

Dr. Juan Antonio Amador Campos

Maestro de enseñanza primaria, Psicólogo clínico y Profesor Titular de Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, especializado en evaluación y psicodiagnóstico infantil y del adolescente. Es autor o coautor de más de 50 artículos en revistas nacionales e internacionales y de una treintena de capítulos de libro. Su investigación actual está relacionada con el TDAH. Recién incorporado al Comité Asesor de Fundación Adana.



Háblenos de la Guía de diagnóstico y tratamiento del TDAH para profesionales que en breve publicará.

Aparecerá este año y en ella participa también Mercè González, colaboradora de ADANA, y la Dra. Maria Fornis. La Guía incluye dos casos prácticos, uno de un niño y otro de un adulto con TDAH, en los que se recoge el proceso de evaluación y el tratamiento seguido en los casos, sesión por sesión, indicando como estructurar las sesiones y qué aspectos se han abordado en cada una de las sesiones de las que consta la intervención.

¿Qué considera necesario para evaluar un TDAH?

Se han de utilizar diferentes procedimientos e instrumentos (entrevistas diagnósticas, escalas de valoración de los síntomas y conductas alteradas asociadas al trastorno, tests psicométricos y tareas de laboratorio). También se ha de recoger información de diversos informantes (la persona evaluada, padres, profesores y pareja, según sea niño o adulto) y de varias áreas de funcionamiento (atención, memoria, capacidades viso-motoras, inteligencia, estilo cognitivo, lenguaje, autoconcepto, habilidades sociales, adaptación escolar y laboral y habilidades académicas), según las hipótesis diagnósticas que se hayan elaborado, que son las que determinan qué áreas se deben explorar. El objetivo es llegar a elaborar un perfil con los puntos fuertes y débiles de la persona evaluada en las áreas objeto de evaluación.

¿Qué utilidad diagnóstica tienen el Cuestionario TDAH y el Perfil de Atención?

Son muy útiles en el proceso de diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes, porque permiten evaluar los síntomas y conductas asociadas al trastorno, a partir de la información que proporcionan padres y maestros. Dado que la descripción del TDAH es conductual, y se basa en el funcionamiento de la persona en diferentes aspectos de la vida diaria, los procedimientos de evaluación deben centrarse en las conductas observables, informadas por los adultos, medidas en contextos naturales (casa y escuela) o en situaciones de evaluación clínica. Dada la utilidad de las escalas de valoración del comportamiento en el diagnóstico, es necesario disponer de versiones válidas, fiables y adaptadas a nuestro contexto. Desgraciadamente, en el momento actual, hay pocas escalas que cumplan estas condiciones por lo que es urgente la creación y adaptación, a nuestra población, de este tipo de instrumentos. Nuestro grupo ha publicado en los últimos años varios trabajos en los que se recogen datos normativos para niños entre 4 y 12 años de estos dos instrumentos.

¿Cómo combinar la información que proviene de diferentes informadores?

Uno de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TDAH, el criterio C, indica que para

establecer el diagnóstico del trastorno es necesario que los síntomas se presenten en dos o más ambientes (por ejemplo en la escuela - o en el trabajo - y en casa o en la evaluación clínica y psicométrica). Por ello, es necesario recoger información de padres y profesores. Es habitual que el grado de acuerdo entre la información que proporcionan estos informantes oscile entre medio y bajo. Esto es normal ya que la valoración depende de diferentes factores como la edad del niño o adolescente, de la conducta que se evalúa y de las características del informante. Dada la naturaleza subjetiva de las valoraciones es posible que padres y profesores estén informando de la misma conducta, pero valoren de manera diferente su frecuencia e intensidad. La presencia de discrepancias entre las valoraciones de padres y profesores no significa que la información que proporcionan sea inadecuada o inexacta, ya que observan al niño en diferentes situaciones e informan de la percepción que tienen de su comportamiento. Hay algunas estrategias para combinar esta información. Por ejemplo en la estrategia **Conjunta** los síntomas se consideran presentes si lo informan todos los informantes; en la **Disjunta** los síntomas se consideran presentes si los informa uno de los informantes y en la estrategia **Compensatoria** se suman y promedian las puntuaciones de las diferentes fuentes de información para llegar a una puntuación conjunta. Lo que si se debe tener en cuenta es que la valoración de un informante no puede sustituir la valoración de los otros y que los desacuerdos entre informantes son tan útiles como los acuerdos para el diagnóstico clínico.

¿Qué problemas de los adolescentes preocupan más?

Depende de si quién manifiesta su preocupación son los adolescentes o sus padres. Nuestro equipo (M. Fornis, J. A. Amador, T. Kirchner, B. Martorell, D. Zanini y P. Muro) publicó en el año 2004 un trabajo en el que se recogió la opinión de 1.362 adolescentes de Barcelona y área metropolitana sobre los problemas que más les preocupaban. Entre los que relataban con mayor frecuencia eran, en primer lugar, los problemas interpersonales, de relación, que incluían conflictos con los amigos, familia o pareja, y los conflictos con las normas y reglas; el segundo lugar lo ocupaban los problemas personales, relacionados con el rendimiento escolar y las preocupaciones por la salud o la enfermedad. Para los padres, una fuente de preocupación importante es que sus hijos completen su formación. También es un motivo de preocupación para los padres el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

¿La evolución de los síntomas de hiperactividad-impulsividad varía según el ciclo escolar?

