

Direcció Newsletter: Esther Grau, Diana Marre i Beatriz San Román

Continguts: Neus Abrinés i Sami Timimi

Edició, Format i maquetació: Sofia Gaggiotti

Difusió: Maria Galizia

ISSN: 2013-2956

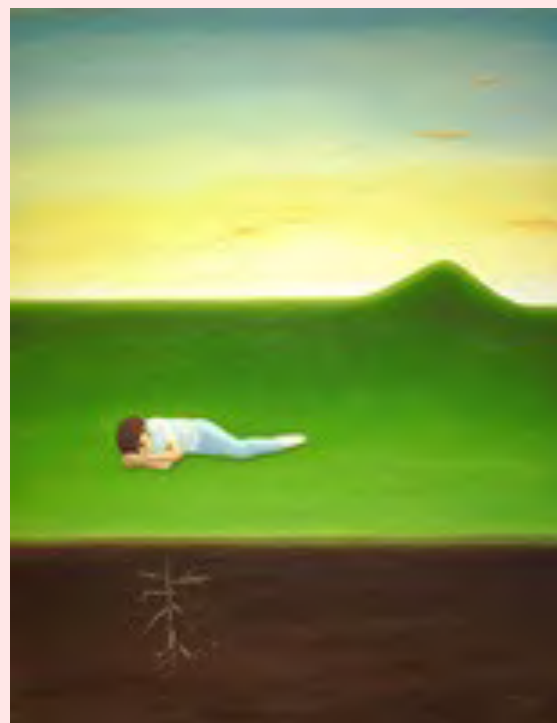
Traducció al català: Bruna Álvarez i Victoria Badia

Què hi ha darrere de la hiperactivitat?

Quan un nen (o els seus pares i professors) experimenta algun tipus de malestar mental a la nostra societat, l'enfocament triat amb més freqüència pels professionals de la salut mental inclou avaluar la gravetat dels símptomes, realitzar un diagnòstic i recomanar un tractament. Tanmateix, la salut mental no és tan simple com això i s'hauria d'abordar de manera més àmplia.

En primer lloc, hem de considerar la influència de la cultura en la manera d'interpretar els problemes de conducta o la ansietat. La cultura pot ser descrita com un conjunt de creences i una "manera de fer les coses" que un cert grup de persones tenen en comú i, la construcció social, es descriu com el procés mitjançant el qual les diferents cultures desenvolupen un conjunt de creences i valors que orienten la seva manera de comportar-se al món. Tenint en compte aquests conceptes, la causa que un nen mostri un mal comportament pot ser interpretada de manera molt diferent en les diverses cultures, i per tant, cada societat intentarà de canviar aquests comportaments de manera diferent. Com a individus, podem també interpretar el comportament d'un nen de maneres molt diferents.

Agafant com a exemple un nen que no s'està comportant com els seus pares o el seu mestre esperaven, un metge podria decidir que aquest nen té problemes perquè està sofrint d'una condició mèdica que afecta al sis-



Marta Gómez-Pintado
El sueño

Aquesta Newsletter es publica amb el recolzament del Ministeri de Ciència i Innovació a través del projecte I+D *Adopción Internacional y Nacional: Familia, educación y pertenencia: perspectivas interdisciplinarias y comparativas* (MICIN CSO2009-14763-C03-01 subprograma SOCI)

tema nerviós, la qual cosa es pot esmenar a través de medicació. D'altra banda, el metge pot interpretar aquests problemes com a conseqüència de desequilibris nutricionals i, per tant, recomanar un canvi de dieta. No obstant això, el metge podria optar per interpretar que aquest mateix comportament està dins de l'espectre normal esperat per a nens d'aquesta edat, la qual cosa el podria portar a treballar amb els pares i els professors per intentar d'influir en la seva percepció del nen, reduint així el seu nivell d'inquietud o preocupació.

