

Dra. Anna Sans Fitó

Neuropediatra. Coordinadora de la Unidad de Trastornos del Aprendizaje (UTEA) del Servicio de Neurología del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Autora del libro "¿Por qué me cuesta tanto aprender? Trastornos del Aprendizaje" (Edebé).



¿Qué son los trastornos de aprendizaje y cuáles se conocen?

Son trastornos de base neurobiológica que condicionan que un niño con una inteligencia e instrucción adecuada no progrese en uno o más aprendizajes como sería de esperar. La dislexia, trastorno de aprendizaje no verbal (TANV), Disfasia o Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) y discalculia. El TDAH sin ser en sí mismo un trastorno de aprendizaje a menudo se le incluye dentro de los TA al interferir en el desarrollo de toda una serie de capacidades imprescindibles para progresar en los aprendizajes.

¿Existe alguna disfunción específica en nuestro cerebro que ocasione estos trastornos, y si existe dónde se localiza?

Todos los TA tienen una base neurobiológica. El cerebro es para el aprendizaje lo que son los pulmones para respirar. Las disfunciones son distintas en cada uno de los trastornos. A grandes rasgos podríamos decir que la dislexia, TDL y discalculia son trastornos debidos a la alteración de distintas áreas del hemisferio cerebral izquierdo. El TANV se debe a una disfunción de la sustancia blanca cerebral, especialmente del hemisferio cerebral derecho y el TDAH a una alteración en el funcionamiento de la parte más anterior de nuestro cerebro o áreas prefrontales.

Los niños con TA ¿Son capaces de aprender?

Los niños con TA, en general, con un diagnóstico y tratamiento precoz y con las adaptaciones escolares pertinentes deberían poder tener un rendimiento académico aceptable. En todas las Universidades hay alumnos con TA pero sin duda lo han tenido muchísimo más difícil que el resto. En nuestro país los alumnos con TA lo tienen aun más difícil ya que las leyes educativas no los contemplan. Son trastornos que siguen sin existir para las administraciones. El progreso de muchos de estos alumnos depende en gran parte de los recursos de sus familias. Que esto siga sucediendo en el siglo XXI es absolutamente inaceptable.

¿Cuándo debe saltar la alarma para identificar un posible TA y a qué especialista se debe acudir?

Cuando un niño, a cualquier edad, no avanza en un aprendizaje como se espera para su edad y nivel de inteligencia hay que pensar en la posibilidad de que sufra algún TA. En el caso de la dislexia y la discalculia la dificultad

en los aprendizajes básicos iniciales de la lectura y el conocimiento numérico, en preescolar, debería al menos alertar. En el TANV la dificultad en la coordinación motriz fina suele observarse muy precozmente en los primeros dibujos, para recortar, abrochar botones,... En el caso del TDAH inatento, en el que no se encuentran los problemas de autocontrol habituales, la dificultad para el uso de la agenda, los olvidos de material y la baja comprensión lectora también deben alertar. Los TA son el modelo de lo que debería ser un abordaje multidisciplinar. Con una formación específica y contrastada hay distintos profesionales del ámbito psicopedagógico y médico que pueden abordarlos. En neurociencias es absurdo pensar que un determinado trastorno pertenece en exclusiva a unos u otros profesionales, no hace más que limitar el progreso del conocimiento y perjudica a los afectados.

¿Cómo se abordan estos trastornos?

Una vez se conoce el diagnóstico hay que iniciar una reeducación específica. Ello significa que hay que actuar en el déficit de base de cada trastorno. Es importante conocer bien el funcionamiento cognitivo del afectado con sus puntos débiles y fuertes. Estos últimos son los que se utilizarán para compensar el déficit. El niño con un TA va a necesitar ayuda durante toda la escolaridad aunque, obviamente, a cada edad la ayuda necesaria sea distinta. En general a partir de los 9-11 años poco va a modificarse el trastorno de base y la reeducación buscará establecer estrategias para compensar las dificultades. Tan o más importante que el tratamiento con el niño son las adecuaciones que se pongan en marcha en la escuela. De poco va a servir priorizar unas determinadas reglas ortográficas y enseñar a redactar con frases muy simples a un chico disléxico si luego van a suspenderle por no tener tiempo para acabar un examen o por hacer muchas faltas de ortografía. Lamentablemente en nuestro país, hoy por hoy, esta es la parte más difícil y descorazonadora del tratamiento de los niños con TA.

¿A su juicio, cuál es la clave del tratamiento de estos trastornos?

Su conocimiento y el trabajo coordinado de los especialistas, la familia y la escuela.

¿A qué porcentaje de niños/as españoles afectan estos trastornos?

En España no disponemos de estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia

de estos trastornos en nuestra población escolar. De todas maneras las cifras que se dan en estudios de distintos países son muy similares y rondan el 15 % de la población en edad escolar.

