



TDAH: Dèficit o falta d'atenció?

Em proposo d'abordar un tema difícil per la rellevància que aquest diagnòstic ha adquirit en els últims anys a la nostra societat i, a més, perquè l'adopció comporta canvis en la vinculació que, com veurem posteriorment, poden generar trastorns com el que ens disposem a tractar.

Aquest article correspon a un treball presentat en el VI Congrés AFIN celebrat a Valladolid el novembre de 2012, pel programa del qual es va escollir la imatge d'un vas ple d'aigua a punt de caure, un símbol d'allò que el Congrés anava a abordar. És interessant perquè, sovint, quan ex-

plico a les famílies com funciona l'ansietat, ho faig a través del símil del vas. És a dir, es va omplint lentament a través de gotes d'ansietat, a vegades imperceptibles, fins que arriba un punt en què es desborda o cau. Una cosa així passa amb el TDAH, no apareix un dia, es fa, es genera progressivament.

La paraula dèficit, al diccionari de la llengua espanyola, té tres definicions. Una econòmica, una altra sobre l'administració pública i una altra que apel·la a la carència o escassetat de quelcom que es *jutja* necessari, per a la qual es posa com

Direcció publicació:

Diana Marre, Nadja Monnet i Beatriz San Román

Continguts d'aquest número:

Jordi Artigue

Traducció:

Victòria Badia

Imatges:

Teresa Candal

Coordinació:

Bruna Álvarez i Victòria Badia

Documentació:

Anaïs Vidal i Bruna Álvarez

Difusió:

Maria Galizia

Subscripció i contacte:

gr.afin@uab.cat

ISSN: 2013-2956

Afin

Grupo de Investigación

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

Amb el suport de:



exemple el malalt que té dèficit de glòbuls rojos

Al meu entendre, bona part de la polèmica generada en entorns professionals i no professionals està relacionada amb el terme *jutja*, que s'inclou a la definició. A l'exemple del diccionari, qui jutja el dèficit de glòbuls rojos és el professional de la medicina i sol basar-se en una analítica de sang, en una prova objectiva.

En el TDAH aquesta possibilitat, per ara, no existeix. Fem servir com a referència un programa de televisió realitzat per l'ens públic català, un programa de reportatges d'actualitat que s'anomena "30 minuts" que va dedicar el passat mes de setembre un reportatge als trastorns del TDAH amb el títol *Un toc d'atenció*. És d'agrair que a l'esmentat programa, un cap de servei del principal hospital infanto-juvenil de Barcelona, ens mostrés tan clarament i sincerament dos aspectes de la realitat que vivim en relació a aquest trastorn:

- Primer, "no existeixen proves tipus ressonància magnètica, ni anàlisis

genètiques ni proves de neuroimatge que diagnostiquin la hiperactivitat".

- Segon, "hi ha professionals en centres de salut mental infanto-juvenil (CSMIJ) que no estan d'acord amb el diagnòstic o el tractament i els retiren la medicació".

Els manuals de psiquiatria i psicologia assenyalen la següent sèrie de símptomes per a definir el trastorn, els quals s'han de donar a dos o més ambients diferents:

Hiperactivitat i impulsivitat

- Moviment constant quan està assegut
- Dificultat per estar assegut durant temps
- Inquietud subjectiva interior
- Parlar permanentment
- Sensació de "motor interior"
- Dificultat per estar tranquil
- Precipitar les respostes davant preguntes
- Dificultat per esperar el seu torn
- Ficar-se en les converses d'altres



Sorpresa en l'obscur.
Tècnica mixta sobre llenç. 100x100 cm.

Falta d'atenció

- Cometre errors en tasques per inatenció
- Dificultat de mantenir l'atenció sostinguda
- Es distreu fàcilment
- Perdre objectes



Tot sobre el meu pare
Tècnica mixta sobre llenç. 40x50 cm.

- No realitzar tasques que requereixin esforç mental
- Tendència a deixar coses per a més endavant.

Símptomes associats

- Baixa autoestima
- Cerca de sensacions
- Baixa tolerància a la frustració
- Inestabilitat emocional
- Inseguretat
- Sensació de fracàs
- Irritabilitat

El TDAH s'entén de manera diferent segons el model teòric que s'utilitza en salut mental. Per exemple:

- Des del model del neurodesenvolupament (o biològic) s'entén que existeixen disfuncions cerebrals que ocasionen aquest trastorn.
- Des del model cognitivo-conductual s'entén que són alteracions de la conducta provocades per estressors de l'entorn o ambientals.
- Des del model relacional (o psicodinàmic) s'entén que són símptomes d'alteracions en la maduració emocional del nen.