Com més s'examinen les diferents cultures en les diverses parts del món i al llarg del temps, més difícil es fa conèixer què s'entén per una infància normal, i per tant, es fa molt difícil definir el que és un nen amb un trastorn des d'un punt de vista psicològic o psiquiàtric.

En la nostra societat actual, les taxes de diagnòstic de trastorns psiquiàtrics i la prescripció de medicaments psicotròpics a nens, han augmentat dràsticament els últims anys, augment que s'ha vist accelerat durant l'última dècada, a la majoria dels països occidentals, estenent-se a nivell global, amb nens petits, fins i tot de dos anys, als quals es prescriuen medicaments psiquiàtrics en un nombre cada vegada més elevat. A la pràctica, aquest canvi ha donat com a resultat el descobriment de noves malalties psiquiàtriques infantils que no es coneixien abans, seguit pel posterior descobriment de noves formes de tractament.

Malgrat això, no hi ha cap evidència que algun d'aquests trastorns, (com és el cas del trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (TDAH) o la depressió infantil) sigui el resultat d'anomalies específiques genètiques, bioquímiques, del desenvolupament, ni cap altra anomalia cerebral, que sigui en ella mateixa la causa d'aquestes conductes. Això significa que no existeixen proves de sang, radiografies o escàners cerebrals, que puguin demostrar algun dany físic en el nen i, per tant, les proves utilitzades per avaluar aquests trastorns són exercicis de llapis i paper, on se li demana al cuidador/a que respongui a una sèrie de preguntes sobre el nen. Tot el que aquestes proves poden mesurar és la percepció que el cuidador té d'aquest nen en un moment determinat. Si bé això suposa, per descomptat, una informació valuosa, també és cert que amb prou feines equival a una prova "mèdica", perquè no es pot mesurar res intrínsec en el nen i, com a conseqüència, el diagnòstic es basa principalment en la opinió subjectiva dels altres.

Malgrat la manca de proves evidents i dels mètodes subjectius utilitzats per realitzar un diagnòstic, aquests diagnòstics (com el TDAH i els trastorns de l'espectre autista) són cada cop més valorats com a afeccions biològiques.

Com a resultat, molts pacients que reben aquest diagnòstic són tractats amb tractaments "biològics", com els fàrmacs, la qual cosa dóna la impressió d'oferir una solució ràpida i racional al problema. Aquest model sovint fa que el context més ampli del nen (per exemple, les seves emocions, les circumstàncies familiars, l'escola, la cultura, les relacions amb els companys i així successivament) esdevingui invisible o sense importància.

Per desgràcia, aquells que acaben per rebre una medicació, no necessàriament obtenen d'això cap benefici durador. De fet, l'evidència mostra que les tres classes principals de fàrmacs psiquiàtrics utilitzats amb nens - antidepressius, estimulants i antipsicòtics - no són ni eficaços (a llarg termini) ni segurs, i per tant no han d'utilitzar-se com a primera via de tractament. La psicoteràpia, al contrari, és generalment segura i eficaç. No obstant això, hi ha poques evidències que recolzin la idea que determinades tècniques de psicoteràpia suposen una gran diferència per aconseguir un resultat positiu, i moltes per suggerir que el que sí ho fa és la qualitat de la relació entre el metge o terapeuta i el pacient.

Les actuals categories de diagnòstic utilitzades en psiquiatria infantil diuen molt poc sobre la causa, el tractament o el resultat. Això no significa que els diagnòstics psiquiàtrics infantils no siguin útils per a algunes persones i en determinades circumstàncies, però sí significa que aquests diagnòstics han de ser vistos com una "construcció social", en lloc d'una entitat concreta que una persona "té". En altres paraules, mentre que podem dir que algú que ha estat diagnosticat amb diabetis "té" diabetis, i podem presentar el resultat d'una prova física que ho demostra, no podem dir que algú "té" TDAH, ni mostrar el resultat de cap prova física que digui que alguna cosa físicament anormal està succeint en el cos/cervell d'aquesta persona, que està causant els seus problemes de conducta. Tanmateix, encara podem triar descriure el seu comportament com a "TDAH" per altres raons (per comunicar-nos amb altres professionals, per a finalitats d'investigació, per accedir a determinats serveis, etc.)