¿Son estos una de las principales causas de fracaso escolar?

Sí. El fracaso escolar con mucha frecuencia es el resultado de un TA no diagnosticado ni tratado de forma adecuada. En la mayoría de países en los que la cifra de fracaso escolar está por debajo o alrededor del 10% los TA se detectan muy precozmente en la escuela y el sistema educativo contempla los recursos necesarios y los derechos de los afectados.

Démos su visión del fracaso escolar desde el punto de vista neuropsicológico

Cada uno de nosotros tiene un perfil de habilidades y "dishabilidades" que viene determinado por el funcionamiento cerebral y éste a su vez, en gran parte, por la dotación genética. Según como sea este perfil un niño pasará por la etapa escolar de una forma u otra. Por mucho que se entrene a una persona no dotada para la música o la pintura nunca llegará a tener esa habilidad. Si puede, en cambio, mejorar y aprender estrategias para hacerlo mejor. Esto puede aplicarse a todos los TA. Cuando la dificultad en una materia escolar no se interpreta bajo este prisma y se pretende que todos los alumnos aprendan de la misma manera el riesgo de fracaso escolar en los afectados por TA aumenta muchísimo. El alumno que tiene que enfrentarse diariamente a una dificultad de la que él mismo desconoce la causa, los profesores y a veces los padres le repiten una y otra vez que no se esfuerza, los suspensos son habituales aunque intente prepararse las materias. Es lógico que el desánimo, la baja autoestima y la desmotivación le lleven a abandonar.

El sistema educativo español, hoy por hoy, tiene muchas carencias en este aspecto. ¿Cómo pueden intervenir Vds. los especialistas para mejorar el futuro de estos niños?

Intentar acercar el conocimiento neurobiológico al mundo educativo es una de nuestras obligaciones. En el día a día hay que potenciar el abordaje multidisciplinar y estar abiertos a la colaboración con los profesionales que atienden a los niños con TA.

Sumario

1. En Portada

Nuevas Guías de Salud sobre el TDAH

2. El Profesional opina

Los niños adoptados presentan mayor riesgo de padecer TDAH

3. Internacional

El TDAH predice patologías de la alimentación en niñas adolescentes

4. El Artículo

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Orientaciones psicoeducativas para padres

6. Espacio Adana

- Grupo terapéutico preescolar
- Cena-coloquio Dr.Rojas Marcos
- Resumen Jornada Dra. Peña
- Subvenciones 2008
- Agenda: III Simposio Adana

7. Recomendamos

Información sobre bibliografía y páginas web de interés

8. La Contra

Entrevista a la Dra. Anna Sans Fitó

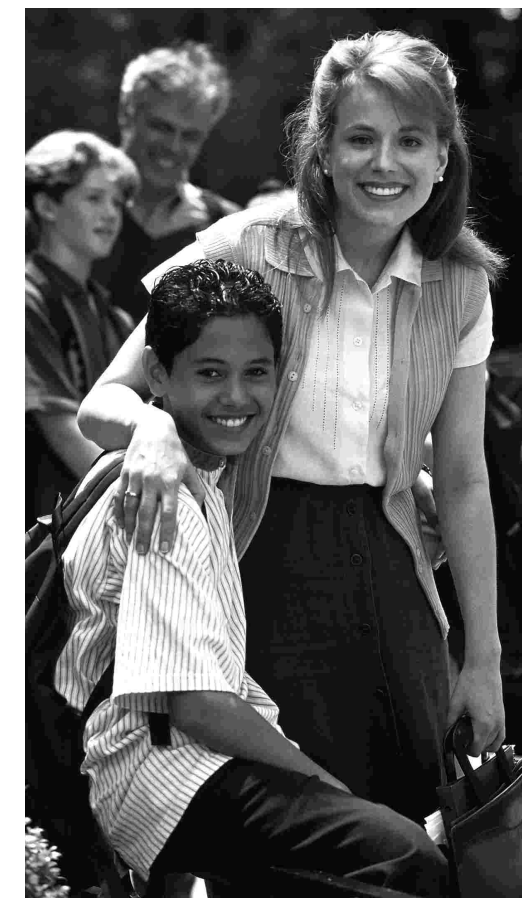
Nuevas Guías de Salud sobre el TDAH

En Marzo de 2008, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) publicó una nueva guía de salud sobre el TDAH. Se trata de una guía de buenas prácticas, con recomendaciones sobre el cuidado de los niños, adolescentes y adultos, dirigida a aportar nuevos conocimientos en el diagnóstico y su tratamiento. Además, cubre algunas lagunas existentes en anteriores guías, muy importante, incorpora el tema de los adultos.

Las recomendaciones que incluye esta guía están destinadas a educadores y profesionales de la salud. Cabe señalar que los términos «niños» y «jóvenes», tal como se utiliza en esta guía se corresponden con los de edad escolar primaria y secundaria respectivamente, aunque estas categorías son flexibles y los médicos valorarán a su juicio el desarrollo del individuo, en oposición a su edad cronológica. Esta guía no comprende el manejo de las condiciones comórbidas y el tratamiento de los niños menores de 3 años.