És probable que en dècades posteriors es pugui demostrar que els tres models tenen part de raó. Entretant, per comprendre el TDAH podríem utilitzar la metàfora de l'iceberg. L'anomenat efecte iceberg, en salut mental, consisteix a considerar un símptoma com a la part visible d'una disfunció. Però por sota, en aquesta base flotant, es troben la genètica, la vulnerabilitat, els vincles d'aferrament (*attachment*), les vivències de por i ansietat i les relacions amb l'entorn.

Són models explicatius, no veritats absolutes. Com ja s'ha dit, no existeixen proves objectives. Totes són observacionals i, per tant, inclouen el component subjectiu de l'observador, com en la major part de la psicologia. En aquest cas, els principals qüestionaris utilitzats per al diagnòstic del TDAH (Conners, CBCL i altres) són emplenats, majoritàriament, per pares i mestres.

Però on és l'observació directa? I on queda l'opinió del nen? Recordem que els experts recomanen utilitzar aquest diagnòstic a partir dels 6 anys, quan el

- No escoltar quan li parlen directament
- Dificultats d'organització i planificació
- Despistar-se

nen té adquirides les capacitats necessàries per comunicar-se.

Què passa amb els nens que a l'es-tiu, al càmping o al poble, "no donen problemes"?

Un estudi realitzat per encàrrec de la Generalitat de Catalunya del 2010 cita una revisió de les xifres de prevalença a nivell internacional i s'afirma que aquestes varien segons els criteris:

- Als estudis en base al sistema de classificació DSM-IV que permet comorbilitat, la prevalença se situa entre el 5 i el 10%.
- Als estudis en base al sistema de classificació CIE-10, sense l'opció de comorbilitat, la prevalença estaria entre l'1 i el 2%.

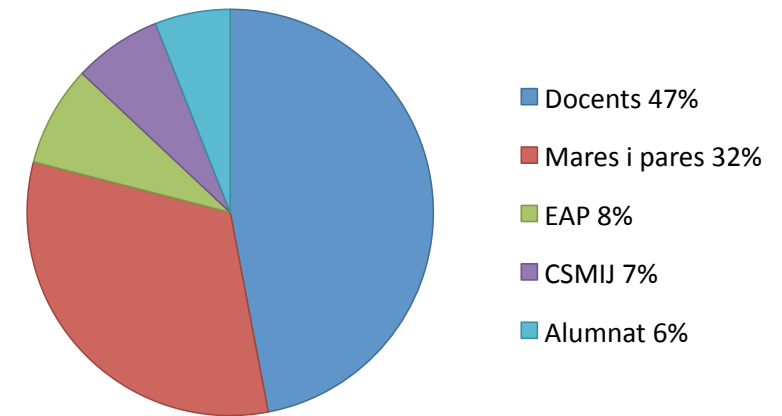
La metodologia de l'estudi va ser la discussió en grups de treball en els quals van participar 553 persones, de les quals poc menys del 50% eren alumnes de l'ESO, pares o mares i la resta eren docents i professionals dels Equips d'Assessorament Psicopedagògic (EAP) i dels Centres de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) (Taula I).

D'aquest estudi cal ressaltar les següents dades:

1. En primer lloc, destacar que els docents assenyalaren que els comportaments perturbadors es detecten sobretot a Pàrvuls de 3 anys i a 1r de l'ESO.
2. En segon lloc, que les famílies (191 diferents) manifestaren que en un 12% d'elles, a un dels seus descendents els havien diagnosticat de TDAH.
3. En tercer lloc, que el TDAH és considerat pels professors de l'ESO com un problema perturbador a l'aula en el 5% dels casos.

Per finalitzar amb les aportacions de l'esmentat informe, comentar que a les conclusions i recomanacions es fa un especial èmfasi en la necessitat de realitzar un diagnòstic acurat per la qual cosa els qüestionaris no haurien de substituir ni les entrevistes amb la família i el nen ni l'observació directa.

Taula I: PARTICIPANTS EN L'ESTUDI



Total participants: 553

Reflexions entorn de l'origen del trastorn

Però una vegada detectats aquests símptomes que, en el seu conjunt, defineixen el trastorn de TDAH, ve l'interrogant, per a qui vulgui plantejar-se'l és clar, de ¿A què són deguts aquests símptomes, conductes o alteracions? Dit d'una altra manera: Per què aquest nen està tan nerviós? Per què no es queda quiet? Per què no para? De com responguem a aquesta qüestió, es plantejarà un tipus de tractament o un altre.

Per contextualitzar retrocedim i prenem com a punt de partida els inicis de la vida, les primeres experiències i les sensacions que té el bebè. Anem a endinsar-nos en aquesta part submergida de l'iceberg que abans mencionàvem.