Marta Gómez-Pintado
Subconsciente

Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (TDAH)

El TDAH és un diagnòstic del "Manual de Diagnòstic Estadístic" americà (DSM: Diagnostic Statistical Manual) i descriu una constel·lació de: falta de concentració, hiperactivitat i impulsivitat, que ha estat present des dels primers anys. En els criteris del DSM aquests comportaments han d'estar presents en almenys dues situacions (per exemple, a casa i a l'escola), estar associats amb un deteriorament del funcionament social o acadèmic, estar presents des d'abans dels 7 anys, i que no pot ser explicat millor per un altre trastorn. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) utilitza la Classificació Internacional de Enfermedades (CIE). Els criteris de la CIE són més estrictes, a diferència del DSM. No obstant, el CIE té una categoria del "trastorn de conducta hipercinètic", així com el TDAH, la qual cosa reflecteix l'associació de la hiperactivitat amb conductes antisocials.

El projecte OO-CAMHS

El National Health Service (NHS) (Servei Nacional de Salut) és el nom del sistema d'assistència sanitària pública a Anglaterra i inclou el Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) (Serveis de Salut Mental per a Nens/nenes i Adolescents). L'1 de Gener de 2011, un equip CAMHS de Lincolnshire (Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust) va engegar el projecte Outcomes Oriented (OO-CAMHS) (Orientat a Resultats). Aquest projecte es basa en quatre principis fonamentals que poden resumir-se per les sigles CARE (cura en anglès).

1. Consulta: Quan hi ha més d'una agència involucrada en el cas, es requereixen reunions professionals a fi de: (a) evitar que dos professionals o organismes diferents treballin sobre el mateix problema, la qual cosa podria donar lloc a confusió per al pacient, (b) evitar complicar a l'excés el problema mitjançant la participació de més persones de les necessàries i (c) evitar donar a la família o a altres professionals el missatge que el problema és greu, i es necessita més ajuda.

2. Aliança: L'evidència mostra que dins de la teràpia, el que més influeix en el resultat és la relació entre el pacient i el terapeuta, segons la valoració del pacient. La investigació també ha demostrat que els terapeutes no són fiables a l'hora de valorar com és de bona l'aliança que han format amb els seus pacients. Per ajudar als clínics a supervisar aquesta relació, al final de cada sessió, se'ls demana, tant al nen com als seus pares, que puntuïn a les quatre preguntes de la Session Rating Scale (SRS) (Escala de Valoració de la Sessió), com es van sentir de compresos i respectats durant la sessió, si les qüestions de les quals volien parlar s'han cobert, si estaven contents amb l'enfocament del terapeuta, i com s'han sentit de satisfets, en general, amb la sessió. Això assegura que el pacient sempre té veu i pot guiar al terapeuta per tractar allò que és significatiu per a ell.

3. Revisió periòdica: L'evidència mostra que les persones que reben informació sobre com van evolucionant durant el tractament, milloren els resultats. A cada nen/nena i / o als seus pares se'ls demana que qualifiquin la manera en què perceben el seu estat al començament de cada sessió. Amb les 4 preguntes de la Outcome Rating Scale (SRO) (Escala de Valoració de Resultats), ells valoren com se senten, com van progressant a casa, com progressen a l'escola i, finalment, com ho estan fent en general. Cada ítem pot puntuar-se fins a 10, donant un total d'una puntuació màxima possible de 40. En cada sessió el nen i els seus pares poden comparar les seves puntuacions amb les anteriors. S'ha comprovat que al voltant d'un 90% dels casos que no han mostrat cap millora després de 5 sessions, ja no milloraran amb l'enfocament triat, per tant si no s'observa una millora significativa després d'aquestes 5 sessions, el tipus de tractament es debat amb la família i amb l'equip, a fi de valorar si es necessita un canvi de teràpia o de terapeuta. Això no ha de veure's com si el terapeuta fos un mal professional - tot el contrari: un bon terapeuta sap que "ningú és bo per tothom" i ha de ser capaç de recomanar un canvi quan s'adona que no està sent útil.

