

Dr. Eric Taylor

Profesor Emérito de Neuropsiquiatría Infanto Juvenil del *Institute of Psychiatry King's College University of London & Maudsley Hospital*. Director de la Guía Europea para el protocolo del tratamiento farmacológico de Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adultos. Director de la *Clínica Nacional de Epilepsia infanto Juvenil del Maudsley Hospital*, así como coordinador del programa inglés de Enlace Escolar para niños con Déficit de Atención y Epilepsia del mismo centro.

Su investigación de más de 40 años está orientada al diagnóstico, el tratamiento, la farmacología del déficit de atención y de las afecciones neuropsiquiátricas infantiles. Sus investigaciones incluyen estudios epidemiológicos longitudinales, genética molecular y neuroimágenes experimentales, neurofarmacología y tratamientos psicológicos. Ha publicado más de 250 trabajos originales. Es editor con Michael Rutter y Michael Hersov del Tratado Inglés de Psiquiatría Infantil, y de varias revistas científicas en la materia. Autor del libro "El niño hiperactivo: guía de padres y educadores para comprenderlo y ayudarlo".



Su investigación ¿A qué estudios específicos está orientada?

El tema general es intentar trazar el desarrollo de los trastornos derivados de un riesgo genético a través del seguimiento de la función cerebral en la evolución de las conductas y el curso de los problemas de comportamiento a través del tiempo. Esto me ha hecho establecer colaboraciones con genética molecular, neuropsicología, neuroimagen, epidemiología y estudios del desarrollo longitudinales.

El TDAH según su experiencia y/o en los estudios actuales ¿Cuánto tiene de hereditario?

Los estudios en gemelos sugieren que aproximadamente el 80% de las diferencias entre los individuos en cuanto a los síntomas del TDAH se pueden atribuir a influencia genética. Esto es una contribución muy alta pero no quiere decir que se tenga que ver como una enfermedad genética; hay que matizar que los genes interactúan con el entorno, y por otro lado, que hay varios genes implicados, cada uno de ellos con un efecto muy pequeño.

Nos gustaría que nos explicase qué quiere decir cuando comenta "el diagnóstico de TDAH es una descripción, no una explicación"

Quiero decir con ello de que hay varias causas además de la predisposición genética; algunas veces es por daño cerebral u enfermedad cerebral, o incluso por extremas carencias en los primeros años de vida. Es importante reconocer

que los tratamientos son efectivos sea cual sea la causa: tratamos los síntomas más que curamos las causas.

¿Podemos afirmar que en algunos casos de falta de atención e impulsividad puede estar el patrón de TDAH?

Creo que aquellos casos que presenten un déficit de atención pero sin síntomas de hiperactividad representan más otra condición diferente, pero este tema no ha sido decidido de forma científica y hay todavía pocos estudios al respecto.

El cerebro de los niños con TDAH ¿es diferente?

Si lo consideramos como grupo sí. Podemos ver estadísticamente que presentan de forma característica un cerebro de menor tamaño, especialmente en las zonas frontoestriadas y el cerebelo. Pero individualmente las diferencias son mínimas, y hay una gran coincidencia de parámetros con cerebros normales, por lo que no podemos aún identificar de forma individual si una persona presenta o no el TDAH a través de imágenes cerebrales.

¿Podemos considerar los problemas específicos de aprendizaje como un trastorno?

Sí, porque representan anomalías nocivas en las funciones de aprendizaje.

En su experiencia ¿Cuán alta es la comorbilidad con los problemas de conducta?

Alrededor del 40% de los niños con TDAH desarrollan problemas de conducta, especialmente si topan con ambientes

hostiles como el bullying, rechazo o estigmatización.

¿Qué puedo hacer si mi hijo presenta problemas de atención?

En principio mantenga la calma; apoye a su hijo, ayúdele a mejorar su autoestima y motivación, hable con sus profesores y tutor, busque ayuda profesional para una evaluación si no mejora.

Qué nos recomienda como el mejor tratamiento para el TDAH

El tratamiento más poderoso es la medicación (especialmente estimulantes y atomoxetina); pero no todos los niños necesitan algo tan poderoso y para algunos la terapia conductual es una buena manera de comenzar y puede ser suficiente, si los problemas no son muy severos.

La sociedad de hoy en día ¿es más tolerante o es que los padres hemos perdido el control de los hijos?

No podría responder a esto como científico. Según mi experiencia de 40 años como profesional, diría que la sociedad de entonces era menos tolerante.

¿Cree usted que la prensa trata adecuadamente el TDAH, a los afectados y a sus familias?