En aquest sentit, cada cop se'n sap més sobre el suport somàtic de les primeres cures donades al bebè, allò que el creador de la teoria de l'aferrament (*attachment*), el psiquiatra John Bowlby, va

Epifania.

Tècnica mixta sobre llenç. 70x50 cm.



anomenar *base segura* i al nostre país el professor Rof Carballo, "*urdimbre afectiva*", és a dir, la relació de seguretat i confiança que permet que creixi i es desenvolupi:

La qualitat de les experiències amb els cuidadors influeixen de tal manera que les relacions d'aferrament primerenques passen a formar representacions internes o working-models del jo i dels altres que proveeixen dels prototipus per a les posteriors relacions socials (Bowlby, 1986)

Actualment, les neurociències també posen de manifest la importància de les primeres experiències sensorials, és a dir, dels primers esdeveniments vitals que tenen repercussió en l'estructuració del sistema cerebral i en la transmissió genètica. Experiments amb rates, al laboratori, mostraren com, si la mare tenia cura de les seves cries amb les carícies pròpies de la higiene i amb les carícies pròpies de l'acte de mamar, es produïa una metilació als gens, diferent a la produïda amb la mare que no en tenia cura

de la mateixa manera. En aquest darrer cas apareixien, a més, alts nivells d'ansietat en el comportament d'aquests petits mamífers.

Aquest canvi en la metilació, la baixa predisposició a la cura i l'alta predisposició a comportaments ansiosos es transmeten a generacions successives a nivell genètic, en el que s'anomena epigenètica de l'evolució.

En el cas de persones, s'ha evidenciat com la veu materna mostra que, una vegada apresada i memoritzada, pot influir en la taxa de succió del nou nat en comparació amb altres veus, el que, des de models teòrics com el psicoanalític, s'està explicant des de fa anys. És a dir, les carències afectives i emocionals i la manera de parlar i tocar en els primers mesos de vida poden comprometre els processos de la gènesi del pensament i de l'establiment de vincles.

Per tant, en persones adoptades el canvi en els vincles, el pas d'una mare biològica a una institució d'acollida, a una família d'acollida, a una mare o família adoptiva, podria constituir un fac-

tor de risc psicosocial. Depenent de com es desenvolupen i cuiden aquests canvis, això pot generar major o menor estrès. Quelcom evident quan en aquestes alternances desapareixen per un temps les figures paternes.

Des del punt de vista biològic s'ha evidenciat que, en el cervell, és l'amígdala l'estructura que està implicada en aquest camp emocional i, més específicament, l'estrès crònic, està associat a la hipertròfia i la hiperactivitat de l'amígdala i l'escorça orbitofrontal. Així, determinats nivells d'adversitat poden conduir a la pèrdua de neurones i connexions neuronals en l'hipocamp. Les conseqüències funcionals d'aquests canvis estructurals inclouen ansietat, deguda tant a la hiperactivació de l'amígdala, com al deteriorament de la memòria i el control de l'estat d'ànim, per la reducció de l'hipocamp.

Aquests descobriments permeten pensar en el que pateixen o poden haver patit els bebès en centres o institucions durant els primers mesos de vida. Són situacions adverses que poden modifi-

car les estructures cerebrals que generen ansietat i d'altres trastorns com el TDAH.

La privació de la cura: desemparament emocional

El sentiment de desemparament en el nen és una cosa així com el sentiment de soledat no desitjada en l'adult, és conviure amb un sentiment de desemparament.

La investigació sobre factors de risc afegeix més dades. En un estudi realitzat a Finlàndia el 1996 amb 11.017 persones nascudes el 1966, se li va preguntar a la mare entorn del sisè mes d'embaràs si el seu fill era desitjat per avaluar la incidència de l'estrès maternal en el desenvolupament posterior d'un trastorn esquizofrènic. Entre les persones, d'entre 16 i 28 anys, detectaren 76 casos de subjectes que van desenvolupar un trastorn psicòtic i observaren un augment del 0,7% al 1,5% de la taxa d'incidència del trastorn esquizofrènic en el grup de descendents no desitjats, de la qual cosa van concloure que s'havia de



Naixement.
Tècnica mixta sobre llenç. 73x60 cm.

concedir importància a la influència de l'estrès durant l'embaràs i, conseqüentment, a les dificultats per exercir les funcions maternals.

