tractament: resultats aconseguits	¡Error! Marcador no definido.
8. Discussió dels resultats obtinguts	¡Error! Marcador no definido.
9. Seguiment: Resultats.....	¡Error! Marcador no definido.
10. Presentació i descripció del cas A	¡Error! Marcador no definido.
11. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació en el cas A.....	¡Error! Marcador no definido.
12. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema de A	¡Error! Marcador no definido.
13. Definició dels objectius d'actuació.....	¡Error! Marcador no definido.
14. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	¡Error! Marcador no definido.
15. Presentació de les dades post-tractament: resultats aconseguits	¡Error! Marcador no definido.
16. Discussió dels resultats obtinguts	¡Error! Marcador no definido.
17. Seguiment: Resultats.....	¡Error! Marcador no definido.
18. Presentació i descripció del cas T.....	¡Error! Marcador no definido.
19. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació en el cas T	¡Error! Marcador no definido.
20. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema de T	¡Error! Marcador no definido.
21. Definició dels objectius d'actuació.....	¡Error! Marcador no definido.
22. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	¡Error! Marcador no definido.
23. Presentació de les dades post-tractament: resultats aconseguits	¡Error! Marcador no definido.
24. Discussió dels resultats obtinguts	¡Error! Marcador no definido.
25. Seguiment: Resultats.....	¡Error! Marcador no definido.

26. Limitacions	¡Error! Marcador no definido.
27. Conclusions.....	¡Error! Marcador no definido.
28. Referencies.....	12
29. Annexes	

¡Error! Marcador no definido.

1. Marc teòric

El Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH) és un trastorn del neurodesenvolupament caracteritzat per un patró persistent d'inatenció i/o hiperactivitat-impulsivitat, que pot evolucionar amb el temps i que és susceptible de provocar dificultats en el funcionament cognitiu, educatiu i social de la persona que el pateix. Aquest patró pot està predominat per la inatenció, per la hiperactivitat-impulsivitat o per ambdós coses. És un trastorn neurobiològic que afecta entre el 2% i el 10% de la població pediàtrica del món (Mowlem et al., 2019), i que per tant s'entén com un dels trastorns de conducta més freqüents en aquest tipus de població. Pel que fa al sexe, el TDAH està més present en homes que en dones a una proporció de 2:1 en la infància i de 1,6:1 en els adults (DSM-5, 2013). A Tarragona la prevalença d'aquest trastorn és d'un 5'5%, segons un estudi dut a terme per Canals i col·laboradors (2020).

Actualment, sabem que el TDAH es un trastorn crònic que té el seu origen a la infància, que evoluciona fins l'edat adulta (en el 50-70% dels casos) i que té grans repercussions en la seva vida quotidiana que es manifesten en dificultats cognitives (com per exemple en l'atenció, memòria o funcions executives (Storebo et al., 2011 citat a Cordier et al., 2018), dificultats en

el rendiment acadèmic (on el 20% del fracàs escolar es degut al TDAH), dificultats en el control de la conducta (poden presentar conductes negativistes-desafiants, conductes de risc...), dificultats emocionals (moltes vegades hi ha baixa autoestima o problemes d'ansietat i dificultats en la relació amb els altres (Cordier et al., 2018).

Les dues manifestacions clíniques nuclears d'aquest trastorn són la inatenció i la hiperactivitat/impulsivitat, tot i que aquestes no es donen sempre a la vegada i es poden manifestar de manera diferent segons l'edat, el sexe, l'entorn social i familiar que es desenvolupa l'infant, les característiques personals i específiques del nen i si hi ha presència o no d'un altre trastorn. A més a més, aquests símptomes també depenen molt del context en el que es trobi en aquell moment l'infant, ja que les manifestacions clíniques poden disminuir segons les característiques de l'entorn en el que es trobi en aquell moment. Per exemple, els símptomes poden disminuir en situacions que estiguin molt estructurades i organitzades, situacions noves i que despertin molta curiositat en el nen, i per altra banda la simptomatologia es pot veure incrementada en situacions on es requereixi d'un alt nivell de concentració i atenció durant un període llarg de temps i que, a més a més, no sigui interessant i atractiu pel nen (Fernandes et al., 2017). És justament per aquest motiu, que en una situació d'observació a la consulta per un expert clínic pot ser que l'infant no manifesti tota la simptomatologia, però això no pot fer que es descarti el diagnòstic, ja que com acabem de remarcar, els factors externs tenen una rellevància directa sobre la conducta i simptomatologia del nen que caldrà tenir en compte a l'hora d'avaluar-lo i fer el diagnòstic.