Durante los años de preescolar, los padres y profesoras describen a estos niños como

desatentos, muy movidos, como si tuvieran un motor y colocándose con frecuencia, por descuido, en situaciones de peligro, lo que les hace ser más propensos a los accidentes que otros niños de su edad. Son niños que necesitan mucha supervisión y reclaman atención de forma continuada. La actividad del niño hiperactivo es excesiva (sobrepasa los límites de lo que se considera normal para su edad y desarrollo), inoportuna (no se ajusta a las demandas de la situación) y desorganizada (cambia de una actividad a otra sin acabar ninguna y sin un plan al que se ajuste su actividad). En estos años, la diferencia entre niños activos e hiperactivos se pone de manifiesto en que los muy activos pueden moverse mucho, y jugar con mucha animación, pero todas estas conductas tienen un fin y se ajustan a algún plan o esquema. En los años de la enseñanza primaria, se acrecientan los problemas de atención y las conductas hiperactivas e impulsivas. Tienen muchas dificultades para concentrarse y permanecer atentos; se distraen con facilidad por estímulos externos, lo que pone de manifiesto una incapacidad para persistir en el esfuerzo. Presentan una actividad motora o vocal excesiva para su edad. Se levantan de su asiento sin permiso, interrumpen, no acaban el trabajo y siguen con dificultad las instrucciones. También es frecuente que tengan problemas porque no siguen las normas o las reglas de los juegos, se entrometan en las actividades de los demás y los molesten. Esto hace que sus compañeros los rechacen y que se incrementen los problemas de relación.

Durante la adolescencia hay un decremento marcado de la hiperactividad, aunque persisten los problemas de desatención e impulsividad. Acostumbran a ser poco perseverantes, presentan escasa tolerancia a la frustración y exigen la gratificación, o el cumplimiento inmediato, de sus demandas. Repiten más veces curso que sus compañeros sin el trastorno, o abandonan el curso y los estudios sin haberlos acabado.

¿El tratamiento cognitivo-conductual es beneficioso para los niños con TDAH?

Las intervenciones eficaces para el TDAH, y que cuentan con apoyo empírico, son la medicación estimulante, las técnicas de modificación de conducta, aplicadas en casa y en la escuela mediante el entrenamiento de padres y de profesores, y la combinación de ambos tratamientos.

¿Lo considera la única alternativa?

No. Investigaciones diversas informan de la eficacia de otros tratamientos como el neurofeedback en niños y adolescentes, la relajación y el mindfulness (entrenamiento en atención plena), en adolescentes y adultos jóvenes.

Sumario

1. En Portada

Pruebas de acceso a la Universidad sin impedimentos

2. Editorial

La Salud mental, tema de segunda en España

3. El Artículo

El impacto social del TDAH

4. Especial III Simposio

Actualizaciones en el TDAH:
Mesa redonda sobre el MTA Study

6. Espacio Adana

- Colonias de verano
- Campus deportivo 2009
- Agenda
- Desfile benéfico infantil
- Premio Fundación Educación Activa

7. Recomendamos

Información sobre bibliografía y páginas web de interés

8. La Contra

Entrevista al Dr. Juan Antonio Amador Campos

Pruebas de acceso a la Universidad sin impedimentos



Las pruebas de acceso a la universidad (PAU) tienen el objetivo de valorar la madurez académica, los conocimientos y las competencias adquiridas en el bachillerato. 30.000 estudiantes se examinan cada año de las materias correspondientes y dedican 1 hora y media a cada prueba. El tribunal vigila el proceso y hace la corrección de los exámenes. Además, existe un tribunal especial que atiende todos los casos de estudiantes que requieran condiciones especiales para las pruebas, ya sea haciéndolas en sistema braille, o respondiendo en ordenadores, entre otras condiciones especiales.

En la última convocatoria de las Pruebas de Acceso a la Universidad (PAU) se examinaron en un tribunal 29 alumnos con necesidades educativas especiales. Este tribunal, gestionado por la Oficina de Organización de las PAU, está destinado a aquellas personas que, por causa de algún tipo de necesidad, precisan de atención personalizada. Hace falta que todos los casos que se presenten de necesidades educativas especiales sean previamente justificados en un certificado emitido por el Instituto Catalán

de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) que especifique el grado de minusvalía y la causa. También hace falta aclarar si es necesario algún tipo de herramienta o instalación especial en la Oficina de Organización de las PAU, la cual trabaja conjuntamente con la ONCE para ofrecer a los estudiantes con déficit visual los exámenes en lenguaje braille, ampliaciones en DIN-A 3 de los enunciados, o iluminación directa para facilitar la realización de las pruebas.