En un estudi realitzat a Barcelona en l' EAPPP (Equip d'Atenció Precoç al Pacient en risc de Psicosi) entre 2006 i 2009 amb 57 persones diagnosticades de Trastorno Psicòtic o d'Estat Mental d'Alt Risc, s'obté que al 100% dels casos de trastorn psicòtic, s'havien donat funcions parentals empobrides durant la infància. Aquesta circumstància es va mesurar a través del LISMEN (Llis-

tat d'Ítems en Salut Mental), un qüestionari sobre factors de risc amb dues variables, funcions paternals i funcions maternals empobrides, definides de la següent manera:

Per diferents motius el pare i/o la mare no pot fer-se càrrec total o parcialment del seu fill. No s'interessa per ell, amb prou feines l'agafa o l'acaricia. No col·labora en els hàbits quotidians. No pot organitzar la seva vida per donar-li atenció al seu fill o filla. No l'inclou en els seus plans de futur.

Aquest desemparament emocional seria com una ferida que cicatritza, però no s'esborra i persisteix en major o menor grau depenent de les capacitats de resiliència del nen o la nena i del seu entorn. Per aquest motiu val la pena pensar si a l'origen de les conductes vinculades al TDAH podria existir una alteració en la vinculació com la descrita.

El tractament des d'un enfocament relacional

Quan es presenten els símptomes del TDAH, s'han de tractar però, també, s'ha d'entendre el seu origen per evitar-ne l'aparició i afavorir la capacitat d'autocontrol del subjecte.

La medicació ajuda el nen a controlar-se, però no li dóna aquesta capacitat. L'autocontrol s'aprèn. Per això és necessari el tractament, l'aprenentatge del maneig d'aquestes conductes, tant per part del nen com de la família i dels educadors.

Per què? Per les conseqüències, en tant que acostumen a ser nens amb dificultats en les relacions socials, a vegades "marcats" (assenyalats) pels seus companys, que no els elegeixen en el seu cercle d'amistats.

En diferents fòrums es coincideix que el tractament de primera elecció és el psicològic. Si bé la majoria de professionals concorden que en primer lloc estan els tractaments psicoeducatius, de reeducació, teràpia cognitiva conductual, psicoterapèutics, curiosament a aquest tipus

Presagis.

Tècnica mixta sobre llenç. 73x60 cm



de tractaments se'ls dedica poc espai en comparació al dedicat al psicofarmacològic que, tot i aparèixer en segon lloc, és sobre el que es fa major incidència.

El tractament psicològic s'ha d'implementar tant a nivell individual com familiar i, si és necessari o si es tenen recursos, es podria oferir un abordatge grupal. Però resulta imprescindible que la família tingui un espai on es pensin i s'abordin les emocions, els sentiments, les dificultats de maneig de la conducta, els problemes i les possibles estratègies a desenvolupar.

És fonamental el paper de l'escola, ja que no es pot implementar un tractament sense informar i demanar l'ajut de docents i educadors. L'escola és un dels principals organitzadors del món infantil en tant que és el lloc on reben els aprenentatges, on es relacionen socialment, on s'expressen els conflictes, on es rep l'acceptació o el rebuig dels iguals. Així, és bàsic que es realitzin interconsultes entre els serveis de salut mental i els pedagògics, entre els terapeutes i els mestres.

A nivell individual, un tipus de tractament psicològic és el psicoterapèutic i una modalitat dins d'aquest és la psicoteràpia breu d'orientació psicodinàmica, és a dir, d'una sessió setmanal durant un any. És discutible la durada i la intensitat del tractament, però és una forma de treball.

Depenent de l'edat del nen o la nena, es treballa a través del joc, del dibuix i de la paraula. Una cosa no substitueix l'altra, en tot cas en púbers i adolescents no se sol oferir la possibilitat del joc per no infantilitzar en excés.

Els objectius són:

1. Identificar i verbalitzar els estats emocionals com la ira, la ràbia, l'enfado, que estan a l'origen de la conducta alterada i que també es poden captar en la relació que s'estableix en la psicoteràpia a través del joc, el dibuix i la paraula (posar paraules a...; donar un significat, funció de "rêverie").
2. Identificar i verbalitzar les situacions en les quals es produeix una frustració i l'ansietat que comporta quan la

persona espera que una cosa succeeixi d'una manera i es dona d'una altra.

3. Identificar i verbalitzar les provocacions.

Naufregi - L'endemà al matí.

Tècnica mixta sobre llenç. 60x50 cm.



4. Identificar i verbalitzar les conseqüències de la conducta problema, o els beneficis secundaris.
5. Treballar els conflictes de confiança-desconfiança.
6. Ajudar a desenvolupar estratègies per contenir les ansietats i les conductes problema.

Jardins de gebre.

Tècnica mixta sobre llenç. 40x50 cm.