4. Ètica de la cura: És necessari que existeixi un conjunt de valors de tot l'equip. Igual que els pacients, els clínics necessiten sentir-se escoltats, respectats i recolzats. Com que aquest enfocament pot fer que el terapeuta se senti jutjat per les famílies, es promou la filosofia que l'equip recolza a tots els professionals clínics que el formen.



Marta Gómez-Pintado
El pequeño Shliemann



Marta Gómez-Pintado
Ilustración Alicia y Gulliver

REFLEXIONEM

Reflexions del Dr. Sami Timimi d'un fragment de: Timimi S (2005) [Naughty Boys: Anti-Social Behaviour, ADHD and the Role of Culture](#) Basingstoke: Palgrave Macmillan

Una nova categoria infantil - el nen/a amb TDAH

En la societat occidental la infància es veu cada vegada més des d'un marc biològic "genètic" i això implica diversos perills per als nens/es. Les escoles, per falta de recursos, tenen dificultats per aplicar mètodes educatius "moderns" que requereixen un treball intens en classes estimulants i cridaneres, se les pressiona per demostrar més millores que mai en el rendiment escolar dels seus alumnes, aplicant menys mètodes que mai per controlar el comportament dels menors que estan al seu càrrec. John, un dels seus nois més distrets i bulliciosos, rep un diagnòstic de TDAH i comença a prendre Rubifén. Llavors deixa de ser un problema; ara ell fa el que se li demana. L'escola ha estalviat diners, en lloc d'haver de proporcionar una ajuda extra per a aquesta necessitat "especial", els mestres s'adonen que John té un trastorn mèdic i que ara que rep tractament ell està bé. La mestra de John s'adona que Paul, l'amic de John, sembla ser igual de distret i bulliciós. Es reuneix amb els pares de Paul i els diu que s'està plantejant si Paul també té TDAH i els recomana que vagin a veure al metge de família. Paul rep un diagnòstic i també comença a prendre Rubifén. Aviat altres mestres comencen a identificar en altres classes nens com John i Paul. Un procés s'ha engegat. Un any després, sembla ser que l'antic comportament de John ha tornat. Els mestres estan d'acord en què podria haver-hi moltes raons per a això (els seus pares s'han separat i ell ha començat amb una nova mestra) però es pregunten si podria ser a causa que el tractament per a la seva nova condició mèdica (ADHD) no fos l'adequat. L'escola escriu una carta que la mare de John porta al metge i s'augmenta la dosi de Rubifén de John. Aviat la dosi de Paul també serà incrementada. Altres mestres parlen d'això i s'adonen que alguns nens a la seva classe podrien no estar rebent la medicació adequada. Un altre procés s'engega.