Els dos sistemes de classificació més estesos mundialment són la CIE-11 i el DSM-5, doncs són els dos manuals de classificació diagnòstica més consistents en la categorització dels símptomes, tot i que hi ha diferències entre els criteris seleccionats i els subtipus escollits dins d'aquest trastorn (Veure Annex 1 i 2).

Com en la majoria de trastorns mentals, el TDAH tampoc es diagnostica a través de biomarcadors, doncs encara no s'ha trobat cap amb la suficient sensibilitat i especificitat per a poder fer-ho. Tot i així, es pot diagnosticar a través d'aquests dos manuals d'una manera molt fiable si s'apliquen bé els criteris diagnòstics i es fa el diagnòstic diferencial de manera exhaustiva i acurada.

Fonamentació històrica del TDAH

Les primeres definicions sobre el TDAH es remunten al 1798, quan Alexander Crichton va descriure en la seva obra "*Una investigació sobre la naturalesa i l'origen de l'alienació mental*" un sèrie de símptomes que coincideixen en el que avui en dia coneixem com el TDAH amb predomini inatent, sota el nom de "*mental restlessness*", on la traducció vindria a ser inquietud mental (García, 2017). Gairebé 50 anys més tard, al 1845, el metge alemany Heinrich Hoffman, també va descriure un nen que no podia estar-se assegut al seu llibre "*Struwwelpeter*". Bourneville, al 1887 va fer una descripció d'uns nens "inestables" caracteritzats per una inquietud tan física com psicològica exagerada. Però no és fins el 1902 que apareix la primera definició científica sobre el TDAH de la mà de George Still a la prestigiosa revista mèdica "*The Lancet*" descrivint a 43 nens que presentaven greus problemes per a mantenir l'atenció i controlar la seva

conducta (Still, 1902). Al 1917, Rodríguez-Lafora va descriure també nens amb aquest tipus de simptomatologia però va fer una atribució d'origen genètic, on indicava que aquests infants presentaven un defecte cerebral (Rodríguez-Lafora, 1917).

Des d'aleshores s'han utilitzat moltes definicions diferents fins arribar al concepte actual del TDAH, aportat finalment per Virginia Douglas al 1970 i recollit per l'Associació Psiquiàtrica Americana (APA), on es descriu que el concepte clau del TDAH és la dificultat per mantenir l'atenció, l'alta impulsivitat i els problemes d'autoregulació (DSM-5, 2013).

Les hipòtesis que han cobrat més importància sobre l'etiologia d'aquest trastorn són les relacionades amb la genètica, on actualment s'ha arribat a descobrir que hi ha un 80% d'heretabilitat, on els familiars de primer grau tenen un risc d'entre 5 a 10 vegades major de desenvolupar el trastorn (Biederman et al., 1991 citat a Banaschewski et al., 2017) i on l'altre 20% s'atribueix a factors ambientals prenatals, perinatals i postnatals, tal i com demostren alguns estudis de bessons. Entre aquests factors ambientals que incideixen en la possible aparició del TDAH es troben l'estrès matern i/o el consum de tabac durant l'embaràs, la prematuritat, el baix pes al néixer o les condicions desfavorables durant la primera infància com la privació o hostilitat parental (Faraone et al., 2005 citat a Banaschewski et al., 2017).