7. Ajudar a elaborar els dols que produeixen els canvis fisiològics (pubertat), els canvis de persones (separacions) i els canvis de llocs (emigracions, canvis d'escola, etc.)
8. Ajudar a realitzar adaptacions realistes segons l'entorn.
9. Ajudar a verbalitzar la situació problema com a pas previ per confiar i demanar ajut.

El treball es basa en potenciar les capacitats de la persona, sense centrar-se exclusivament en la simptomatologia procurant equilibrar el funcionament de les seves capacitats psíquiques.

Pel que fa a les persones adoptades es parteix de la idea que la major part d'elles han sofert una separació, més o menys traumàtica, acompanyada en algunes ocasions de privacions emocionals a causa que els seus progenitors biològics no van poder fer-se càrrec del bebè, del nen o de la nena, la qual cosa comporta un dol en algun moment de les seves vides. A la pubertat poden aparèixer, de manera natural, ansietats sobre els seus orígens que a vegades poden ser de tipus

confusional i no expressades. A l'adolescència, aquestes ansietats es resumeixen en la pregunta: Per què m'ha tocat viure en aquesta família? Una pregunta que, en alguns casos, va acompanyada d'un dol per la procedència de diferent raça o cultura, per viure la separació com la pèrdua de la seva cultura d'origen o, en el sentit invers, per no sentir-se membre o "igual" a la cultura d'adopció. Aquests sentiments poden anar acompanyats de fantasies sobre com hauria estat "una altra vida". Expressions com "tu no ets la meva mare", "jo mai abandonaré els meus fills" o "sóc negre i ells són ximplés" són altra vegada la punta de l'iceberg de sentiments que estan en fase d'ebullició i que s'han d'ajudar a elaborar.

Els objectius i passos del tractament familiar són:

1. Observar la dinàmica familiar, sobretot en les funcions bàsiques que es transmeten a nivell de preguntes, com per exemple :Qui promou l'esperança? Qui conté el símptoma? Qui escolta? Com es manegen les urgències?

2. Identificar les situacions d'ansietat i treballar la por cap a elles.
3. Oferir un lloc on expressar les emocions.
4. Facilitar elements de comprensió del trastorn i/o de la conducta alterada.
5. Ajudar a la diferenciació pacient – família i a deixar l'espai necessari per créixer.
6. Proporcionar mitjans i estratègies per a tenir cura d'ells mateixos.
7. Proporcionar informació sobre possibles recursos.

En el cas de les famílies adoptants, l'especificitat del tractament consisteix en:

1. Ajudar a elaborar el dol per l'absència d'embarassos (En algunes famílies no és així. L'adopció ha estat la primera opció).
2. Elaborar les ansietats sobre: què és això de ser pare adoptiu?
3. Ajudar a donar elements educatius per conviure amb les diferències culturals i de raça.
4. Afavorir l'encaix social de la família i la utilització de xarxes socials i

evitar-ne l'absència, en especial en famílies monoparentals i en progenitors del mateix sexe.

Els objectius de la teràpia grupal que no hauria de ser simultània al tractament individual són:

5. Oferir un espai per a l'expressió verbal o no verbal de sentiments i emocions.
6. Promoure l'esperança: "és possible parlar, ens podem respectar..."
7. Aprenentatge d'habilitats socials per reflexió o per "imitació" dels altres.
8. Compartir els problemes: saber que els d'un mateix també els pot patir un altre redueix l'ansietat i l'aïllament i augmenta l'autoestima.
9. Proporcionar instruments per al maneig de les situacions i/o conflictes derivats del trastorn.

PER A L'ESPERANÇA

La investigació ens mostra que la família produeix millores en els estats emocionals dels nens de risc:

En estudis ja clàssics sobre adopció a Finlàndia, es van comparar 303 famílies que van adoptar tant nens descendents de mares diagnosticades de trastorn esquizofrènic com nens descendents de mares no esquizofrèniques i se'ls va realitzar un seguiment de 21 anys a través del qual es va comprovar que a les famílies en les quals no hi havia psicopatologia, o sigui no pertorbades, el percentatge de nens descendents de mares amb esquizofrènia que desenvolupaven un trastorn esquizofrènic era menor al trobat en famílies pertorbades.

D'aquí la necessitat de considerar l'entorn per les seves possibilitats terapèutiques. Per aquest motiu es parla cada cop més d'implementar tractaments adaptats a les necessitats del pacient i la família a la comunitat, per conjugar aquests elements de manera singular fugint de les "receptes" i consignes estàndard o rígides. Per exemple són molt diferents les expressions conductuals i comportamentals del nen que viu en un àmbit urbà a les del nen que viu en un àmbit rural.