No, o al menos no en Gran Bretaña. Me desanima ver la fuerza con que los medios de comunicación niegan o tienen prejuicios en contra de la idea de considerar al TDAH como un trastorno mental, que puede ser tratado médicamente, y el rechazo de muchos periodistas a aceptar lo que dice la ciencia a este respecto.

Sumario

1. En Portada

El DSM-V y los cambios que afectan al TDAH

2. Internacional

Algoritmo de Preescolares con TDAH

3. El Profesional opina

Avances en el tratamiento del TDAH. Resumen ponencia Dr. Cesar Soutullo

4. El Artículo

¿Podemos afinar más a la hora de ofrecer recursos a las familias con menores afectados por TDAH?

6. Espacio Adana

- Los Príncipes de Asturias y el III Congreso Nacional de TDAH
- II Encuentro con un Experto
- Adana organiza el primer postgrado sobre TDAH en España
- Agenda

7. Recomendamos

Información sobre bibliografía y páginas web de interés.

8. La Contra

Entrevista al Dr. Eric Taylor

Fundación Privada Adana no se responsabiliza de las opiniones expresadas por sus colaboradores.

El DSM-V y los cambios que afectan al TDAH



La Academia Americana de Psiquiatría prepara una nueva edición, la quinta, de su Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés). Una guía que médicos especialistas de todo el mundo utilizan para diferenciar lo que se considera enfermedad de lo que no, y también para aplicar tratamiento.

Hemos considerado interesante recoger los puntos del manual que se refieren concretamente al TDAH y que son los siguientes:

A) Estructura general (razones y riesgos/beneficios enumerados en la Rationale tab): Se han considerado dos opciones: 1) Mantener los criterios actuales, pero sin subtipos y con un único código diagnóstico. Proporcionar escalas para designar las características específicas de comportamiento y 2) Interrumpir la clasificación según los subtipos predominantemente hiperactivos/impulsivos y predominantemente inatentos. El TDAH se debería asignar a los criterios actualmente utilizados para designar el subtipo combinado. Creación de un nuevo diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención (ADD) con su propio código (ver B2 más abajo).

B) Cambios en la codificación de falta de atención: Algunas de las propuestas de la estructura general modifican la cobertura de la falta de atención. Se han presentado dos propuestas: 1) Conservar el subtipo predominantemente inatento actual, pero exigir que no se cumplan más de 2 criterios de hiperactividad para definir

el diagnóstico. 2) Crear un diagnóstico nuevo con los mismos criterios de falta de atención que se contemplan en el DSM-IV subtipo predominantemente inatento y requiriendo que no estén presentes criterios de hiperactividad / impulsividad.

C) Número de criterios : Añadir 4 criterios nuevos de impulsividad para cubrir mejor la hiperactividad / impulsividad y la falta de atención.

D) Edad de inicio: 1) Ampliar la edad de inicio "desde antes o hasta los 7 años" a "antes o en los 12 años". 2) Variar el Indicador de la existencia del trastorno del deterioro como en el DSM-IV a los síntomas.

E) Especificación del trastorno en los adultos: Reducir los criterios necesarios para cualquiera de los subtipos de 6 a 3.

F) Determinación de otros observantes: Necesidad de informes directos provenientes de otras personas cercanas, como maestros u otra persona significativa.

G) Redacción de los criterios: Proveer una descripción más elaborada de los criterios de diagnóstico.

H) Criterios de exclusión: No considera como excluyentes el aspecto autista o los trastornos del desarrollo.

Puedes seguir el enlace *DSM-5 Options Being Considered for ADHD* con los argumentos a favor y en contra (información en inglés).

Dedicado a todos los padres

En los últimos 5 años se ha extendido en la sociedad el conocimiento del TDAH, de sus síntomas, de la necesidad de tratamiento y de la formación de padres y educadores. Todo ello no habría sido posible sin el trabajo y la colaboración de muchos padres implicados en abrir camino, dando información y sensibilizando a la sociedad y autoridades.

Por ello quiero dedicar esta editorial en homenaje a todos los padres, y en primer lugar a los que forman las asociaciones de padres en el estado español, que están consiguiendo pequeños y grandes avances en la mejora de la detección, diagnóstico y tratamiento de las personas afectadas y que pronto celebrarán su 3er Congreso, en la ciudad de Granada, con la Presidencia de Honor de sus SS.AA.RR. los Príncipes de Asturias.

Entre los padres pioneros en los países Iberoamericanos tenemos a personas cercanas a nosotros, a quienes hemos podido conocer y de los cuales hemos aprendido mucho, pero hay otros que no tuvieron la oportunidad de venir, aunque han estado muy presentes ya que han colaborado de forma muy activa, gracias al apoyo del correo electrónico.