Además, los alumnos con déficit auditivo están exentos de la parte auditiva del examen de lengua extranjera y de la parte fonética de la prueba de lengua catalana, y siguen la adaptación curricular del bachillerato LOGSE. También pueden solicitar la presencia de un intérprete de signos al inicio de cada prueba, con el fin de disponer de toda la información complementaria que el presidente del tribunal o los vigilantes del aula den sobre el desarrollo de las pruebas. Estos alumnos tienen que contar con un certificado de un grado de minusvalía superior al 33% del departamento de Bienestar y Familia o del CREDA (Centro de Recursos Educativos para Deficientes Auditivos), el servicio educativo de apoyo a la tarea docente con respecto a alumnos con dificultades graves de audición y lenguaje.

Por otro lado, los alumnos con movilidad reducida, y teniendo en cuenta el grado de afectación, se pueden examinar en el tribunal especial, o bien se les puede acondicionar un espacio en el tribunal ordinario que les corresponda.

Todos aquellos alumnos que requieran de alguna atención especial pueden contar con unas condiciones que faciliten la elaboración de las pruebas, ya que cada tribunal recibe la información sobre aquellas personas que se examinan en condiciones especiales. En la mayoría de casos, se pueden examinar en el tribunal ordinario, puesto que se toman las medidas logísticas necesarias para que el alumno pueda realizar las pruebas en las mejores condiciones físicas posibles. Por ejemplo, los alumnos con dislexia o con trastornos de atención disponen de más tiempo para realizar las pruebas.

**Generalitat de Catalunya
Departament d'Innovació, Universitats
i Empresa
Comissionat per a Universitats i Recerca**

La Salud Mental, tema de segunda en España

El último Estudio Europeo de Epidemiología y Desórdenes Mentales (Esemed, por sus siglas en inglés), publicado por la London School of Economics sobre Salud Mental sitúa a España entre los países que peor provisión de servicios presta en función de las demandas y que tiene una inversión más moderada en estos servicios. Otra deficiencia que encuentra es la falta de coordinación entre los niveles asistenciales y los sectores implicados. A su vez, encuentra que se utilizan muy poco los servicios de atención primaria para derivar a salud mental; un 17% frente al 50% en el resto de Europa. Por todo ello, define a la Salud Mental española de "Cenicienta" del sistema sanitario español por ser vista como una prioridad de segundo orden.

Paralelamente a este estudio, el Parlamento de la U.E ha emitido una Resolución el 19 de febrero de este año, en la que considera que la salud mental y el bienestar son esenciales para la calidad de vida de las personas y la sociedad.

En este documento la U.E reconoce una falta de comprensión y de inversiones para la promoción de la salud mental, considerando varios temas como el de admitir que son frecuentes en niños y es necesario el diagnóstico y tratamiento precoz. Sobre esta resolución, quisiera destacar, entre varios puntos importantes, **el Punto 11, en el que pide a los Estados Miembros el reconocimiento del derecho de las personas con problemas de salud mental a un acceso igual, pleno y adecuado a la Educación, la formación y el empleo, contando con un apoyo adecuado a sus necesidades.** Pide así mismo que se organicen programas de apoyo a los padres, la asignación de consejeros en todas las escuelas de secundaria, campañas de sensibilización en las escuelas y el diseño de sistemas sanitarios que presten atención específica a salud mental de los niños y adolescentes, algo que las asociaciones de padres y la fundación pedimos ya hace tiempo, ya que aún hay graves carencias, como refleja el estudio que cito primero.



Isabel Rubió
Presidenta Fundación ADANA

El impacto social del TDAH

El impacto social del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad viene determinado por su carácter crónico y porque prácticamente "nace" con quienes lo padecen, ya que como es sabido tiene un carácter neurobiológico. Es decir, se trata de un trastorno que acompaña a las personas durante toda su vida.

Las propias características del TDAH (dificultades en la atención/concentración, impulsividad y exceso de actividad motora) hacen que tenga un alto potencial de impacto en la vida de las personas afectadas ya que es un trastorno que se relaciona con la forma en que se conoce el mundo así como con la forma en que se interactúa con él. Las consecuencias del TDAH se pueden hacer presentes en todas las facetas de la vida de las personas: como hijos, como padres, como estudiantes, como trabajadores, en los sentimientos individuales y en las relaciones sociales.

Desde otro punto de vista debe resaltarse que el TDAH es un trastorno cuya evolución es dinámica en el sentido de que va a depender de la eficacia del tratamiento que se reciba y del tipo de interrelación que se establezca con el medio social. El entorno desempeña un papel esencial en la evolución de las personas afectadas.