Marta Gómez-Pintado
En el bosque

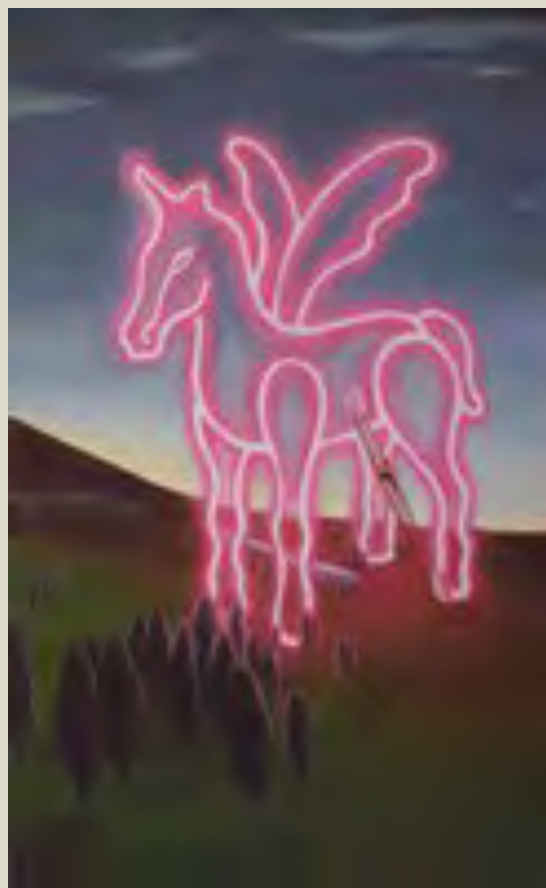
Mentrestant, el metge de John assisteix a un parell de seminaris patrocinats per les companyies farmacèutiques, és contactat per un representant d'una companyia farmacèutica i rep fullets informatius per a pares i mestres per part d'aquest representant (qui descriu que el TDAH està provocat per un desequilibri químic cerebral hereditari i que té boniques fotos de les sinapsis cerebrals que “mostren” què passa exactament als cervells amb TDAH). Aquests fullets es posen en circulació i altres pares comencen a contactar amb els seus metges expressant la seva preocupació sobre la possibilitat que el seu fill/a tingui TDAH. S'organitza un grup local de suport per a pares i s'uneixen a un grup nacional de pressió per al consum (que cada any organitza conferències sobre ajudes de finançament per part de les companyies farmacèutiques). El periòdic local entrevista al grup de pares, els quals parlen sobre “discapacitats amagades” i com ells han sofert durant anys, però ningú els reconeixia el problema psiquiàtric que el seu fill/a tenia. Per aquest moment el TDAH s'ha establert de manera ferma en la cultura local, amb la gran, però sovint no reconeguda, influència que els grups amb poder econòmic i polític (companyies farmacèutiques, metges, mestres) han exercit sobre la concepció que la comunitat local té sobre la naturalesa de la infància. Una nova categoria infantil ha aparegut - la del nen/a amb TDAH.

En els últims tres anys, he heretat molts nens/es que havien estat diagnosticats amb ADHD i als quals se'ls havia receptat un estimulants en el moment en què jo vaig començar a fer-me càrrec d'ells. Un dels impactes més obvis del diagnòstic del TDAH sobre la visió que el professional anterior tenia sobre aquests nens/es, era la quasi absoluta absència d'atenció al context. D'aquesta manera, jo vaig veure nens/es que trobaven a faltar al seu pare absent, vaig veure problemes maritals, vaig veure nens/es d'escoles que havien fracassat en aplicar mesures especials, vaig veure mares deprimides que no donaven l'abast, vaig veure famílies amb poc recolzament del seu entorn social, vaig veure nens amb problemes d'afecció, vaig veure nens adoptats o en acolliment, que estaven acostumats al rebuig, vaig veure nens que no podien plorar la pèrdua d'algun parent, vaig veure nens brillants que utilitzaven la seva intel·ligència per esquivar algun sistema, vaig veure pares espantats, els fills/es dels quals sabien quins botons prémer, vaig veure pares ocupats que no tenien temps de conèixer als seus fills, vaig veure mestres espantats que no sabien com manejar els nens de la seva classe, vaig veure mestres cansats i rendits que ja no tenien ganes d'ensenyar, etc. Vaig mirar en va si els anteriors doctors havien notat els punts forts i les habilitats d'aquests nens/es i les seves famílies.

Em vaig preguntar seriosament per què els metges cobren tant. Per què? Si hem perdut l'habilitat de treballar i tenir en compte fins i tot els aspectes psicosocials més obvis, com es podria esperar que, com a especialistes, poguéssim manejar de manera competent la complexitat i els problemes comuns però subtils que es donen en les relacions interpersonals de la vida familiar? Aquests nens/es estaven ara sota una medicació tòxica i addictiva, mentre que els problemes del seu context psicosocial encara havien de ser abordats. Quina classe de medicina és aquesta?