Tot i així, es considera que l'origen del TDAH és multifactorial amb una base neurobiològica molt sòlida conjuntament amb la interacció de factors genètics, ambientals, perinatals i psicosocials (Fernandes et al., 2017).

TDAH a la infància i l'adolescència

Com ja s'ha comentat anteriorment, és a la infància on comença a detectar-se el TDAH en els nens i és aquí on el paper dels professors i professores té un component essencial, doncs tenen al seu abast el poder de comparació entre aquests nens en relació al seu grup d'iguals. Tot i així, no és fins als 6/7 anys quan es comença a parlar d'un diagnòstic. Això és degut tan al canvi d'etapa d'infantil a primària, on les exigències acadèmiques són bastant més elevades i és aleshores on es comencen a notar de manera més accentuada els dèficits d'aquests nens, com a la dificultat que es troben els professionals per a diferenciar la inquietud motora d'un nen abans dels 6 anys d'un comportament evolutivament normal (Banaschewski et al., 2017).

És evident que el TDAH té una incidència directa sobre el rendiment acadèmic que moltes vegades acaben derivant en problemes d'aprenentatge (Jangmo et al., 2019), doncs com ja s'ha explicat en els apartats anteriors, són nens que tenen dificultat per mantenir l'atenció durant un llarg període de temps, cosa que els perjudica de manera molt significativa a l'hora d'adquirir nous coneixements a l'aula. Una altra característica és la falta d'organització i planificació a l'hora de seleccionar informació important, l'hipoprosexia, l'alt nivell d'inquietud motora o la dificultat per comprendre ordres o anunciats llargs.

El baix rendiment acadèmic que es dona en el 60-80% dels casos és degut principalment per la dificultat que tenen per a mantenir l'atenció, segons explica Miklós i col·laboradors (2019).

Pel que fa a l'evolució de la simptomatologia, la inatenció present en els casos de TDAH es fa cada vegada més evident a mesura que augmenten les exigències externes, com per exemple les tasques escolars. Pel que fa a l'hiperactivitat-impulsivitat l'evolució és al revés, és a dir, s'evidencia més a la infància, doncs a mesura que l'infant creix i passa a ser un adolescent, aquesta sensació d'inquietud motora s'acaba reduint a un malestar més intern. Finalment, a l'etapa adulta, els principals símptomes que poden sorgir es manifesten en una desregulació emocional, que pot incloure una baixa tolerància a la frustració o irritabilitat (Banaschewski, et al. 2017).

Avaluació del TDAH

Pel que fa a l'avaluació del trastorn, aquesta es compon, com en la majoria dels casos, d'un historial sobre el desenvolupament de l'infant des d'abans de néixer, és a dir, del procés de l'embaràs de la mare i el part, fins al dia que s'està fent l'avaluació, per tant una anamnesis molt detallada incloent els antecedents familiars. També s'ha de dur a terme una avaluació psicològica a partir de proves psicomètriques estandarditzades.

Segons l'edat del pacient, la majoria d'informació s'extreu a través d'entrevistes estructurades o semiestructurades i de qüestionaris específics sobre el TDAH als pares/mares/tutors legals i al professorat per poder determinar quina és la visió que tenen aquestes persones sobre el nen en els diversos contextos que es troba al seu dia a dia. El fet de tenir en compte a diferents adults presents a la vida de l'infant és important, doncs com ja s'ha especificat anteriorment el TDAH es pot manifestar de maneres diverses segons el context en el que es trobi el nen, i per això és essencial recollir informació de la majoria de persones adultes que estiguin a càrrec

de l'infant, és a dir, d'aquelles que tinguin més contacte amb el menor, com el pare i la mare i la tutora de l'escola.

D'altra banda, l'ús de bateries neuropsicològiques, com per exemple el NEPSY-II (Korkman, 2011) és molt important per a poder determinar les seves característiques psicològiques per a poder anar acurant un diagnòstic de manera més fiable. El fet d'afegir proves psicològiques a l'avaluació també permetrà poder fer un diagnòstic diferencial, ja que s'ha de tenir en compte que tota la informació recollida per part dels adults del voltant del nen donaran una visió de l'infant subjectiva i que per tant poden esbiaixar els resultats, d'aquí emana la rellevància d'utilitzar també eines més objectives com els tests i bateries psicològiques que avaluen directament a l'infant.