En otro orden de cosas, las características del tratamiento en el TDAH, en el que se combinan las posibilidades terapéuticas de los fármacos con las propias de la terapia psicopedagógica, hacen que el mismo plantee demandas específicas a los ámbitos sociales en los que se lleva a cabo la socialización de la persona afectada: la familia, el sistema educativo, el sistema sanitario, los servicios sociales, las relaciones laborales y sociales, etc.

El todavía insuficiente conocimiento social sobre el TDAH, que contrasta con el importante conocimiento científico que existe sobre el mismo, hace que aumenten las dificultades para minimizar el impacto del trastorno en las vidas de quienes lo padecen.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones se puede abordar, de forma genérica, el análisis del impacto social del TDAH para intentar determinar la forma de minimizarlo.

En primer lugar, desde el punto de vista de los afectados, lo primero que debe ser tenido en cuenta es la importante comorbilidad que se asocia al TDAH: ansiedad, depresión, trastorno oposicionista desafiante, dificultades de aprendizaje, etc, con la consiguiente afectación del desarrollo vital de los afectados, nos hablan de un importante nivel de sufrimiento personal ligado al TDAH. La necesidad y posibilidad de prevención de estas comorbilidades y daños nos señalan la necesidad de que se actúe lo antes posible para evitarlas. El diagnóstico y el tratamiento lo más temprano posible plantea demandas importantes en orden a evitar la demora en el diagnóstico (en torno a los dos años desde que se inicia el proceso de detección del TDAH) y para facilitar la accesibilidad a un tratamiento multimodal que permita minimizar el daño en la vida de los afectados.



En la familia el TDAH tiene un alto poder impactante: el niño con TDAH requiere más dedicación, más formación en los padres y madres y más recursos económicos para su tratamiento. En efecto, la crianza-educación de un niño o una niña afectados por el TDAH supone una reordenación de la dinámica familiar porque estos niños y niñas necesitan que los padres les dediquen más tiempo, que la estructuración de la vida familiar sea más intensa (horarios, espacios, ocio, estudio, relaciones interpersonales, posibilidades de "respiro" y descanso para los padres y hermanos).

Las dificultades para llevar a cabo esta reestructuración en el marco de la familia actual son evidentes. La conciliación de la vida familiar y laboral plantea en el caso de las familias con TDAH requerimientos especialmente intensos.

La necesidad de que los padres y madres cuenten con una formación adecuada que incluya una información suficiente sobre las características del TDAH y sobre el papel que la familia desempeña en su tratamiento así como la adquisición de las habilidades pedagógicas básicas constituyen una demanda más que deben satisfacer las familias en las que se integra un afectado por el TDAH. Las escuelas de padres y el entrenamiento parental se

presentan como herramientas esenciales para la adecuada adaptación familiar al TDAH de uno de sus miembros. Debe señalarse que estas tareas en la actualidad están siendo asumidas básicamente por las asociaciones de ayuda al TDAH, siendo los recursos públicos prácticamente inexistentes o de muy difícil acceso.

Por último, en el ámbito familiar debe hacerse mención a la importante repercusión económica que supone el TDAH. En primer lugar, la medicación tiene un importante coste, dado que los fármacos para el TDAH todavía no tienen la consideración adaptada al carácter crónico del trastorno. Por otra parte, las intervenciones psicopedagógicas suponen también un gasto de indudable relevancia. En este aspecto debe señalarse que dada la escasez de recursos en el sistema público de salud mental, el costo de esta atención corre por cuenta exclusiva de las familias cuando pueden afrontarlo y, en caso contrario, esta parte del tratamiento no se realiza. También en este caso debe resaltarse el papel que están cumpliendo las asociaciones de ayuda para compensar las carencias del sistema público. Finalmente debe hacerse referencia al costo económico que suponen los refuerzos y apoyos extraescolares que un porcentaje importante de los afectados necesitan

para alcanzar los objetivos educativos.

El sistema educativo también se ve afectado por la incidencia de un trastorno como el TDAH que afecta en torno a uno de cada veinte escolares y que requiere de diversas adaptaciones para su adecuada inserción en el aula, tanto desde el punto de vista del aprendizaje como desde el punto de vista de la convivencia.

La formación de los docentes sobre el TDAH y el reconocimiento de la diversidad de los procedimientos de aprendizaje y evaluación de los escolares afectados por el TDAH son retos de indudable repercusión sobre el sistema educativo. El fracaso escolar y la destrucción de la autoestima que muchos escolares con TDAH sufren como consecuencia de estas carencias de formación, medidas y medios es una lacra que el sistema educativo debe erradicar de manera urgente. A nadie se le escapan las dificultades para conseguirlo. Pero tampoco se deben ocultar las nefastas consecuencias de que no se aborde la problemática del TDAH en la escuela de una forma adecuada.