Jo vaig començar com a psiquiatre infantil-juvenil a Lincolnshire, fa una mica més de tres anys. Durant els meus dos primers anys, vaig treballar en un àrea, que era en part rural i en part urbana. Vaig heretar 26 pacients que, en el moment en què vaig començar en aquesta àrea, estaven prenent estimulants. Molts d'aquests pacients que vaig heretar havien estat visitats per un psiquiatre infantil-juvenil (que encara treballava en un àrea de la comunitat local que es solapava amb la meua) que era un gran defensor del diagnòstic de TDAH i de l'ús de psicofàrmacs en nens/es (sovint múltiples receptes en altes dosis). El pediatre de la comunitat local era també un ferm defensor del diagnòstic i l'ús d'estimulants en menors. Com a conseqüència, la comunitat local havia estat ja "culturitxada" en la creença del TDAH i els mèrits de medicar als nens/es per controlar el seu comportament.

Entre els 26 nens/es que vaig heretar, que prenién estimulants en el moment en què vaig començar, la mitjana d'edat era de 12,7 anys, la dosi mitjana diària que aquests menors prenién era de 41 mg de Rubifén (o algun equivalent, la dosi màxima permesa pel Rubifén és de 60 mg diaris, la màxima dosi que vaig heretar era un nen que prenia 100 mg diaris) i la mitjana d'anys que havien estat prenent estimulants era de 3,5 anys.



Marta Gómez-Pintado
Tres en uno

En el moment en què em vaig traslladar en una altra àrea, després de dos anys, només 6 dels 26 casos que vaig heretar seguien prenent estimulants, 16 menors havien deixat els estimulants a través de l'esforç i la cooperació dels pares del menor, a dos nens/es se'ls havien suspès les receptes, ja que no van assistir de manera persistent a les visites (en el Regne Unit la recepta del Rubifén requereix el seguiment del menor per un especialista) i dos nens/es havien deixat de ser atesos per mi, després que plantegés la meva preocupació sobre aspectes de protecció del menor. Dels 6 que continuaven prenent medicació estimulants en el moment en què me'n vaig anar, la dosi mitjana diària era aproximadament la meitat de la que prenien quan els vaig heretar.

Després em vaig mudar a un àrea més petita que és predominantment rural i havia estat treballant allà durant una mica més d'un any, quan vaig auditar el nombre de menors que estaven al meu càrrec i que estiguessin prenent estimulants. Prèviament al fet que jo comencés en aquesta àrea, no hi havia hagut un psiquiatre infantil-juvenil permanent durant els dos anys anteriors a la meva arribada. En lloc d'això, una successió d'especialistes havien estat cobrint la vacant, incloent diversos períodes on hi havia un especialista, l'experiència del qual havia estat principalment a Canadà. A pesar que la meva nova àrea tingués una població molt més petita que l'anterior (aquesta era només una part de les meves responsabilitats del moment i l'anterior havia estat en la unitat d'adolescents hospitalitzats de Lincolnshire), vaig heretar 28 casos que prenien estimulants. En el moment en què vaig començar a visitar en aquests nens/es l'edat mitjana dels casos heretats i que prenien estimulants era de 10,2 anys, la dosi diària de Rubifén (o algun equivalent) era de 18,9 mg i la mitjana d'anys en què els menors havien estat prenent estimulants era de 1,7 anys. Just després d'un any, sols quatre dels nens/es continuaven prenent-los. Dos nens (germans) havien passat a visitar-se amb un altre metge (després que jo plantegés la meva preocupació sobre aspectes de protecció del menor). No he necessitat començar medicació amb estimulants amb cap menor i tinc l'esperança que els que la segueixen prenent seran capaços de deixar-la al llarg del proper any. El servei pediàtric de la comunitat local és molt més caut a l'hora de receptar que a la meva anterior àrea i, havent-me reunit amb ells sé que estan receptant estimulants a no més de vuit menors a la meva àrea.