PER REFLEXIONAR

El *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* (COPC) va emetre un comunicat on qüestionava l'augment de diagnòstic del Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat o TDAH produït a Catalunya els últims deu anys. Segons aquest comunicat, l'esmentat augment en els diagnòstics ha estat propiciat pels professionals de la salut, que defensen l'abordatge farmacològic dels problemes conductuals o emocionals, camp d'intervenció, fins ara, dels psicòlegs.

S'estan constatant tractaments farmacològics de períodes llargs de temps i sense un seguiment mèdic, que consisteixen en fàrmacs psicoestimulants (metilfenidat i atomoxetina) amb diversos efectes secundaris a curt i mig termini, a nens i nenes d'entre 5 i 16 anys, fins i tot d'edats inferiors. El COPC afirma que l'ús de fàrmacs pot estar indicat en un context d'intervenció psicoterapèutica i amb un estricte seguiment mèdic. Però un augment desmesurat de l'ús de fàrmacs, segons estudis realitzats a EE.UU i Catalunya, produeix un creixement de les empreses que els fabriquen i augmenta les despeses farmacèutiques públiques.

Aquest procés de medicalització ha comportat dictàmens per part d'organismes internacionals com el Comitè de Drets de la Infància de la UNESCO i l'Organització Mundial de la Salut, que interpel·len l'Estat espanyol per les causes d'aquesta situació.

El TDAH porta implícites algunes controvèrsies, com el mateix qüestionament de la seva existència com a trastorn amb una etologia i una patogènia específica. El TDAH fa referència a un conjunt

de símptomes (impulsivitat, inquietud motriu, dificultat per concentrar-se) que estan presents en molts quadres psicopatològics, amb causes diferents i que requereixen un enfocament diferenciat, per la qual cosa el diagnòstic de TDAH pot ocultar –i deixar sense tractament– altres patologies o dificultats. Segons el COPC, moltes conductes més o menys disruptives en el context familiar i escolar haurien de tenir resposta des d'un enfocament psicoeducatiu i les aportacions del COPC als responsables polítics van en aquesta direcció. El diagnòstic de TDAH comporta en aquests casos que els adults que estan a càrrec dels nens i nenes interpretin aquests comportaments com a efectes de la suposada malaltia i abandonin les seves responsabilitats específiques. Així mateix, en un context de retallades constants de l'Educació i la Sanitat públiques, on els professionals tenen menys recursos per desenvolupar les seves funcions, la Conselleria d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya interpreta que els elevats nivells de fracàs escolar són deguts al TDAH. La resposta llavors és el desenvolupament d'un pla de treball destinat a elaborar una guia del trastorn per a escoles –i Equips d'Assessorament i Orientació Psicopedagògics–, en el qual el COPC participa aportant el seu punt de vista crític.

El comunicat íntegre es pot llegir en el següent enllaç:

[Comunicat de la Junta de Govern del COPC sobre la incidència del TDAH a Catalunya](#)

PER LLEGIR...

Moya, J. y Anguera MT. 2010. *Problemes de comportament en infants i adolescents a Catalunya: trastorn per déficit d'atenció i trastorn de conducta, necessitats educatives que genere*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

El "inventor del TDAH" confiesa antes de morir que es una enfermedad ficticia

El gasto público de medicamentos para el TDAH ha pasado de 9.000 € anuales a más de 3 millones y medio en una década

PER VEURE...

El Dr. Rojas Marcos parla del TDAH en TV3

Brother's little helper

The Simpsons, Temporada 11, Episodi 2
Marge i Homer Simpson són informats pel Director Skinner que Bart pateix TDHA. Després de molts intents, convencen a Bart que prengui medicació, davant la qual respon inicialment positivament, però de seguida li apareixen efectes secundaris.

Timmi 2000

South Park, Temporada 4, Episodi 3
Timmi és diagnosticat de TDAH, i a partir d'aquest cas, altres nens i nenes de la mateixa classe també en són diagnosticats. Tots comencen a medicar-se amb Ritalin, al qual ràpidament es tornen addictes.

The truth behind medication

(*Parte1, Parte2,Parte3*)

Subtítols en castellà

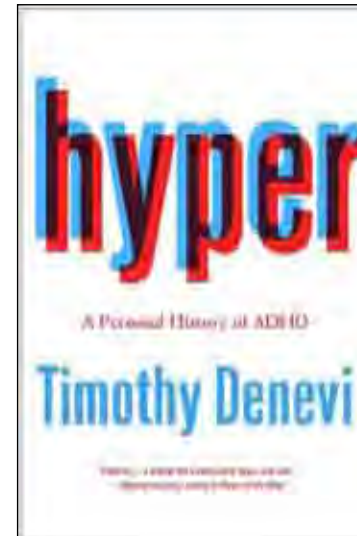
Reportatge de la BBC, seguint casos reals de nens i nenes medicats amb Ritalin, i les seves conseqüències.