Me refiero en este caso a M^a Teresa Hill, de Uruguay, gran persona, infatigable luchadora, que ayudó a dar forma al Foro Iberoamericano de CHADD, y que a través de sus mensajes informándonos de las actividades que cada asociación y entidad desarrollaba, ha mantenido unidas las comunidades de ambos continentes.

M^a Teresa nos acaba de dejar, pero valgan estas líneas como homenaje en su recuerdo, ya que los que tuvimos la suerte de conocerla, sabemos de su amistad incondicional y entrega, así como de la gran labor que ha hecho en la comunidad de habla hispana por la defensa y reconocimiento del TDAH.



Isabel Rubió
Presidenta Fundación ADANA

Algoritmo de Preescolares con TDAH

La documentación a nivel mundial en cuanto al diagnóstico y tratamiento integral del TDAH en la etapa preescolar es relativamente limitada, especialmente en los países latinoamericanos, lo que ha llevado a una serie de expertos a desarrollar un árbol de intervención basado en la eficacia y la evidencia científica. Para ello, se integró un equipo de seis profesionales de diferentes áreas de intervención: neuropsiquiatría, psiquiatría infantil y juvenil, psicología y neuropsicología de cinco países americanos. Se revisó la literatura entre los años 2006-2008, se evaluó el nivel de evidencia científica de los estudios y se elaboró el algoritmo de tratamiento de acuerdo a las necesidades de la población latinoamericana, a la que se sumó las recomendaciones de los especialistas para la construcción de un árbol de decisiones según el nivel de evidencia científica de cada propuesta.

Manifestaciones clínicas del TDAH en preescolares:

Se comprobó que hasta el 86% de las consultas psiquiátricas para atender a preescolares era por presentar TDAH, y el 61% por presentar conductas disruptivas. Pequeños estudios epidemiológicos han obtenido datos que lo presentan entre un 0'76 (Venezuela), 11'2% (Puerto Rico), siendo la media un 3-5% de la población preescolar latinoamericana. Es propio y normal en el proceso madurativo neurológico de las áreas frontales del cerebro que los niños a esta edad tengan conductas temerarias e inquietas, por la falta de un control inhibitorio en los cuatro primeros años de edad. Todos los niños, por tanto, presentan pocos niveles de atención, conductas exploratorias e hiperactivas, así como respuestas impulsivas. En esta etapa madurativa es normal que los síntomas de atención no sean tan evidentes: la mayoría de ellos pasan inadvertidos o se cree que tienen dificultades de aprendizaje, alteraciones del desarrollo del lenguaje, motricidad fina o gruesa y déficit de integración sensorial.

Respecto a comorbilidades, se comprobó que la mayoría presentaban el trastorno negativista desafiante, así como el de desarrollo del lenguaje y desarrollo cognitivo. Los niños con inicio temprano de TDAH presentan en la adolescencia temprana mayores niveles de trastorno de conducta, depresión o ansiedad.

El diagnóstico en estas edades (3-6 años) es clínico y se ha de concentrar en la información aportada por padres y educadores, así como en la observación directa del niño. Aunque no hay escalas específicas para el TDAH algunas ayudan a definir la severidad de los síntomas. Las más utilizadas son la de Conners, así como la IDC-PRE o la ECI. Las pruebas neuropsicológicas no son esenciales pero sí un buen complemento para un seguimiento objetivo. En los EE.UU se considera que no se ha de diagnosticar antes de los 3 años, pero los profesionales que han elaborado este documento consideran que, en casos extremos, las conductas son tan disruptivas que precisan de un diagnóstico incluso antes.

Resultado:

El algoritmo multimodal para el tratamiento de preescolares latinoamericano plantea como primer recurso el manejo psicossocial y después el tratamiento farmacológico. Los principales cambios en el algoritmo son: la recomendación específica de los tratamientos psicossociales como la psicoeducación, el Entrenamiento del Manejo Parental (EMP), y la terapia interaccional Padres-Hijos (TIPI) así como aquellos para el ambiente escolar. El Grupo de desarrollo del algoritmo recomienda comenzar con 12 sesiones de medidas psicossociales, antes de introducir la medicación.

Como terapia farmacológica, y siempre que el profesional sopesa los beneficios frente al riesgo de un TDAH severo, se recomienda en primer lugar el metilfenidato de liberación inmediata, seguido de atomoxetina, que se ha estudiado para niños a partir de 6 años, o anfetaminas, de las que no hay estudios para niños pequeños y en último término la clonidina (solo 1 estudio en la India sin datos para preescolares). Se recomienda evaluar a los seis meses de tratamiento, y pararlo si no hay situaciones críticas (periodo vacacional escuelas), y vigilancia del peso y sueño, así como del crecimiento. El médico ha de determinar si recomienda pruebas hepáticas y electrocardiograma de control para aquellos casos que requieran continuidad.