Reflexions per Neus Abrines

Donant-li poder al pacient

Col·laborar amb l'equip del professor Timimi, observant la manera en què atén a les famílies que assisteixen en aquest servei, m'ha fet reflexionar sobre la falta de poder que se'ls dona als pacients de salut mental a la nostra societat. És fàcil veure que quan es col·loca una etiqueta de malalt mental, la responsabilitat de la recuperació recau sobre el metge o el psicòleg. El professional és descrit com algú que sap quin és el tractament més adequat, quantes sessions es requereixen i amb quina freqüència, quina tècnica serà més útil, etc.

Tanmateix, durant els mesos que he passat en aquest centre, he observat l'important que és capacitar tant als pares com al nen/nena per potenciar la seva recuperació. He observat com famílies molt desorganitzades decidien la freqüència de les sessions (normalment menys de dues al mes), decidint si volen ser donats d'alta o no, decidint a quin professional desitgen veure, si el pla proposat pel terapeuta s'ajusta o no a ells, etc. He vist nens decidint si volen estar a la sessió o no, o si al contrari, volen ser visitats sense els seus pares. I el que és més important, he observat com aquestes famílies milloraven d'una sessió a l'altra, pel fet de creure que tenien el poder per fer-ho. El terapeuta pot ajudar a proporcionar idees a la família i una millor comprensió de la situació, però és la pròpia família qui té el poder per a canviar. I és aquest "donar-li poder al pacient" el que constitueix la tasca del terapeuta, més que el fet d'assumir la responsabilitat de la vida del pacient.

Marta Gómez-Pintado
Ilustración Alicia y Gulliver 3



...PER VEURE

- [Brother's little helper](#), The Simpsons, Season 11, episode 2.



- [Timmi 2000](#), South Park, Season 4, episode 3



- The truth behind medication. BBC, Panorama. Vídeo: [part 1](#), [part 2](#), [part 3](#)
[Subtítols del vídeo en català](#)



- Ken Robinson [Changing education paradigms](#)

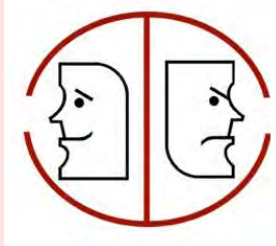


...PER LLEGIR

- Cohen, C. and Timimi, S. (eds.) (2008) Libratory Psychiatry: Philosophy, Politics and Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press.
- Timimi S (2002) Pathological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood Hove: Brunner-Routledge
- Timimi S (2005) Naughty Boys: Anti-Social Behaviour, ADHD and the Role of Culture Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Timimi S and Maitra B (eds.) (2006) Critical Voices in Child and Adolescent Mental Health. London: Free Association.
- Timimi, S. (2007) Mis-Understanding ADHD: The Complete Guide for Parents to Alternatives to Drugs. Bloomington: Authorhouse.
- Timimi S (2009) A straight Talking Introduction to Children's Mental Health Problems. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Timimi, S. and Leo, J. (eds.) (2009) Rethinking ADHD: From Brain to Culture. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Tizón, Jorge L. El "niño hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización?*. *Psicopatol. Salud ment.* 2007, M2, 23-30.

LINKS D'INTERÈS

- <http://www.criticalpsychiatry.net/>



- <https://www.myoutcomes.com/>



- <http://heartandsoulofchange.com/>



RECOMANEM

Campanya 'No Més Etiquetes Psiquiàtriques':

- [Article de la campanya](#)
- [Recolza la campanya](#)



ESDEVENIMENTS RECENTS

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Barcelona: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM No 2007/18.