Robinson, Ken

Changing education paradigms

Un atractiu video que reflexiona sobre el paper de l'escola en la societat.

NOVETATS BIBLIOGRÀFIQUES



Denevi, T. (2014)

Hyper: A Personal History of ADHD

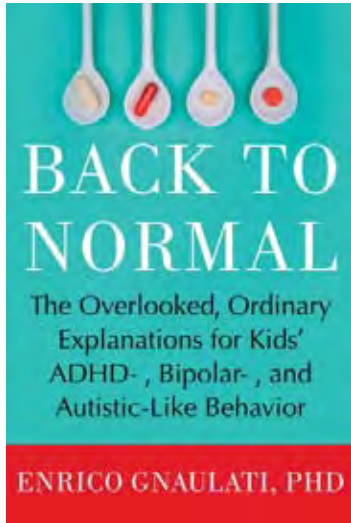
Londres: Simon & Schuster

Llibre que explica les memòries del que implica ser un nen o nena amb TDAH, on també explica la història del diagnòstic, a la vegada que com s'ha arribat a medicar a milions de nens i nenes.

Timothy Denevi, es troba entre la primera generació de nens i nenes que van rebre

medicació per hiperactivitat als anys 80, concretament va començar a medicar-se als sis anys amb Ritalin, i va tenir una reacció psicòtica. Després de passar per un seguit de tractaments, que van incloure dieta líquida i altres, finalment va trobar ajuda en la teràpia combinada amb medicació. A *Hyper*, Timothy explica la seva situació a l'escola, percebent-se com un problema per aquells que l'estimaven.

Per altra banda, el llibre explica la història del TDAH, des del segle XIX, on el TDAH era atribuït a un defecte en la consciència moral, als dimonis o al trauma; passant pel segle XX, que va ser considerat com a causa dels aditius alimenticis, el mal *parenting* o, inclús, per les conspiracions governamentals, fins arribar a la situació actual, amb les investigacions genètiques. També fa un recorregut històric dels fàrmacs utilitzats, des del Benzendrine el 1937, el Ritalin als anys 50, fins els antidepressius dels 70, 80 i 90.



Gnaulati, E. (2013)
Back to Normal: Why Ordinary Childhood Behavior Is Mistaken for ADHD, Bipolar Disorder, and Autism Spectrum Disorder
 Boston: Beacon Press

Dr. Enric Gnaulati és psicòleg clínic, especialitzat en teràpia i assessorament in-

fantil i adolescent, que exposa el perquè els metges, professors i pares diagnostiquen incorrectament nens i nenes sans, amb quadres psiquiàtrics greus. En els últims deu anys, a EUA, s'ha produït un augment en els diagnòstics de TDAH, desordre bipolar o autisme. Gnaulati mostra que, molts d'aquests símptomes que s'associen a quadres psiquiàtrics, s'assemblen a comportaments quotidians dels nens i nenes. Per altra banda, el llibre explica històries de diagnòstics erronis, i dona als pares i professionals informacions sobre el desenvolupament, el temperament, i el context social que condueixen a plantejar aquests comportaments com desordres psiquiàtrics, a la vegada que defensa com les intervencions psicoterapèutiques, poden ajudar als nens i nenes.

SOBRE L'AUTOR DELS TEXTOS

Jordi Artigue

És psicòleg clínic, Doctor en Psicologia, psicoterapeuta i psicoanalista. El seu primer treball va ser com a professor d'ensenyament secundari. Posteriorment ha treballat en diferents serveis de salut mental privats, concertats i públics, on s'inclouen centres d'internament, centres de dia i centres de salut mental. La seva experiència més recent ha estat en l'Equip d'Atenció Precoç al Pacient en risc de Psicosi (EAPPP), 2005 - 2011. Investigador del grup SASPE (Senyals d'alerta i símptomes prodròmics en l'esquizofrènia, 2000-2011). Actualment en el Grup d'Investigació de Parella i Família de la Universitat Ramon LLull. Ha publicat diversos articles sobre el tema i sobre els factors de risc en salut mental. Professor de màsters de la Universitat de Barcelona i la Societat Espanyola de Psicoanàlisi. Supervisor en dos centres públics de salut mental i un CEDIAP.