Objetivos de la nueva guía:

- Actualizar pruebas existentes.
- Establecer normas para evaluar la práctica de los profesionales de la salud.
- Formar a los profesionales de la salud.
- Ayudar a los pacientes y a los cuidadores a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Aportar nuevos conocimientos en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.
- Reconocer el papel de la familia y la sociedad en el tratamiento y el apoyo de las personas con TDAH.
- Examinar la validez del diagnóstico de TDAH.
- Evaluar el papel de determinados agentes farmacológicos y no farmacológicos, psico-



lógicos e intervenciones psicológicas en la gestión y el tratamiento del TDAH.

- Evaluar el papel de los servicios específicos y de los sistemas de prestación de dichos servicios en el tratamiento y la gestión del TDAH.
- Difundir mejores prácticas de asesoramiento a la asistencia sanitaria y los servicios educativos que tienen contacto directo con el cuidado de los niños, jóvenes y adultos con TDAH, en las diferentes fases de la enfermedad.
- Considerar los aspectos económicos de diversas intervenciones para tratar el TDAH.

NICE: El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica se creó en el año 1999 en Inglaterra, como una organización independiente responsable de proporcionar orientación sobre la prevención y el tratamiento de problemas de salud.

Más info: www.nice.org.uk

Recientemente se celebró en la televisión catalana TV3 la Maratón para recoger fondos que se destinarán a la investigación médica. Este año se dedicó a los trastornos mentales graves, y, entre ellos citó al TDAH, hecho que ha causado alarma entre los padres porque la realidad es que, bien tratado, tiene muy buen pronóstico.

Cada vez más, muchos niños con TDAH superan con éxito sus dificultades y, en la adolescencia, pueden llevar una vida totalmente normalizada. Pero aún quedan adultos sin ayuda, por el desconocimiento que todavía existe sobre su condición, lo que les impide llegar a tener un tratamiento eficaz.

El que cada vez haya más alumnos con TDAH que pasan a estudios universitarios con gran éxito, demuestra que una mejor información y la detección precoz han podido ayudar en la mejora de sus síntomas. Y es que el hecho de superar sus dificultades les hace estar preparados para cualquier lucha.

John Bowes, Miembro del Parlamento Europeo, comentó en la presentación del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar de las personas, que uno de los peores problemas de muchos trastornos mentales son el estigma y la exclusión, que provienen de la ignorancia y los prejuicios. Es cierto que con la información adecuada, el conocimiento del origen de estas condiciones y las pautas de tratamiento correctas, se podrá ayudar a reconocer que muchos son perfectamente tratables.

Los niños adoptados presentan mayor riesgo de padecer TDAH

Se tiende a creer que los niños adoptados tienen un mayor riesgo de presentar problemas psicológicos. Hasta ahora, esta creencia no se había contrastado con ningún estudio de investigación. Este año, la investigadora y psicóloga Margaret Keyes, de la Universidad de Minnesota, ha liderado un estudio en el que se ha encontrado que, en general, los niños adoptados gozan de buena salud psicológica, aunque presentan un ligero mayor riesgo de tener problemas de conducta, como puede ser el TDAH y el Trastorno de Negativismo Desafiante (TND).

El niño o adolescente con negativismo desafiante es algo más que un niño negativo, ya que se muestra hostil y desobediente de manera persistente. Son niños que se enfrentan a sus padres, que rechazan hacer las tareas que se les asigna, se enfrentan a sus maestros y culpan a los demás de sus propios errores.

La Dra. Keyes y su equipo basaron sus estudios en la entrevista a 692 adolescentes que fueron adoptados antes de los dos años. Cuando Keyes los examinó, tenían aproximadamente 15 años de edad. La entrevista tenía como finalidad evaluar posibles problemas psiquiátricos como ansiedad, depresión, TDAH y TND. Los investigadores entrevistaron también a un grupo de control de jóvenes de las mismas edades que vivían con sus padres biológicos.

En general, se descubrió que todos ellos, fueran adoptados o no, gozaban de buena salud psicológica. Sin embargo, encontraron lo que Keyes denomina como "efecto de la adopción": había un cierto aumento de incidencia de TDAH y TND en los chavales adoptados; en las familias biológicas el porcentaje de TDAH es aproximadamente del 7%, en los adoptados subía al 14 o 15%, lo mismo ocurría con el TND, que también doblaba su porcentaje.

David Brodzinsky, profesor de la Universidad de Rutgers (New Jersey) y experto en la investigación en adopciones, comenta al respecto que no le extraña el aumento de incidencia de los trastornos, dado que la mayoría de ellos se produce por problemas antes de nacer, como puede ser el componente genético de los padres o la exposición al alcohol durante el embarazo.