PROPERES ESDEVENIMENTS D'INTERÈS

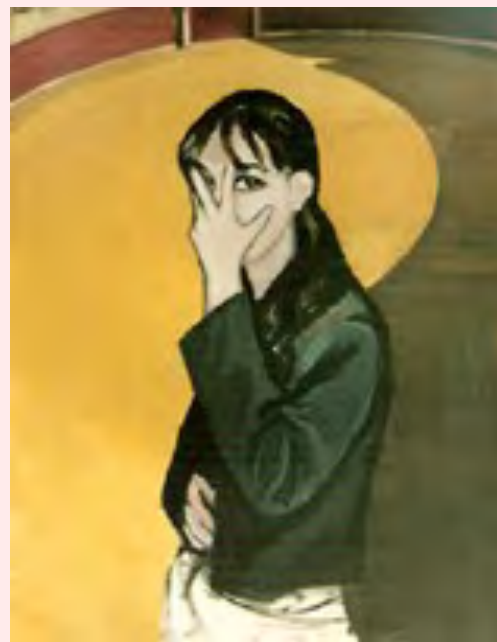
- Adopción, adoptados y familias adoptivas. Retrato de la postmodernización de la vida familiar española. Universidad de Alicante, Alicante, 16-17 junio 2011
- 2nd International Conference on Child Friendly Asia Pacific. Surakarta City, Central Java, Indonesia, 30 June-2 July 2011
- Atención socioeducativa dirigida a la protección del menor y su familia: prevención e intervención. Los Alcázares, Murcia, 19-23 septiembre 2011.
- The Alliance for the Study of Adoption and Culture announces: The 4th International Conference on Adoption and Culture. Mapping Adoption: Histories, Geographies, Literatures, Politics. The Claremont Colleges, Claremont, California, March 22-25, 2012
- 26th ICCP World Play Conference Tallinn, Estonia, 18-19 June 2012

SOBRE LES IL·LUSTRACIONS

Marta Gómez-Pintado

Va néixer a Madrid el 1967, on va estudiar Belles Arts. Compagina la seva labor com a pintora, dibuixant, retratista, il·lustradora i professora de dibuix i pintura. Ha realitzat diverses exposicions d'obra gràfica i obra pictòrica. Els seus últims treballs com a il·lustradora són "Alicia en el país de las maravillas". L. Carroll i "El extraño caso del doctor Jekyll y Mister Hyde". R. L. Stevenson per a l'editorial Nórdica Libros; "Comiendo en Hungría" P. Neruda i M. A. Asturias per a l'editorial Capitán Swing; i "El Lazarillo de Tormes" per a Hermes Editorial. S'identifica plenament amb André Bretón quan afirma "Sóc tot el que he fet i tot el que no he fet".

www.martagomezpintado.com



Marta Gómez-Pintado
Autorretrato

SOBRE ELS AUTORS DELS CONTINGUTS D'AQUEST NÚMERO

Dr. Sami Timimi

és psiquiatre infantil i de l'adolescència, consultor i director d'educació mèdica a la Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust, i professor visitant de psiquiatria infantil i de l'adolescència de la Universitat de Lincoln al Regne Unit. Escriu des d'una perspectiva crítica de la psiquiatria sobre temes relacionats amb la salut mental infantil i de l'adolescència, i ha publicat nombrosos articles i llibres sobre diversos temes, que inclouen trastorns alimentaris, psicoteràpia, trastorns de conducta i psiquiatria transcultural.

Neus Abrines

és psicòloga infantil, membre del grup AFIN i està realitzant el seu doctorat en el Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha participat en diversos projectes d'investigació sobre Adopció Internacional i la seva tesi doctoral és sobre el Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat en nens i nenes adoptades internacionalment.

Centra el seu interès en la relació entre pares i fills i ha assistit a diversos cursos en centres nacionals i internacionals, com la New School for Social Research de Nova York, i la Tavistock i Portman Foundation Trust de Londres.

Des de febrer de 2011, Neus Abrines ha estat realitzant una estància d'especialització clínica amb el Dr. Sami Timimi a CAMHS, a més de col·laborar amb el projecte Outcomes Oriented (Orientat a Resultats) (OO-CAMHS). La seva estada forma part d'un projecte finançat per la Generalitat de Catalunya (Beques per a estades d'investigació fora de Catalunya - BE-DGR 2010).