Sr. Fulgencio Madrid Conesa
Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad

DIRECTORA

Alida de Muller

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Vargas Comunicació

PRODUCCIÓN

Beatriz Mena

COMITÉ ASESOR

Marta García-Giral (Psiquiatra)

Ezequiel Miranda (Abogado)

Rosa Nicolau Palou (Psicòloga)

Mariano Trillo (Psiquiatra)

Joaquima Júdez (Psiquiatra)

Antonio Ramos Quiroga (Psiquiatra)

Amaya Hervás (Psiquiatra)

Juan Antonio Amador (Psicólogo)

COLABORADORES

Generalitat de Catalunya

Departament d'Innovació, Universitats

Empresa i Comunitat per a

Universitats i Recerca

Sr. Fulgencio Madrid Conesa

(Presidente FFAADAH)

Dr. Juan Antonio Amador

(Psicólogo)

III Simposio para profesionales: Actualizaciones en el TDAH

Emociones y dificultades sociales en niños y adultos con TDAH. Dr. Thomas Brown

El Dr. Thomas Brown habló de las dificultades emocionales y sociales en niños, adolescentes y adultos con TDAH desde una visión del mismo como un deterioro en las funciones denominadas ejecutivas del cerebro, entendiendo éstas como las funciones cognitivas cerebrales que se combinan para abordar de forma eficiente las demandas de la vida en cada momento, y que incluyen:

1. La capacidad de organizar, priorizar y activar: en los afectados de TDAH hay dificultad para iniciar el trabajo y organizar tareas.
2. Focalizar, pasar de un tema a otro, y mantener la atención: suelen perder el foco cuando intentan escuchar o planificar, olvidan lo que han leído o se distraen fácilmente por estímulos internos-externos.
3. Regulación del estado de alerta, esfuerzo, y rapidez del proceso: dificultad para regular estados de sueño y alerta, pérdida de interés en lo que hacen y dificultad para presentar la tarea a tiempo, especialmente ante proyectos largos.
4. Manejo de la frustración, modulación de la emoción, que no está incluida en los criterios del DSM-IV: las emociones impactan demasiado en los pensamientos y las acciones, sobre reaccionan a la frustración, se sienten dolidos fácilmente.
5. Uso de la memoria de trabajo, que en ellos no actúa correctamente por lo que se suelen olvidar de planes organizados o recordar temas aprendidos.
6. Acciones de autorregulación y monitorización; ellos suelen actuar de forma impulsiva, y no controlan la situación ni a sí mismos.

Según Brown el DSM-IV no incluye ningún criterio sobre la regulación de las emociones, pero tanto él como muchos profesionales opinan que es también una de las características de las personas con TDAH. Las emociones son reacciones automáticas del cuerpo sobre situaciones o pensamientos percibidos, que pueden ser de dolor o de placer. Los sentimientos son sensaciones y pensamientos que registran o recogen las emociones que el cerebro/cuerpo percibe, es un proceso consciente. Brown considera la regulación de la emoción como una función ejecutiva muy importante; es inconsciente, expresa deseo o frustración, es variable en intensidad y existe una relación recíproca con el resto de las funciones ejecutivas. Las emociones en las personas con TDAH pueden incluir sentirse fácilmente irritados, querer con gran urgencia algo sin importar el coste, descorazonarse con gran facilidad abandonando muy rápido, sentirse muy preocupados asumiendo siempre lo peor, o sentirse siempre aburridos sin poder mantener por mucho tiempo el interés. En todos ellos la emoción ocupa todos los pensamientos, es como un virus que no deja actuar de forma correcta al cerebro. Hay un espectro de mayor o menor severidad en la regulación de las emociones. Cuando los problemas en la regulación de las emociones es muy extremo es cuando pueden calificarse de otros trastornos comórbidos; como el trastorno bipolar o trastorno de ansiedad generalizada. Los problemas de la regulación de las emociones afectan a la inteligencia emocional y a las relaciones con los demás, pueden herirse con mucha facilidad, ser muy intensos, o muy aislados, o no entender lo que se dice. La inteligencia emocional es la habilidad de monitorizar las emociones y los sentimientos y discriminar entre los sentimientos, usando esta información para guiar el pensamiento y la acción, y en ellos, esto no es fácil. Las personas con TDAH presentan dificultades en reconocer las emociones propias y ajenas, son menos empáticos, se relacionan menos, no reconocen con tanta facilidad las emociones de los otros, se sienten más rechazados, menos competentes socialmente y con menos amigos. Estos problemas no son fáciles de solucionar, se basan en química cerebral y neuro circuitos que afectan a las funciones ejecutivas que están alteradas en personas con TDAH, aunque pueden ser parcialmente mejoradas por la medicación.



Cabe recordar que esta falta de control en las emociones afecta mucho la vida familiar. Si hay padres afectados también puede ser una situación difícil donde hay poco apoyo personal y familiar, y con personas en situaciones complicadas también en la escuela o trabajo. Por ello es importante proveer este apoyo, usar de forma adecuada la medicación y reducir en la medida de lo posible aquellas situaciones estresantes. El uso de intervenciones psicosociales mediante el modelaje y role-playing pueden ayudar, ya que enseñan al paciente a reconocer sus emociones y las de los otros miembros, a reconocer las complejidades de las interrelaciones sociales y a tomar una perspectiva de las situaciones para modular y mejorar su interacción con los demás y el control de sí mismos.