Finalmente, en caso de medicarse, se recomienda continuar con los tratamientos psicossociales, que unido a la medicación da mejores resultados.

Juan David Palacio, Matilde Ruiz-García, José J. Bauermeister, Cecilia Montiel-Navas, Gloria C. Henao y Guillermo Agosta

DIRECTORA

Alicia de Muller

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Vargas Comunicació

PRODUCCIÓN

Beatriz Mena

COMITÉ ASESOR

Marta García-Giral (Psiquiatra)

Ezequiel Miranda (Abogado)

Rosa Nicolau Palou (Psicóloga)

Mariano Trillo (Psiquiatra)

Joaquima Júdez (Psiquiatra)

Antonio Ramos Quiroga (Psiquiatra)

Amaya Hervás (Psiquiatra)

Juan Antonio Amador (Psicólogo)

COLABORADORES

Dra. Joana Alegret

(Psiquiatra y Terapeuta familiar)

Dr. Eric Taylor

(Profesor y Psiquiatra)

Avances en el tratamiento del TDAH

Resumen ponencia Dr. Cesar Soutullo

Resumen realizado por Adana de la conferencia impartida por el Dr. César Soutullo en el V Congreso Internacional sobre TDAH (Madrid). El Dr. César Soutullo es Director de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente del departamento de Psiquiatría y Psicología Médica en la Clínica Universidad de Navarra.

Los últimos estudios científicos demuestran diferencias en el desarrollo evolutivo del cerebro, con distinta conectividad y conexiones alteradas en pacientes con TDAH, comparado con sujetos no afectados. Existen niveles inferiores de actividad en los transportadores de la dopamina en el TDAH. El TDAH es un retraso transitorio de desarrollo que puede mejorar con el tiempo, aunque en algunas capacidades o síntomas, las dificultades pueden persistir en el tiempo.

Se ha elaborado un estudio sobre 302 pacientes que realizan su primera visita en nuestra Clínica: un 60% son niños menores de 12 años, comenta el Dr. Soutullo. La mayoría acuden entre los 7 y 11 años, pero hasta un 40% acuden en la adolescencia. Existe un retraso medio de 3,5 años desde que los síntomas empiezan a causar problemas hasta que se diagnostica el TDAH. Un tiempo y unas oportunidades perdidas que pueden tener consecuencias duras. Por eso, aconseja a los pediatras que a la mínima sospecha se deriven al psiquiatra del niño y del adolescente.

El tratamiento debe ser multimodal: FAMILIA+ESCUELA+MEDICACIÓN

La familia debe aprender sobre el TDAH. Hay que realizar un entrenamiento a los padres sobre el manejo de conductas y la resolución de problemas.

La escuela debe aprender sobre el TDAH. Los profesores tienen que disponer de técnicas de manejo. Deben realizar un apoyo específico en las áreas deficitarias del alumno y fomentar aquellas en que sean de especial habilidad, para que se sepa que no es malo en todo lo que hace. La escuela tiene que mirar al niño como persona, y debe motivar y animar al niño. No hacerlo más fácil sino diferente (modificar tiempos, espacios en exámenes, utilizar reloj, etc).

En la mayoría de TDAH existe un déficit de habilidades organizativas, por eso, les vendría muy bien la figura de un "entrenador personal", una persona que esté a su lado, que le ayude a organizarse en sus tareas diarias. Ejemplo: apuntar las tareas, ver qué material necesita, revisar la mochila, ... Todas estas tareas que son obvias y sencillas, para un TDAH son de una gran complejidad y dificultad.

NO funciona para el tratamiento:

- Musicoterapia (tomatis, sanonas, joudry)
- Tratamientos de hierbas, minerales
- Dietas especiales
- Ejercicios físicos y de lateralidad
- Quiropráctica
- Psicoanálisis/psicoterapia grupo
- Biofeedback/ Neurofeedback

SÍ funciona para el tratamiento:

- La psicoeducación
- La medicación

A parte de las medicaciones que actualmente están disponibles, está en estudio la LISDEXANFETAMINA, de próxima introducción en España. En la actualidad, aproximadamente un 70% de los pacientes mejoran con la medicación estimulante y entre un 10-30% no responden o no toleran los estimulantes. Se aprecia más una mejoría o beneficio en aquellos TDAH que están más graves.