La investigación que lidera Brodzinsky le ha permitido descubrir que los padres adoptivos suelen responder a un perfil de alta motivación, bienestar económico y estabilidad económica, a diferencia de muchos de los padres que no adoptan. Los padres adoptivos también tienen más recursos para prestar la ayuda psicológica que estos niños necesitan cuando surgen los problemas.

El estudio reveló que dependiendo del país de origen, hay más o menos casos de problemas.

Mayo 2008

Publicado en "Archives of Pediatric and Adolescent Medicine".

Nota: Desde Adana, considerando este tema de gran actualidad e interés para publicar en los próximos números, seguiremos recopilando información específica de la realidad de la adopción en España.



Isabel Rubió
Presidenta Fundación ADANA

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)

COLABORADORES

Dra. Anna Sans Fitó

(Neuropediatra)

Dr. José Antonio López Villalobos

(Psicólogo)

El TDAH predice patologías de la alimentación en niñas adolescentes

Se ha demostrado que muchos niños con TDAH llegan a presentar ajustes positivos en la adolescencia, pero en otros casos el TDAH infantil predice la aparición de otros problemas en la adolescencia, que incluyen depresión, ansiedad, fracaso académico y abuso de sustancias. En el caso de las chicas adolescentes se ha encontrado una relación importante con los problemas de alimentación. Sin embargo, hasta ahora se ha estudiado poco, ya que se ha hecho muy poca investigación en niñas con TDAH.

Hay varias razones para creer que las chicas con TDAH pueden estar en riesgo de presentar estos trastornos relacionados con la imagen corporal y la alimentación. En primer lugar, la internalización de sus desórdenes y los trastornos de la alimentación son la manera a través de los cuales las chicas manifiestan su estrés, y el TDAH les ocasiona mucho malestar. En segundo lugar, su posible conducta impulsiva es un elemento común en las personas con bulimia nerviosa (B.N.), un trastorno caracterizado por un exceso de ingestión y el posterior vómito. En tercer lugar, los niños con TDAH tienen mayor riesgo de tener problemas en la relación con sus padres y compañeros, y existe la hipótesis de que ello pueda influir en el desarrollo de la aparición de la B.N. Si bien no hay investigaciones sobre la relación entre los problemas de interrelación padres-hijos y la B.N., estudios longitudinales realizados sugieren que las chicas con alto nivel de impopularidad, presentan un alto riesgo de desarrollar B.N.

A pesar de todas estas razones, existen muy pocos estudios al respecto. Uno de ellos ha sido el estudio "Eating pathology among adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder", de los autores Mikami, Hinshaw, Patterson, & Lee, presentado en el Journal of Abnormal Psychology, (2008), 117, 225-235, que intenta analizar si existe realmente un vínculo entre TDAH y B.N. En dicho estudio participaron 228 niñas entre 6-12 años, con una edad media de 9.5 años, de las cuales 140 estaban diagnosticadas de TDAH (93 tipo combinado, 47 inatento), y 88 eran niñas control de la misma comunidad. Se les volvió a evaluar después de 5 años, con una edad media de 14.5 años. Cabe mencionar que todas las niñas participaron en actividades de deporte en colonias de verano, lo que aportó mucha información sobre sus relaciones entre ellas, y que las niñas con TDAH no se medicaron aquellos días. Se establecieron los diagnósticos de TDAH mediante entrevistas psiquiátricas con los padres y escalas de comportamiento en padres y educadores. Se evaluó el rechazo de las compañeras, extraído de datos de compañeras y padres y finalmente se evaluó el índice de inteligencia (IQ), el índice de grasa corporal (BMI) y el grado de satisfacción de su imagen en cada una de ellas, así como otros trastornos psiquiátricos.

Los trastornos alimentarios se evaluaron en base a las siguientes medidas: **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria** que mide el grado de insatisfacción con el propio cuerpo, la bulimia y el deseo de adelgazar; **el Test de actitud alimentaria** que valora conductas alimentarias de riesgo y finalmente se les hizo completar una **Encuesta de imagen corporal**, por la que se relaciona lo que ellas consideran su peso ideal con su verdadero peso real. Todo ello permitió evaluar dos conceptos: primero, la poca satisfacción y el deseo de perder peso; el segundo se relacionaba con conductas bulímicas. Finalmente, estos dos conceptos se valoraron en relación al TDAH de las niñas. Comparando con el grupo control, las chicas con TDAH presentaron un nivel alto en la escala de deseo de perder peso y de conductas desordenadas en la alimentación. Se mantuvo incluso después de



separar los grupos según inteligencia, satisfacción en la propia imagen, BMI, estado de madurez y presencia de otros trastornos psiquiátricos. Seguidamente, los autores del estudio separaron las chicas que presentaban TDAH por subtipos. Las que tenían subtipo combinado tenían niveles más altos de insatisfacción corporal y de deseo de perder peso que las de subtipo inatento. De los tres síntomas, se encontró que la impulsividad era el síntoma que más directamente se relacionaba con una conducta alimentaria patológica; las niñas con subtipo inatento no fueron estadísticamente significativas frente a las chicas control.