Mesa redonda sobre el MTA Study

El Dr. Swanson, uno de los investigadores del MTA, comenzó recordando los resultados del estudio a los 14 meses, en los que hubo un buen seguimiento de los 3 grupos de tratamientos, y en los que la medicación dio muy buenos resultados, seguida del grupo combinado.

A los tres años se observó que en general los síntomas habían mejorado, pero no había diferencia entre los grupos. Se dudó de la validez de estos resultados ya que podía ser una explicación el que se hubieran mezclado los grupos. Se ha seguido estudiando hasta los ocho años.

El hecho de que algunos del grupo de medicación presentaran peores resultados que el resto, parece indicar que la medicación no tiene efecto a más de dos años. Otra interpretación sería que a medida que el niño crece el efecto de la medicación es menor. La controversia encontrada es que parecía que la medicación protegía del abuso de sustancias y no afectaba en el crecimiento, pero no se encontraron resultados positivos.

Una gran decepción fue que la medicación parece no proteger del abuso de sustancias, y el grupo combinado con terapia conductual actuó mejor que el resto a los 36 meses.

Respecto al crecimiento, se observó que si existe una reducción de altura/estándar en aquellos pacientes tratados con medicación, que por otro lado solían ser de menor tamaño al nacer.

DEBATE SIMPOSIO

Dra. Hervás: A los tres años nos encontramos con tres grupos, uno que no respondió a la medicación, otro que a los tres años paró el tratamiento y continuó presentando mejoría, y un tercero que mejoró con la medicación y siguió presentando mejoría. En las respuestas a los 8 años ¿se encuentran también grupos como éstos?

Dr. Swanson: No existe diferencia entre los medicados y los no medicados. Posiblemente sea un efecto de "tolerancia" a la medicación.

Del pasado Simposio celebrado en Febrero, hemos creído interesante recoger en este número un resumen de las intervenciones del Dr. Thomas Brown y del Dr. James Swanson.

Dr. Brown: Los pacientes cambian de un grupo al otro, con lo que hay muchas variables para poder tener resultados claros, algo que no pasa en los primeros 14 meses donde se controló todo.

Dr. Swanson: Por ello buscamos todas las variables e intentamos todas las combinaciones posibles de evaluación y no encontramos nada que demostrase que la medicación es el mejor tratamiento.

Dr. Brown: El mayor problema para la generalización está basado en qué grupo estaban localizados en un inicio, no en otras variables.

Dr. Swanson: Lo que miramos ahora es en el grupo que están actualmente, no en el de inicio. El siguiente paso puede ser volver a darles medicación de forma randomizada después de estos 8 años, y ver qué resultados da. Teníamos niños muy bien tratados, con las dosis adecuadas, y la dejaron. Los adolescentes dicen que la medicación dejó de trabajar y la dejaron. Creo que la medicación funciona muy bien durante el primer año, después no.

Dr. Brown: Es cierto que la medicación puede no dar resultados, o presentar efectos secundarios. El Dr. Shaw muestra en su investigación más reciente que parece existir en el cerebro del niño con TDAH un retraso madurativo de tres años aproximadamente frente al grupo control, por ello puede que la relación con la medicación también varíe.

Dr. Swanson: Si el paciente mejora los síntomas del trastorno, no necesita la medicación.

Dr. Brown: Hay pacientes que se acomodan a su vida y pueden actuar correctamente, otros pueden presentar en determinados momentos situaciones estresantes y no actúan tan bien, por lo que hay que ayudarles. Otros se han especializado en áreas que manejan bien, y no manifiestan tampoco los síntomas y son capaces de funcionar muy bien.

Dr. Swanson: Puede pasar que los síntomas hayan disminuido por que mejoren con la edad. Con los adolescentes, tengan o no TDAH, usted tendrá posiblemente muchos problemas. Hay un efecto en el crecimiento de unos 4-5 centímetros que probablemente no se recupere. Le deberíamos tener que decir al niño de 8-9 años que por tomar medicación durante 1-2 años y actuar mejor en la escuela, posiblemente será 4-5 centímetros más bajo. Quizás estos centímetros no sean importantes para los padres pero sí para el niño.

Dr. Trillo: En mi consulta diaria suelo ver que los adolescentes suelen tomar dosis por debajo de lo que es lo correcto para ellos. Cuando se les pregunta si toman la medicación, contestan afirmativamente, pero la realidad es que muchos no la toman. Los padres a estas edades no suelen controlar si la toman o no. Puede que en el estudio pasase algo parecido y ello explica algunos aspectos de la poca influencia de la medicación en el MTA Study. Otro tema, es que el seguimiento de estos niños en los primeros 14 meses se hizo por especialistas, y después se les envió a cuidados comunitarios. ¿no cree usted que esto puede tener efecto en que al principio la medicación estuviera muy bien ajustada y después no?