Las recomendaciones que el Dr. Soutullo da para la medicación y el tratamiento son:

1. Debe conocerse bien el perfil de síntomas centrales y periféricos de cada niño, y su situación familiar, escolar y social.
2. La medicación debe seleccionarse en función de características como la rapidez de acción (son más rápidos los estimulantes que la



atomoxetina), la duración del efecto a lo largo del día, el perfil de efectos secundarios, la comorbilidad (tics, tourette, epilepsia), aspectos de la adherencia al tratamiento (mejor usar medicaciones que sólo se dan una vez al día), el usar o no el tratamiento en el colegio (mejor no tener que usarlo para evitar estigmatizar al niño), aspectos con el potencial de abuso (menor con atomoxetina, y de los estimulantes, menor con las preparaciones de liberación prolongada que las de liberación inmediata). También debe tenerse en cuenta el coste de la medicación, aunque este coste es sólo un porcentaje pequeño del coste total del TDAH.

3. Al comenzar el tratamiento con una medicación como atomoxetina, es conveniente valorar los resultados aproximadamente a las 4 semanas. Si va bien, seguir y volver a valorar a las 12 semanas; si no va bien, modificar la medicación y no dejar pasar más tiempo esperando resultados. Ajustar las dosis según cada paciente y necesidad, pero sin dejar pasar largos periodos de tiempo. Optimizar las dosis con más ritmo y utilizar todo el abanico de posibilidades de manejo al alcance.

4. En el caso de los estimulantes, podemos esperar mejoría en los síntomas más rápida, una a tres semanas tras alcanzar la dosis eficaz.

5. Es decisión única de la familia y del médico sobre qué agente usar.

6. Cada paciente es diferente y sus necesidades también lo son.

7. Dar preferencia a padres y pacientes. Escucharlos.

8. Conocer bien el perfil de cada fármaco.

9. Realizar una evaluación inicial muy extensa. Es importante saber en cada momento cuáles son los problemas y dónde están esos problemas. Porque con el paso del tiempo pueden ir variando, desaparecer o surgir otros nuevos.

Y muy importante:

10. Conocer el perfil de síntomas del paciente y su entorno: qué se puede conseguir con medicación y qué no se puede conseguir. Dejar claro hasta dónde se puede llegar con medicación, ya que ésta no cubre el 100% de los síntomas y problemas.

11. Aplicar psicoeducación, manejo conductual y apoyo escolar según necesidad.

IR PASO A PASO. UNO DETRÁS DE OTRO. NO EXISTEN LOS ATAJOES.

Expectativas de futuro:

En el futuro del TDAH se espera una mejor predicción de tratamiento por características genéticas. No habrá que probar tantos medicamentos y dosis. Existirán nuevos fármacos que funcionen en otros receptores y más sofisticados. Mejorarán los profesores y los tratamientos psicológicos. Aparecerán nuevas técnicas.

No está muy lejos la opción de suministrar la medicación en parche transdérmico. Dará más posibilidades y variaciones en la dosificación, sobre todo a chicos mayores que estudian por la tarde-noche ó en días alternativos. Facilitará la toma según necesidad.

En cuanto al Omega 3 existen actualmente evidencias escasas pero muy prometedoras. Se recalca que el Omega 3 es un agente que estimula el crecimiento de la masa gris.

¿Podemos afinar más a la hora de ofrecer recursos a las familias con menores afectados por TDAH ?

Dra. Joana Alegret

Terapeuta familiar, psiquiatra. Inicia su práctica en el campo infantil en 1975 en el Centro de Higiene Mental Les Corts en Barcelona. Allí aprendió una manera de trabajar siempre en contacto con las escuelas y otros espacios de la vida de los menores. Su trayectoria ha estado marcada por el deseo de construir puentes, de proponer conexiones, de evitar el aislamiento entre las intervenciones. Ejemplos de ello son el cuidado hacia el trabajo en red entre profesionales y la propuesta de un modelo integrador para el controvertido tema del déficit de atención.



Quisiera aportar mi experiencia a la hora de dar respuestas que sirvan a las familias con menores afectados por TDAH. Partiré de mi doble dimensión de psiquiatra y terapeuta familiar. Después de años de trabajar en salud mental de niños y adolescentes no me queda ninguna duda sobre el buen uso de la farmacología entre las respuestas posibles al trastorno. Asimismo, hay que añadir a la farmacología una respuesta, individual o grupal, que recupere las funciones afectadas o latentes del niño o niña.

Lo que quisiera subrayar, ante la invitación a una aportación a la revista ADANA NEWS, es mi mirada como terapeuta familiar. A mi parecer es una lectura muy útil para la comprensión del TDAH. En la bibliografía que en general se consulta hallamos la alusión a que hay que contemplar la ayuda a los padres, a las familias, a la escuela, como un pilar complementario al trabajo directo con el menor. Es lo que se resume en la frase "abordaje multimodal".