Se descubrió además que las niñas TDAH de cualquier subtipo presentaban mayor masa corporal que las del grupo control. Sin embargo, no llegó a niveles de poderles diagnosticar un trastorno de la alimentación, aunque en un 5-10% del grupo de TDAH combinado si presentó ciertos niveles de alarma en comparación con el casi 1% de las inatentas o grupo control. Además, los padres de un 8% de ellas manifestaron que al menos una vez se habían atracado y vomitado en el curso del año anterior, comparado con ninguno en los otros dos grupos. El estilo educativo de los padres (padres más exigentes o críticos), también puede influir en la aparición de trastornos de la alimentación en chicas con TDAH, aunque no en las de grupo control. El rechazo de las compañeras, en cambio, si podría afectar y predecir desórdenes alimentarios en los dos grupos.

También este estudio demostró que las niñas con TDAH subtipo combinado presentan un alto riesgo de síntomas de patología alimentaria y de insatisfacción con su imagen corporal en la adolescencia. Según los autores ello sugiere que la falta de regulación en el TDAH y la B.N. puede relacionar estos dos tipos de patologías. Los autores también deducen que es posible que no sea el TDAH el que aumente el riesgo de desarrollar patologías de la alimentación, sino la dificultad en regular las emociones y la conducta, como posible causa de que en las niñas haya una predisposición a desarrollar a la vez TDAH y B.N. Estos hallazgos concluyen en la importancia de vigilar la presencia de síntomas alimentarios en las adolescentes con TDAH. Si éstos se identifican temprano, es posible intervenir para prevenir el desarrollo de la enfermedad más tarde a inicios de la edad adulta.

Los autores concluyen anotando que hay unas consecuencias propias en niñas y adolescentes con TDAH, que conocemos aún poco y han de tenerse en cuenta, por lo que hacen falta más estudios específicos sobre ellas.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Orientaciones psicoeducativas para padres

La familia es un elemento clave en la intervención y orientación del niño/a afectado de TDAH.

AMBIENTE FAMILIAR

La familia debe aceptar a su hijo tal y como es, siendo deseable un clima afectivo, con valoración frecuente de las cualidades del niño, pero también estable en las normas y las consecuencias de su conducta. Los padres deben actuar coordinadamente en la educación de su hijo evitando contradicciones entre ellos, así como desacreditarse o culpabilizarse mutuamente. Con niños inquietos es recomendable un ambiente ordenado y organizado con horarios o rutinas para comer, dormir, hacer los deberes, implicarse en la asignación de determinadas tareas domésticas... etc. Todo ello les da seguridad y estructura. Es útil hacer que las cosas sean predecibles y establecer momentos y lugares, con horarios determinados donde el niño pueda moverse más libremente, e incluso ruidosamente. En este apartado resulta un elemento básico la planificación ambiental, anticipándonos a situaciones de riesgo para el mal comportamiento. Ejemplo de ello sería el avisarle amistosamente de las normas y las consecuencias de su conducta cuando lleguemos a lugares donde anticipamos problemas, llevar unos lápices para dibujar si hacemos un viaje muy largo, despertarlo más temprano para lavarse y vestirse si es un poco lento, preparar la mochila del colegio la noche anterior en vez de hacerlo con prisas por la mañana, etc. Les aseguramos que planificar funciona.

MODELADO

Los padres suelen ser modelos a los que el niño imita y admira, por lo que es recomendable dar una imagen adecuada. Los niños aprenden más sobre lo que observan en nuestros propios actos que sobre aquellas cosas que le decimos deben hacer. Así pues, si le solicitamos que baje la voz, no debemos gritar; o si le solicitamos que no pegue a otros niños, no debemos pegarle.

ESTÍMULO CONDUCTA

En todo niño existe un conjunto de conductas positivas, en mayor o menor grado, que deben ser estimuladas. La recompensa o el

refuerzo social es el más fácil de administrar. Ejemplo de ello son frases como: "¡qué bien lo haces tu solo!", "como se nota que estás creciendo", "da gusto estar contigo". Otras veces puede ser suficiente una sonrisa de aprobación, un beso, atención o una palmada en la espalda. También debemos considerar una realidad: ¿no es cierto que con frecuencia prestamos atención a conductas negativas y no lo hacemos con las positivas?, ¿no es verdad que prestamos atención cuando interrumpe o molesta y no cuando juega tranquilamente? Con ello conseguimos que el niño sepa que es objeto de atención solo cuando realiza las conductas inadecuadas y por ello las repite siempre que puede. Suele tener utilidad el ignorar la conducta negativa encaminada a llamar la atención y estimular conductas incompatibles con la misma. Si la conducta inadecuada tiene poca importancia podemos ignorarla. Otra forma de que nuestro hijo aprenda conductas adecuadas es premiar y estimular dicha conducta en un hermano más colaborador, pero sin recordar al primero su mala conducta. Debemos tener cuidado en evitar las comparaciones de forma explícita ("tu hermano lo hace mejor que tú"), pues puede favorecer la rivalidad, el resentimiento y la baja autoestima.