SOBRE L'AUTORA DE LES IMATGES

Teresa Candal

"M'agrada pintar i connectar amb gent real. Els meus quadres es defineixen com "abstractes", però més enllà de l'etiquetatge, pinto d'una manera instintiva i visceral. (...) M'agrada passejar pels boscos, veure el mar, buscar racons d'inspiració, crec que tot això em fa pintar del manera que ho faig: la força del sol i la immensitat del cel són motius en els meus quadres. (...) La meua pintura és instintiva, va directa a l'inconscient. A vegades la gent sent coses, a vegades no. Qualsevol de les dues opcions està bé: no està en aquest món per ser jutjada. Pretén transmetre idees, sentiments, sobre les tres famoses preguntes: qui sóc?, D'on vinc?, A on vaig? M'agrada comunicar-me amb altres persones i viure la meua vida gaudint de les coses senzilles: una tassa de cafè acabat de fer o una posta de sol".

[Web de l'artista](#)

ESDEVENIMENTS D'INTERÈS

CONGRESSOS I CONFERÈNCIES

Memory and Recovery. Anthropological Association of Ireland. Sligo Institute of Technology, Sligo, Irlanda. Del 14 al 15 de febrer de 2014.

Invisible work. Eastern Sociological Society 2014. Sociology of Reproduction MiniConference. Baltimore Hilton, USA. Del 20 al 23 de febrer de 2014.

Take Root: Red State Perspectives on Reproductive Justice Conference. Norman, Oklahoma, Estats Units. Del 21 al 22 de febrer de 2014.

50 th Anniversary Conference of the Society for Latin American Studies. Birkbeck, University of London, Londres, Gran Bretanya. Del 3 al 4 d'abril de 2014.

Visual anthropology and contemporary South Asian history. University of Cambridge, Gran Bretanya. Del 4 al 5 d'abril de 2014.

Risk in Health and Social Care: Politics, Theory and Practices. Risk and Society Study Group. Londres, Gran Bretanya. Dia 28 de febrer de 2014.

Making Motherhood Visible: (Re-)Writing Narratives of Contemporary Motherhood. Museum Of Motherhood. The Multicultural Family. New York City. Estats Units. Del 6 al 8 de març de 2014.

Gender, Equality and Intimacy: (un)comfortable bedfellows? Centre for Parenting Culture Studies. Londres, Gran Bretanya. Dia 7 d'abril de 2014.

XI Encuentro Internacional de Estudios Políticos y Sociales. Universidad de La Habana, La Habana, Cuba. Del 7 a l'11 d'abril de 2014.

2nd Annual Sexual & Reproductive Justice Graduate Student Working Conference. Center for the Study of Gender and Sexuality (CSGS) and the Center for Interdisciplinary Inquiry and Innovation in Sexual and Reproductive Health (Ci3) Universidad de Chicago. Dia 11 d'abril de 2014.

Family narratives / National(istic) narratives - Workshop. Institut für Populäre Kulturen, Zurich, Suïssa. Del 22 al 23 de maig de 2014.

CALL FOR PAPERS

Lova International Conference 2014: Ethnographies of Gender and the Body. Amsterdam, Holanda. Del 9 a l'11 de juliol de 2014. *Deadline:* 15 de febrer de 2014.

Pro-independence Movements and Migration: Discourse, Policy and Practice European Academy Bolzano/ Bozen - Institute for Minority Rights. South Tyrol, Itàlia. Dia: 24 d'octubre de 2014. *Deadline:* 331 de març de 2014. Contacte: Johanna.Mitterhofer@eurac.edu

CALLS FOR PROPOSALS

Mothers and Food. Coeditors: Dr. Florence Pasche Guignard i Dr. Tanyia M. Cassidy. Demeter Press. *Deadline per abstracts:* 1 de febrer de 2014.

Motherhood and Lone/Single Parenting: A 21st Century Perspective. Editor: Dr. Maki Motopanyane. Demeter Press. *Deadline per abstracts:* 15 de febrer de 2014.

Mothering, Mothers and Sex Work. Co-editors: Rebecca Jaremko Bro-

mwich i Monique Marie De Jong. *Deadline per abstracts:* 1 de març de 2014.

BEQUES

Center for the Study of Women, Gender, and Sexuality. Rice University, USA. Dues beques postdoctorals en el camp d'humanitats o ciències socials.

Beques per a estudis de postgrau en universitats europees. Data límit: 10 de febrer de 2014

Beques per a estudis de postgrau a la zona Àsia-Pacífic. Data límit: 4 de març de 2014.

Beques per a estudis de postgrau a l'Amèrica del Nord. Data límit: 28 d'abril de 2014 .

Ayudas para contratos predoctorales del Programa "Salvador de Madariaga" en el Instituto Universitario Europeo. Ministerio de Educación - Institut Universitari Europeu.