Es muy pertinente la propuesta general de ayuda a los padres. Sin embargo, en mi opinión no es adecuado lo que llamaríamos "café para todos". Hay que afinar la mirada hacia el grado y la amplitud de sus dificultades, puesto que en estos momentos se puede ser más sutil a la hora de hallar diferentes formas de reserir lo que significa un hijo o hija con TDAH.

Existen variadas situaciones si evaluamos el clima relacional. Tal evaluación se refiere a características interaccionales que se podrían enumerar así:

- 1) Estilo de comunicación
- 2) Afectos predominantes
- 3) Actitud ante el entrevistador
- 4) Funcionamiento parental
- 5) Funcionamiento conyugal
- 6) Coincidencia de crisis familiares
- 7) Posición en la responsabilidad de crianza
- 8) Presencia de otros miembros afectados por problemas emocionales

Más allá de la precedente enumeración hay que decir que la forma de hacer la evaluación es tan importante como los contenidos. Se trata de que tales dimensiones se calibren dentro de una relación de confianza entre el entrevistador y la familia. Ello comporta la creación de un clima donde ésta perciba un interés genuino por sus circunstancias, una actitud de respeto y de búsqueda conjunta de salidas al malestar. Es básica la existencia de una alianza terapéutica que otorgue validez a nuestras apreciaciones y conceda credibilidad a nuestros consejos.

A partir de tales requisitos y teniendo en cuenta las dimensiones citadas, propongo distinguir distintos tipos de familias:

1) Aquellas donde el TDAH está bien llevado, la familia no se ha afectado, y gozan de respuestas sanitarias y educativas suficientemente buenas. Para esas familias lo que conviene es seguir así. No hace falta nada más que ir adecuando las respuestas al crecimiento del hijo. En mi estadística personal (*) dichas familias representan el 10% del total de las atendidas. El profesional que las trata nota que su interacción con ellas es fácil. El rato de atención está plagado de buen humor, y son familias que regalan a los profesionales ejemplos de cómo actuar frente a un hijo afectado.

2) Aquellas donde hay una alteración en la conducta PARENTAL respecto a cómo posicionarse ante un hijo con TDAH. Hay cierto sufrimiento, aunque leve. La pareja conyugal funciona bien. Para esas familias es preciso ofrecer una de las tres alternativas siguientes:

- a) grupos psicoeducativos de padres
- b) terapia cognitivo-comportamental a través de los padres en pro del hijo
- c) terapia elaborativa del pasado, presumiblemente breve.

En mi estadística personal tales familias suponen un 36% de las totales atendidas. Pertenecen a este grupo las que aprovechan las ofertas de los servicios públicos, y las que activan a los planificadores para que se destinen más recursos a las problemáticas de las que hablamos. Tales familias aceptan y reciben bien las pautas que los expertos les proponen. Tienen una actitud activa y ganas de aprender.

3) Por último, aquellas donde está afectado también el espacio CONYUGAL, además del parental. Hay malestar relacional, afectos alterados, clima de conflicto o bien de evitación de la convivencia. El sufrimiento es perceptible en varios de los miembros. Para estas familias no basta con un enfoque psicoeducativo, o de pautas, o de sensibilización, o de enfoque cognitivo-conductual. Precisan una terapia familiar sistémica, con la cual podrán recuperar funcionalidad y autonomía. Si se recibe la ayuda necesaria, el TDAH podrá ser un problema más, de los que en el curso de la vida hay que afrontar. La dimensión del problema se reducirá en la medida en que otras dificultades perdieran importancia. Si utilizamos la imagen de un barco, un escape de agua en algún punto puede resolverse sin daños mayores si la capitanía está en buena sintonía entre sí y con la tripulación.

En mi estadística personal este tipo de familias supone un 47% de las totales. Su actitud ante los consejos o pautas es variada. A veces un progenitor no apoya lo que el otro inicia. Hay otros focos de malestar en su seno, y es difícil que las líneas a seguir sean sostenidas a la vez por los adultos responsables de la gestión familiar. A veces los abuelos o tíos no coinciden de opinión y actitud con alguno de los padres, y esta fisura en la coherencia y autoridad es caldo de cultivo para las conductas disruptivas de los niños o niñas.

Al tener un diagnóstico de TDAH es frecuente que se expliquen tales conductas como si fueran parte del cuadro, siendo así que, en mi opinión, tienen relación con las respuestas descoordinadas de los adultos. Es por ello que su mejoría pasa por una terapia familiar sistémica, que vaya más allá del presente y ayude a recuperar funciones atrofiadas. Sin dicha intervención el cuadro del TDAH se puede complicar. Por ejemplo, lo que se llama comorbilidad con trastornos de conducta reside, en mi opinión, en una respuesta parental inadecuada por estar la conyugalidad poco sólida. Retomando la imagen, es como si el capitán del barco y el maquinista se enzarzaran en peleas.