NORMAS

Es recomendable que las normas sean pocas, claras, bien definidas y repetidas. Las normas deben aplicarse sistemáticamente, con tranquilidad, asegurándose de que el niño está atendiendo, evitando dar varias órdenes simultáneamente y adaptándose a las posibilidades del niño (castigar a un niño con TDAH por ser muy activo o inatento, es como hacerlo por la tos a una persona con gripe). Las instrucciones deben ser concretas y expresadas como afirmación ("recoge el libro de tu cuarto") más que como petición o favor ("¿quieres recoger el libro de tu cuarto?").

Conviene recordar que con estos niños no resulta apropiado un exceso de permisividad, pues la libertad total supone un grado de madurez que no suelen poseer, siendo muy conveniente la existencia de límites claros para su conducta, asumiendo nítidamente el papel de padres. Según nuestro criterio las normas o límites pueden incluir las siguientes características:

1. Ser avisadas de antemano. El niño debe conocer las reglas de la convivencia. Hasta donde puede y no puede llegar.
2. Deberá ser consciente de las consecuencias que puede traerle su conducta desviada. Las consecuencias no serán castigos físicos, sino privación de elementos agradables para él (ejemplo: privación de un programa de TV, la propina...). El castigo deberá ser limitado en el tiempo, que se pueda cumplir y proporcional a la conducta desviada.
3. La aplicación de la norma, una vez que estemos seguros que atiende y la entiende, deberá establecerse tras un breve periodo, en el que el niño tenga opción de corregirse, antes de recibir el castigo (ejemplo: "te dije que deberías tener recogida tu habitación a las diez y ya ha pasado la hora; dentro de quince minutos volveré para observar como está y si no está ordenada dejarás de ver tu programa favorito").
4. El castigo o norma deberá ser aplicado, si es posible, en un breve espacio de tiempo tras la mala conducta. Lo anunciaremos de forma breve (no entrar en discusiones sobre las normas), clara y firme. Sin sermones, ni voces.
5. Deberá explicársele "breve y calmadamente" al niño el por qué de ese castigo y aplicarlo sistemáticamente cuando ocurre la conducta desviada.



AUTONOMÍA Y AUTOESTIMA

Es importante estimular la autonomía del niño mediante el desempeño de actividades apropiadas a su edad (recoger su cuarto, vestirse...) y adjudicarle responsabilidades domésticas aludiendo a la confianza que tenemos en él (ejemplo: "te pido que vayas al comercio para hacer esta compra por que confío en ti..."). Los comentarios de desprecio hacia el niño/a, así como las comparaciones negativas son perjudiciales y contribuyen a disminuir su autoestima. Sería deseable eliminar las etiquetas negativas del tipo "hijo mío eres tonto", "eres un vago", "no hay quien te aguante"; Debemos resaltar los aspectos positivos de su conducta sin sobreprotegerle, ni disculparle por lo que hizo mal ("has cometido un error, no pasa nada, puedes aprender de él y corregirlo..."), ayudarle a evaluar su conducta, interpretar adecuadamente lo que sucede y a aceptar sus limitaciones.

SABER ESPERAR

Resulta de utilidad enseñar a esperar a los niños hiperactivos. Mediante las instrucciones adecuadas, explicaremos que cuando desee algo y estemos ocupados debe decir las palabras mágicas: "¿puedes atenderme?". En un principio lo atenderemos lo antes posible reforzando que nos diga esas palabras. Luego le haremos esperar progresivamente un poco más ("un momento, enseguida estoy contigo") y le alabaremos por saber esperar ("da gusto observar cómo estás creciendo y sabes esperar...").

ATENCIÓN

En niños con dificultades de atención, resulta necesario incrementar conductas que la fomenten, como pudieran ser las siguientes:

1. Tener preparado el material antes de comenzar la tarea.
2. Realizar tareas cortas, estructuradas, motivadoras y reforzadas en su finalización.
3. La orientación que le aportaremos será breve, asegurando su atención (manteniendo contacto visual) y ocasionalmente solicitando repetición.
4. Estudiar en un lugar tranquilo, sin elementos que favorezcan la distracción como ruidos, TV, radio... etc.
5. Utilizar periodos de descanso suficientes, para fortalecer una atención más concentrada.
6. Cambiar de actividad cuando el cansancio y disminución de la atención sea evidente.
7. Comenzar por periodos cortos y supervisados de actividad académica, incrementando lenta y progresivamente el tiempo de actividad personalizada.
8. Utilizar adecuadas técnicas de estudio.