Dr. Swanson: Generalmente trabajo con placebo y medicación y observo

a los niños directamente para ver la diferencia en su actuación: solo mirándolos a los ojos sé si están o no con medicación; si no parpadean o miran a todos los lados es que están medicados.

Dr. Trillo: Pero en adolescentes ya no es tan fácil. Para ellos es muy importante sentirse espontáneos y se quejan del efecto que la medicación produce en ellos.

Dr. Swanson: Esto podría explicar el problema de los que venden o dan sus medicaciones a otros. Quizás hemos confiado mucho en que los adolescentes nos dirían la verdad.

Dr. Trillo: ¿o no era la adecuada o es que no la tomaban?

Dr. Brown: No hay estudios pero uno de los motivos por los que muchos no toman la medicación, especialmente adolescentes y adultos, es que cuando la medicación está en su pico de efecto pierden su chispa o que cuando son pequeños la medicación les deja sin protección para hacer los deberes en casa por la noche. Aunque se dice que la medicación dura todo el día no suele ser cierto, y ellos la necesitan también en este momento. Necesitaríamos un protocolo donde se concretara qué dosis son las convenientes para trabajar por la tarde o una medicación de 12h.

Dr. Swanson: Es más importante la espontaneidad a los 15 que a los 8 años. Eso explicaría porqué en algunas ocasiones no quieren o no es necesario medicarse.

Dr. Brown: Las experiencias del niño no se pueden plasmar en un cuestionario. Es necesaria una entrevista en la que si no les haces las preguntas correctas, no tendrás respuestas.

Dra. Hervás: Mi explicación es que no tienen conciencia del trastorno y de los síntomas.

Dr. Ramos: En estudios previos tenemos datos de que el tratamiento farmacológico ha protegido del abuso de drogas (SUD). Posiblemente la pregunta que se les hacía "¿ha tomado usted alguna droga?" puede haber sido mal interpretada, porque es diferente tomar ocasionalmente que abusar de ellas. Si se hubiera preguntado con cuestiones de escalas de abuso de sustancias, posiblemente el resultado habría sido diferente.

Dr. Swanson: Actualmente el MTA Study lo financia la Agencia Nacional de Estudio de Abuso de Drogas. Pronto tendremos las respuestas a la diferencia entre uso y abuso.

Dr. Ramos: Sobre las dosis de medicación y su variación a lo largo de los 8 años ¿se incrementa con el peso del paciente o es estable?

Dr. Swanson: Después de los 14 primeros meses es estable. Pero en estos 14 meses se varía mucho la dosis. Posiblemente hay un problema de tolerancia que explicaría la necesidad de aumento en la dosis.

Dr. Brown: También los niños metabolizan la medicación mucho más rápidamente que los adultos. Por ello, a menudo hay que disminuir la dosis.

Dr. Swanson: Esta es la debilidad del MTA Study, ya que mantiene constante la medicación cuando existe el fenómeno que usted describe y no es real que la demanda de medicación sea constante.

Adana organiza Colonias de Verano

Del 25 al 30 de Junio 2009.

Colonias para niños y jóvenes de 7 a 12 años compartiendo actividades lúdicas y deportivas conducidas por terapeutas expertos en TDAH. **Dirigido no únicamente a niños y jóvenes con TDAH sino abierto a cualquiera que quiera disfrutar de unos días de diversión.**

Lugar: Can Solá. Casa de colonias ubicada en un entorno natural en el pueblo de Vilobí d'Onyar, Gerona. Con modernas instalaciones y equipamientos deportivos: Piscina, Campo de Fútbol, Pista de Básquet, Campo de volei-Playa, Tirolina, Puente Vietnamita, Rociodromo y Zona infantil.

Objetivos:

- Fomentar el compañerismo.
- Mejorar la autoestima y la conducta.
- Aprender a resolver conflictos.
- Adquirir habilidades sociales.
- Incrementar el autocontrol.
- Practicar el deporte.
- Fomentar la diversión a través de juegos y talleres.



Con la colaboración de:



CAMPUS Deportivo 2009

Adana organiza esta actividad dirigida a niños y jóvenes de 5 a 18 años, con o sin TDAH, con los objetivos de brindar un espacio protegido para que puedan disfrutar del verano haciendo deporte y jugar al aire libre con compañeros de su edad y desarrollar en los participantes actitudes y habilidades de crecimiento y superación personal.

Fechas: 6 al 31 de julio. Se podrá optar por la primera quincena, segunda quincena o todo el mes.

Horario:

De lunes a viernes
9.00 a 17.00 hs.

Lugar:

Campo del Club Deportivo Carmelo.

Un día en el campus:

- 9.00 a 9.30h. Llegada. Recepción de los niños. Contacto con los padres.
- 9.30 a 11.30h. Sesión de entrenamiento en habilidades socio-emocionales
- 12.30 a 13.30h. Piscina
- 13.30 a 14.10h. Comida-Picnic
- 14.30 a 15.10h. Talleres y actividades paralelas.
- 15.10 a 16.00h. Juegos Deportivos.