Un menor afectado con TDAH pone a prueba la congruencia y consistencia de las respuestas que recibe de sus cuidadores más



significativos. No ha elegido él su problema ni que su familia esté sobrecargada para afrontarlo.

Desgraciadamente se puede establecer un círculo vicioso entre el TDAH y sus déficits correlativos, el clima familiar de fondo y las emociones de desánimo de unos y otros. A pesar de que las respuestas más visibles del menor aparezcan como acción y desafío, es indudable que la depresión y el cansancio pueden hacer mella en todos los convivientes. Ojalá que tales círculos viciosos se puedan revertir.

Es pertinente comentar que, para articular los distintos caminos terapéuticos que se aconsejan, se precisa una posición de los profesionales que esté dispuesta a la colaboración con otros colegas. Es excepcional que todos los recursos dependan de un único dispositivo o entidad, con lo cual hay que hacer gala de una habilidad especial para construir lo que personalmente he llamado "el equipo virtual". Asimismo es muy adecuado el contacto directo con la escuela, puesto que se trata de un trastorno donde la continuidad del enlace se impone. En mi experiencia una escala que la escuela debe llenar, transmitida por los padres no tiene el mismo valor que una llamada directa telefónica o que una entrevista. Es cierto que lo segundo acarrea más gestiones al profesional, pero su rendimiento en eficacia lo merece.

En estos momentos está, pues, a nuestro alcance discriminar y aconsejar qué tipo de recurso conviene a cada una de las familias que nos consultan. Asimismo, es una tarea nuestra el ir sensibilizando a los planificadores sanitarios para que, además de los tratamientos para el menor, faciliten la oferta de terapia familiar sistémica a cuantas familias lo precisen. De la misma manera hay que recordarles la ventaja de que en las agendas se prevea y disponga de tiempo especial para los contactos entre profesionales, aspecto tan importante a veces como las entrevistas directas con la familia (**). La articulación del equipo virtual es una garantía para que se propongan caminos complementarios y se gane coherencia y rentabilidad. Un entrenamiento a los profesionales para tal competencia ahorra conflictos o delegaciones que perpetúan estancamientos sintomáticos.

Evitar, prevenir TDAH complicados está pues en nuestras manos. Se trata de llegar a tiempo. Y de dar a cada cual según sus necesidades.

(*) Alegret, J. (2007) "Un protocolo para el déficit de atención y una tipología de familias de los menores que lo manifiestan", REDES, Diciembre.

(**) Alegret, J., Castanys, E., Ochoa, S. (2005) "El trabajo en red profesional en salud mental infantojuvenil" Revista de la AEN, no. 95, Julio/Septiembre.



Los Príncipes de Asturias presidirán el III Congreso Nacional de TDAH en Granada

Los Príncipes de Asturias han aceptado la presidencia del Comité de Honor del "III Congreso Nacional del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, TDAH" que tendrá lugar en el Palacio de Congresos de Granada del próximo 22 al 24 de Abril. Organiza la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, más información: www.feadah.es

El gesto es significativo en cuanto refleja el reconocimiento de Sus Altezas Reales a la labor y el esfuerzo que desde todas las Asociaciones y Fundaciones estamos llevando a cabo en España, al mismo tiempo que constituye un gran apoyo en nuestra lucha diaria por mejorar la calidad de vida de los TDAH.

II Encuentro con un Experto: Dr. José Bauermeister

Conferencia-Coloquio sobre los Trastornos de conducta, organizado por Fundación Adana

Psicólogo clínico de Puerto Rico. Miembro de la Junta Asesora de CHADD. Reconocido por CHADD con el "Hall of fame" por su tarea de investigación y sus aportaciones profesionales y personales. Reconocido como Psicólogo Distinguido por la Asociación de Psicología de Puerto Rico en el año 1997 y por la Asociación de Psicólogos Escolares en el año 2007.

Es coautor, junto con Russell Barkley y Kevin Murphy, del libro "El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Un manual

de trabajo clínico" y ha publicado el libro "Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces?", una guía sobre el déficit atencional dirigida a padres, maestros y profesionales.

Día: 30 de abril

Hora: 18h a 20.30h

Lugar: CosmoCaixa. C/ Isaac Newton, 26 . Barcelona.