ENSEÑAR A PENSAR

Las personas tenemos un lenguaje interno ("lo estoy haciendo bien", "tengo que hacerlo de esta manera...", "pensaré despacio antes de responder...") que regula nuestra conducta y organiza nuestro pensamiento. Los niños con TDAH también tienen este lenguaje interno, pero no son tan hábiles en su utilización como para que pueda servirles de guía para actuar de forma reflexiva. Resulta útil enseñar a los niños con TDAH a reflexionar sobre su conducta social o académica, así como sobre la de los demás. Ejemplo: "Como podemos resolver...", "qué podemos hacer para...", "sabes por qué se enfadó ese niño...", "qué pensabas cuando...". Son preguntas que pueden ayudar a esta reflexión.

RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS

En algunos niños con TDAH, su comportamiento inmaduro, impulsividad y dificultad para ponerse en el punto de vista de los demás, dificulta en gran medida su interacción social. Sea cual fuere el origen, el rechazo que perciben puede hacerles sufrir muchísimo. Recomendamos la consulta profesional. No obstante existen algunas medidas que pueden colaborar en mejorar la relación social:

- Favorecer el contacto controlado con otros niños, invitando a algún compañero a casa y estructurando / supervisando el juego.
- Integrarlo en actividades grupales organizadas con la supervisión de un adulto.
- Implicarle en responsabilidades controladas en el ambiente de clase.
- Educarlo con límites educativos claros puede contribuir a favorecer una mejor comprensión de las reglas del juego y la interacción social.
- Fomentar el análisis reflexivo de las situaciones.
- Ayudarlo en la dinámica de la resolución de conflictos e incremento de habilidades sociales, mediante la ayuda de un profesional.

Culminamos estas reflexiones apreciando que el tratamiento del TDAH es una tarea conjunta y coordinada de los profesionales encargados de su caso (sanitarios / escolares / sociales), con la participación clave del entorno familiar.

Dr. José Antonio López Villalobos
Dr. Jesús María Andrés de Llano
Dra. Susana Alberola López

Rev.Pediatr. Aten. Primaria. 2008;10:513-31

Puedes acceder al artículo íntegro y a la bibliografía en:
<http://www.telefonica.net/web2/lopez-villalobos>

III Simposio Adana: Actualizaciones en el TDAH

En Febrero Adana organiza su tercer simposio. Siguiendo con nuestro compromiso de invitar a participar a los profesionales más reconocidos en el ámbito del TDAH, esta vez contaremos con la participación de dos referentes mundiales: **el Dr. Thomas Brown y el Dr. James Swanson.**

FECHAS: 27 y 28 de Febrero de 2009

LUGAR: Hospital San Juan de Dios. Edificio Docente San Juan de Dios. Barcelona.

A QUIÉN SE DIRIGE: Médicos, pediatras, psiquiatras, neuropediatras, médicos de familia, neurólogos y otros profesionales de la salud y la educación, así como a familias afectadas e interesadas en el trastorno.

PONENTES INTERNACIONALES

Dr. Thomas Brown: Psicólogo clínico por la Universidad de Yale. Especializado en la evaluación y el tratamiento de niños, adolescentes y adultos con alto coeficiente intelectual con TDAH; las funciones ejecutivas y los problemas de atención; la comorbilidad; los trastornos del aprendizaje; el uso de diferentes medicaciones para el TDAH y sus problemas asociados, así como los problemas de sueño y TDAH. Profesor Asistente de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale y Director Asociado de la Clínica de Atención de Yale y otros trastornos asociados. La Asociación Nacional del Déficit de Atención le otorgó un Reconocimiento de Honor por su labor. Ha participado en numerosas conferencias, seminarios y simposios. Ha sido miembro del Consejo Asesor de CHADD y de la Asociación Nacional de Problemas de Atención. Ha publicado artículos en numerosas revistas profesionales. En España hay editados dos de sus libros; "Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos" y "Trastorno por Déficit de Atención, una mente desenfocada en niños y adultos", ambos editados por Masson.

Dr. James Swanson: Doctor en Psicología. Profesor de Pediatría. Director del Centro del Desarrollo del Niño de la Universidad de Irvine en California. Su especialidad es el diagnóstico y el tratamiento del TDAH. El centro que dirige está considerado como uno de los siete centros vanguardistas en el estudio de los factores que influyen en la

salud de los niños desde su nacimiento hasta los 21 años. En el área del TDAH ha estudiado tanto el manejo del trastorno en el aula, como el efecto de la medicación y la genética. Desde el año 2001, estudia mediante programas de formación a padres y entrenamiento en la atención a los niños, la intervención en niños preescolares con riesgo de padecer TDAH (Proyecto CUIDAR). Sus estudios han sido una gran aportación en el área de la intervención conductual en el aula, en la evaluación y tratamiento del trastorno y en el desarrollo del concepto del TDAH. También ha sido un gran contribuyente al conocimiento de la genética en el TDAH, con su aportación en la implicación del TDAH con el DRD4, gen del receptor de dopamina (1996).