- 16.00 a 16.45h. Taller de autonomía, cooperación y obediencia en casa.

- 16.45h. Fin de actividades y recogida.

Actividades especiales:

Paseo por la playa, senderismo, taller de graffiti para mayores. **Infórmate y haz tu reserva en el 93 241 19 79.**

Agenda

- **2º Congreso Internacional sobre TDAH. 21-24 Mayo.** Austria, Viena. 24 de mayo elegido Día del Paciente: de la infancia al adulto. Más info: <http://www.adhd-congress.org/de>.
- **Simposio Internacional "Hiperactividad y déficit de atención: desde la personalidad a la patología".** 4-5 Junio. Madrid. Organiza Dr. Ignacio Pascual Castroviejo. e-mail: pcastroviejo@telefonica.net.
- **El riesgo de no hacer nada.** Prevención, Diagnóstico y Tratamiento precoces basados en la evidencia. 44 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y adolescente. 4-6 Junio. Pamplona. e-mail: aepenya2009@unav.es.
- **XIII Jornada Internacional.** Avances en Psiquiatría y Psicología Clínica de la infancia y la Adolescencia. 11-12 Junio. Organiza la Universidad de Barcelona y el Hospital Clínico de Barcelona. e-mail: marta.boix@mizar-travel.com
- **Cursos "Escuela de verano 2009"** dirigidos a profesionales. Junio-Julio 2009. Organiza Adana www.f-adana.org.

Desfile benéfico infantil "AQUÍ PINTAMOS TODOS" 2009, El planeta de los Colores



Recomendamos

Libros



No estáis solos, un testimonio esperanzador sobre el TDAH.

Autores: M^o Jesús Ordóñez y Roberto Álvarez.

Aporta la experiencia vital de sus autores para ayudar a las familias a entender este problema.



Hiperactivos: Estrategias y Técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela.

Autor: Varios autores
Edita: Lo que no existe

Condensa lo expuesto por los expertos en Hiperactividad más prestigiosos del mundo.



Preparándome para ir de cumpleaños

Elena y el camino azul
El gymkhana de emociones
Mi mamá es verde mi vecino naranja

Autores: Carmen Sara Floriano, Fausto Giles, Isabel Orjales, Rubén Toro. **Edita:** CEPE, S.L.

Cuatro cuentos con enseñanza indicados especialmente para niños entre 5-13 años con TDAH.

Webs

- www.adhd-europe.com
- www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ADHDFullGuideline.pdf. Accederás a la Guía NICE de TDAH.
- <http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/adhd/symptoms.htm>
Es la web en español de los Centros para el control y la prevención de enfermedades del gobierno americano.

El VII desfile benéfico infantil AQUÍ PINTAMOS TODOS, se celebró con gran éxito el pasado 8 de febrero en el Palacio de Congresos de Cataluña. Con este acto benéfico y social se quiere sensibilizar y dar a conocer la importante labor que realizan las entidades que participan y las problemáticas con las que se encuentran los niños y niñas con distintas capacidades físicas y mentales.

El desfile en cifras....

- Desfilaron 76 niños con diferentes patologías de las 6 entidades participantes.
- 1.200 asistentes llenaron el Palacio de Congresos.
- Más de 22 profesionales trabajaron voluntariamente en la organización del acto
- Participaron 11 firmas de moda.
- 35 empresas colaboraron desinteresadamente.
- 125 voluntarios dedicaron su tiempo y esfuerzo.
- 16 personalidades reconocidas del mundo de la política, la cultura, la comunicación y el deporte nos dieron su apoyo y hubo 56 impactos mediáticos en medios de comunicación.

La recaudación económica del acto fue de 33.500, los cuales se han destinado íntegramente a los proyectos de las seis entidades beneficiarias: Fundación de Oncología Infantil Enriqueta Villavecchia, Talita Fundación Privada, Fundación Adana, Asociación Afapac, Asociación Catalana del Síndrome X Frágil y Adopta. **Adana destina lo recaudado a su proyecto "Ningún niño sin tratamiento"** para la creación de becas de ayuda para el tratamiento de niños y jóvenes afectados de TDAH, y pertenecientes a familias con escasos recursos económicos.



Fundación Educación Activa

Con motivo de la conmemoración de su X Aniversario, ha considerado premiar, entre otros, a la **Presidenta de Fundación Adana, Isabel Rubió**, con el premio "Apoyo y Confianza" para agradecer su colaboración y su trabajo a lo largo de estos diez años. La entrega tuvo lugar en Madrid el pasado 25 de marzo.



Colaboradores

Nuestro agradecimiento a Dr. Prandi, así como a:

- PROUS SCIENCE S.A.
- AMIGOS DE ADANA
- pukka's web design
- CRUJFF foundation
- LAUREUS
- real dreams
- GRUPO CELSA