Precio: 30€

Fundación Mútua Manresana



Fundación Adana ha sido distinguida con el "Premio Ámbito de Solidaridad" que otorga Fundación Mútua Manresana, dentro de su programa Ayudas a la Iniciativa Social. El premio nos ha sido concedido en reconocimiento a nuestro proyecto "Prevención de exclusión social de niños y jóvenes con TDAH". La entrega del Premio tuvo lugar en el Auditorio de Caixa Manresa el pasado 4 de Marzo.



Agenda

→ III Congreso Nacional del TDAH: "Creciendo con el TDAH: adolescentes y adultos". Granada 22-24 Abril. Organiza la Federación Española de Asociaciones de TDAH.

→ II Encuentro con un Experto: Dr. José J. Bauermeister. 30 de Abril de 18 a 20.30h. Auditorio Cosmo Caixa. Barcelona. Organiza Adana.

→ XIV Jornada Internacional: "Avances en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia". 27 y 28 de Mayo, en Barcelona. Más información: www.mizar-travel.com

→ Actualización en el diagnóstico y tratamiento del TDAH, en la Universidad de Verano Ramon Llull. Del 28 al 2 de Julio. Organiza Mútua de Terrassa, Col·legi de Psicòlegs de Catalunya i URL. Información e inscripciones en: <http://universitatetiu.url.edu>

Adana organiza el primer Postgrado sobre TDAH en España

En nuestro deseo de seguir apostando fuerte por la formación como primera arma para lograr avances en la mejora de la calidad de vida de los TDAH, y coincidiendo con el traslado al nuevo centro, los primeros profesionales con diploma de **Postgrado en especialización en TDAH, Trastornos del Aprendizaje y Trastornos de la Conducta** de Fundación Adana dispondrán de este título en junio de 2011 después de superar un curso que comenzará en Octubre de este año.

Se trata de un postgrado presencial, de 250 horas, de las cuales 50 horas son prácticas y donde el alumno escoge su itinerario práctico en función de sus intereses y expectativas.

Está dirigido a profesionales de los ámbitos médico, psicológico y educativo, e impartido por profesionales del Hospital Clínico de Barcelona, Hospital Valle de Hebrón, Hospital de San Juan de Dios, Institut Borja de Bioética de la Universidad Ramon Llull, Institut Dexeus de Barcelona, Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Centro Avanza, Universidad de Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona y Centro Psyncron de Sabadell.



- Avalado científicamente por la Sociedad Española de Pediatría Social Extrahospitalaria y Atención Primaria.

- Con el reconocimiento de la Sociedad Catalana de Psiquiatría Infanto-juvenil.

- Con el reconocimiento sanitario del Institut d'Estudis de la Salut.

- Actividad acreditada por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con un total de 34,9 créditos.

- En proceso de ser reconocido como actividad formativa dirigida al profesorado por el Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya.

Información y admisiones:

www.adanatraining.org

e-mail: adanatraining@fundacionadana.org

Caja Navarra y Fundación Real Dreams

Caja Navarra y Fundación Real Dreams han escogido tres de nuestros proyectos para que puedan obtener el apoyo de sus clientes y amigos respectivamente.

A través de estos enlaces puedes acceder a ellos y hacer tu aportación:

<http://www.cajanavarra.es/es/participa/haz-tu-aportacion/>

http://www.fundacionrealdreams.org/bolsa_proyectos.aspx?idcontent=2&idproject=1

http://www.migranodearena.org/listado_ong.php

• Nuestro agradecimiento a Dr. Prandi, así como a:

■ PROUS SCIENCE S.A.

■ AMIGOS DE ADANA



Recomendamos

Libros



■ Ellos también tienen TDAH (edición en castellano)

Autor: Kathy Hoopman
Edita: J&C Ediciones Médicas

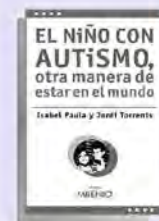
Para explicar de manera sencilla a un hijo afectado qué le pasa.



■ Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH

Autora: Isabel Orjales Villar
Edita: Ediciones Pirámide

Un auténtico manual de supervivencia para madres y padres de niños con TDAH.



■ El niño con autismo, otra manera de estar en el mundo

Autores: Jordi Torrents i Isabel Paula
Edita: Milenio

Cuatro relatos basados en historias y casos reales para una comprensión más actualizada del autismo.

Webs

→ http://www.elpuentetdah.com/descargas/Guia_TDAH.pdf: guía elaborada por la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

→ <http://hermanadeuntDAH.blogspot.com>: el día a día de una hermana de un TDAH.

→ www.faroshsjd.net: Observatorio de salud de la infancia y la adolescencia del Hospital San Juan de Dios de Barcelona.



Estrenamos folleto corporativo!

Avda. Tibidabo, 15 08022 BCN
www.fundacionadana.org