PONENTES NACIONALES

Dra. Marta García: Psiquiatra especialista senior, Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil. Instituto Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic, Barcelona.

Dra. Amaya Hervás: Psiquiatra Infanto-Juvenil. Directora del Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona, miembro del Royal College of Psychiatrists del Reino Unido.

Lda. Rosa Nicolau: Psicóloga Clínica especialista senior. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil. Instituto Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic, Barcelona.

Dra. Isabel Orjales: Doctora en Pedagogía y profesora de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Dr. Antonio Ramos-Quiroga: Coordinador del Programa de Déficit de Atención en Adultos (PIDAA). Hospital Universitario Valle de Hebrón. Profesor asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Dra. Anna Sans: Neuropediatra. Coordinadora de la Unidad de Trastornos del Aprendizaje (UTEA) del Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Dr. César Soutullo Esperón: Consultor Clínico y Profesor Asociado en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria, Universidad de Navarra, y Director de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente.



Información e Inscripciones:
FUNDACIÓ ADANA
Sra. Carmen Ramírez Tel. 93 241 19 79
 adana.cramirez@gcelsa.com

Recomendamos

Libros



■ Hiperactivo, Impulsivo, Distruido ¿me conoces?

Autor: Dr. José J. Bauermeister
Edita: Grupo Albor-Cohs

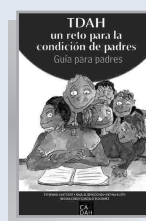
2ª edición: Revisado. Contiene seis capítulos completamente nuevos.



■ ¿TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH en la adolescencia.

Autor: Néstor Szerman
Edita: Draft Editores, s.l.

Libro electrónico de descarga gratuita.



■ TDAH: un reto para la condición de padres. Fundación Cadah.

Edita: Fundación Cadah y Caja Cantabria

Una gran guía sobre como educar a nuestros hijos, tengan o no TDAH.

Webs

→ www.racp.edu.au

Accederás al borrador para consulta pública de la Guía sobre TDAH que ha editado el Real Colegio de Médicos de Australia.

→ www.atenciondrbauer.com

para conocer los libros y artículos que publica el Dr. Bauermeister.

→ www.hiperactividadmedicosypacientes.com

un punto de encuentro entre profesionales y pacientes.

Grupo terapéutico preescolar

Hemos lanzado este proyecto dirigido a ser un **trabajo preventivo de conductas y/o hábitos** que puedan dificultar el aprendizaje en la etapa escolar, potenciando especialmente la obediencia. El trabajo se planifica de la siguiente manera:

- Sesión inicial con los padres.
- Sesiones con los niños de una hora y media.
- Contacto con la escuela.
- Establecimiento de objetivos y estrategias a trabajar.
- Reuniones con padres cada mes y medio.
- Encuentro final con los maestros.
- Reunión final con padres.

Solicita más información en Adana. Tel. 93 241 19 79

Cena-coloquio con el Dr. Luis Rojas Marcos

Bajo el título "**Vivir con autoestima y optimismo**", el Dr. Rojas Marcos reunió a un centenar de personas en una cena-coloquio en la que nos ofreció compartir sus propias vivencias. Gracias a las aportaciones económicas de las personas que asistieron, de la Obra Social La Caixa y a la colaboración del Real Club de Tenis Barcelona que hizo posible este encuentro, será posible ofrecer a lo largo de este curso escolar becas para tratamiento psicopedagógico, dentro de nuestro programa " Ningún niño sin tratamiento".

Subvenciones concedidas año 2008

ENTIDAD	PROYECTO
Obra Social Caja Madrid	Proyecto "Espai Jove"
Caja Navarra	Actividades para prevenir la exclusión social de niños y jóvenes con TDAH
Caixa Tarragona	
Departament d'Acció Social - DGAIA	
Secretaría General Juventud	
Departament de Salut Generalitat	
Fundació La Caixa	
Caja Navarra	Proyecto de investigación para adultos con TDAH
Fundación Cruyff	Actividades deportivo-terapéuticas
Fundación Laureus	
Ajuntament de Barcelona	
Diputación de Barcelona	Grupos de Ayuda Mútua
Departament Governació Generalitat	Edición Adana News
Departament d'Educació Generalitat	Orientación en las escuelas
Fundación Solidaridad Carrefour	(Cursos para padres, maestros y profesores).

Colaboradores

Nuestro agradecimiento a Dr. Prandi, así como a:

■ PROUS SCIENCE S.A.

■ AMIGOS DE ADANA