Segons els estudis de Willcut (2008 citat a Banaschewski, 2017) una de les proves obligatòries dins d'una avaluació integral per al TDAH és una prova que determini el nivell d'intel·ligència de l'infant, com per exemple el WISC-V (Weschler, 2014), ja que és necessari determinar quin és el seu quocient intel·lectual (CIT).

Pel que fa al diagnòstic diferencial s'ha d'incidir molt en buscar criteris clínics que puguin diferenciar el possible TDAH de trastorns de conducta, ja que la simptomatologia nuclear del TDAH (com la impulsivitat o la hiperactivitat) es pot solapar amb els símptomes disocials i agressius que presenten els infants amb trastorns de conducta. També és necessari poder distingir el TDAH d'un possible trastorn per depressió, doncs la dificultat per mantenir l'atenció i concentració està present en ambdós casos. Per tant, l'observació longitudinal de l'evolució de l'infant, també serà clau per a

determinar el diagnòstic final, ja que amb el curs del temps es podrà observar si la inatenció es deu principalment al TDAH o a un trastorn de l'estat d'ànim.

Línies de tractament del TDAH

Pel que fa al tractament del TDAH tots els autors coincideixen en que ha de ser una intervenció multimodal, enfocada en tots els aspectes alterats de la vida de la persona amb aquest trastorn i des de diferents disciplines. És a dir, no s'entén el tractament psicològic d'un nen amb TDAH sense una intervenció psicopedagògica a l'escola i una intervenció familiar a casa, a part de la intervenció psicològica amb un professional (Enns, 2017).

Una altra línia terapèutica està enfocada al tractament de la simptomatologia a partir de fàrmacs, i tot i ser eficaç en molts casos, la farmacoteràpia no seria adient aplicar-la de manera única, és a dir, com ja s'ha comentat a l'anterior paràgraf, la intervenció es compon de diferents tractaments, i per tant, la farmacoteràpia hauria d'anar acompanyada d'una intervenció psicològica i familiar a la vegada.

Com senyala Molina i col·laboradors (2009), en el cas dels adolescents amb TDAH la gran majoria deixen de prendre la medicació abans de graduar-se de l'escola secundària (Molina et al., 2009 citat a Sibley et al., 2014). Aquest fet dóna més rellevància als tractaments amb una enfoc més psicològic que no pas farmacològic.

Un dels tractaments psicològics més utilitzats i més eficaços amb el TDAH a dia d'avui és la Teràpia Cognitivo-Conductual (TCC), així ho demostren diversos estudis, entre ells l'estudi de Sprich i col·laboradors (2016), on es va dur a terme un assaig controlat aleatori de 46 adolescents amb TDAH

que prenen medicació. Els resultats reforcen aquesta idea, doncs el principal descobriment d'aquest estudi indica que el grup d'adolescents que a més a més de la medicació, estaven sent tractats amb TCC va tenir majors millores que no pas els adolescents que només estaven sent tractats amb els fàrmacs. En aquest cas, no només hi va haver millora de la simptomatologia pròpia del TDAH (inatenció, hiperactivitat i/o impulsivitat) sinó que també hi va haver una millora en l'autoestima dels adolescents.

28. Referencies

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*, American Psychiatric Association
2. Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., i Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(9), 149–159. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
3. Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*, Paidós.
4. Benedet, M. J., Alejandre, M. A., i Pamos, A. (2001). *TAVECI. Test de aprendizaje verbal España-Complutense, Infantil*. TEA Ediciones.
5. Brickenkamp, R. (2012). *D2. Test de Atención*. TEA Ediciones.
6. Cairns, E. D., i Cammok, J. (2005). *MFF-20. Test de emparejamiento de figures conocidas 20*. TEA Ediciones.
7. Canals, J., Morales, P., Roigé, J., Voltas, N., i Hernandez, C. (2020). Prevalence and Epidemiological Characteristics of ADHD in Pre-School and School Age Children in the Province of Tarragona, Spain. *Journal of attention disorders*, <https://doi.org/10.1177/1087054720938866>

8. Comeche, I., Vallejo, M. (2012). *Manual de Terapia de conducta en la infancia*. Dykinson.
9. Cordier, R., Vilaysack, B., Doma, K., Wilkes-Gillan, S., i Speyer, R. (2018). Peer Inclusion in Interventions for Children with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed research International*. <https://doi.org/10.1155/2018/7693479>
10. Enns, J. E., Randall, J. R., Smith, M., Chateau, D., Taylor, C., Brownell, M., Bolton, J. M., Burland, E., Katz, A., Katz, L. Y., & Nickel, N. C. (2017). A Multimodal Intervention for Children with ADHD Reduces Inequity in Health and Education Outcomes. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(6), 403–412. <https://doi.org/10.1177/0706743717692301>
11. Farré, A. i Narbona, J. (2013). *EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. TEA Ediciones.
12. Fernandes, S. M., Piñón, A. i Vázquez, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. *Lex Localis*, 21-19. doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.2.
13. García, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del psicólogo*, 38(2), 107-115.
14. Jangmo, A., Stålhandske, A., Chang, Z., Chen, Q., Almqvist, C., Feldman, I., Bulik, C. M., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, School Performance, and Effect of Medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(4), 423–432. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.11.014>

- 15.Korkman, M., Kirk, U. I Kemp, S. (2011). *NEPSY-II. Bateria neuropsicológica infantil*. Pearson.
- 16.Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. y Romero,B. (2011). *El alumno con TDAH*. Mayo Ediciones.
- 17.Miklós, M., Futó, J., Komáromy, D., & Balázs, J. (2019). Executive Function and Attention Performance in Children with ADHD: Effects of Medication and Comparison with Typically Developing Children. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3822. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203822>
- 18.Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., i Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European child & adolescent psychiatry*, 28(4), 481–489. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>
- 19.Organización Mundial de la Salud. (2022). *CIE-11 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Editorial Panamericana.
- 20.Ramírez – Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 45-54
- 21.Rey, A. (1997). *Test de Copia de una figura compleja. Adaptación española*. TEA Ediciones
- 22.Rodríguez-Lafora, G. (1917). *Los niños mentalment anormales*. La Lectura.

- 23.Sánchez, A. (2017). *Técnica del semáforo*. Educapeques. Recuperado de: <https://www.educapeques.com/escuela-de-padres/la-tecnica-del-semaforo-para-el-control-de-las-emociones.html>
- 24.Santacreu, J., Shih, P. C., i Quiroga, M. A. (2011). *DIVISA. Test de discriminación visual simple de árboles*. TEA Ediciones
- 25.Sibley, M. H., Kuriyan, A. B., Evans, S. W., Waxmonsky, J.G. i Smith, B.H. (2014). Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 218–232.
- 26.Sprich, S. E., Safren, S. A., Finkelstein, D., Remmert, J. E., i Hammerness, P. (2016). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57(11), 1218–1226. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12549>
- 27.Still, G.F. (1902). Some abnormal psychal conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012
- 28.Storebø, O. J., Skoog, M., Damm, D., Thomsen, P. H., Simonsen, E. i Glud, C. (2011). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- 29.Thurstone, L.L. i Yela, M. (2012). *CARAS-R. Test de percepción de diferencias-revisado*. TEA Ediciones.
- 30.Wechsler, D. (2015). *WISC-V: Escala de inteligencia de Weschler para niños – V*. Pearson

31. Wechsler, D., Lichtenberger, E., i Kaufman, A. (2009). *WPPSI - III. Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria - III: Manual técnico y de interpretación*. TEA ediciones.