

Dirección Newsletter: Esther Grau, Diana Marre y Beatriz San Román

Contenidos: Neus Abrinés y Sami Timimi

Edición, formato y maquetación: Sofía Gaggiotti

Difusión: Maria Galizia

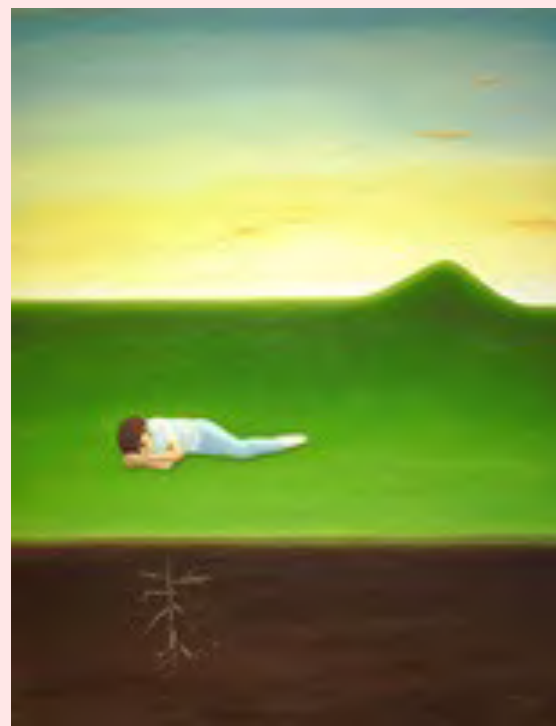
ISSN: 2013-2956

Traducción al castellano: Bruna Álvarez y Victoria Badia

¿Qué hay detrás de la hiperactividad?

Cuando un niño (o sus padres y profesores) experimenta algún tipo de malestar mental en nuestra sociedad, el enfoque más frecuentemente elegido por los profesionales de la salud mental incluye evaluar la gravedad de los síntomas, realizar un diagnóstico y recomendar un tratamiento. Sin embargo, la salud mental no es tan simple como eso y se debería abordar de manera más amplia. En primer lugar, debemos considerar la influencia de la cultura en la manera de interpretar los problemas de conducta o la ansiedad. La cultura puede ser descrita como un conjunto de creencias y una "manera de hacer las cosas" que un cierto grupo de personas tienen en común mientras que la construcción social se describe como el proceso mediante el cual las diferentes culturas desarrollan un conjunto de creencias y valores que orientan su forma de comportarse en el mundo.

Teniendo en cuenta estos conceptos, la causa de que un niño muestre un mal comportamiento puede ser interpretada de manera muy diferente en las diversas culturas y, por lo tanto, cada sociedad tratará de cambiar dichos comportamientos de forma diferente. Como individuos, podemos también interpretar el comportamiento de un niño de maneras muy distintas. Tomando como ejemplo a un niño que no se está comportando como sus padres o su maestro esperaban, un médico podría decidir que este niño tiene problemas porque está sufriendo de una condición médica que afecta al sistema nervioso, lo que



Marta Gómez-Pintado
El sueño

Esta Newsletter se publica con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación a través del proyecto I+D *Adopción Internacional y Nacional: Familia, educación y pertenencia: perspectivas interdisciplinarias y comparativas* (MICIN CSO2009-14763-C03-01 subprograma SOCI)

puede ser subsanado a través de medicación. Por otra parte, el médico puede interpretar los problemas como consecuencia de los desequilibrios nutricionales, y por lo tanto recomendar un cambio de dieta. Sin embargo, el médico podría optar por interpretar que ese mismo comportamiento está dentro del espectro normal esperado para niños de esa edad, lo que le podría llevar a trabajar con los padres y los profesores para tratar de influir en su percepción del niño, reduciendo así su nivel de inquietud o preocupación. Cuanto más se examinan las diferentes culturas en las diferentes partes del mundo y a lo largo del tiempo, más difícil se hace conocer qué se entiende por una infancia normal, y por lo tanto, se hace muy difícil definir lo que es un niño con un trastorno desde un punto de vista psicológico o psiquiátrico.

En nuestra sociedad actual, las tasas de diagnóstico de trastornos psiquiátricos y la prescripción de medicamentos psicotrópicos a niños han aumentado drásticamente en los últimos años, aumento que se ha visto acelerado durante la última década en la mayoría de los países occidentales y sigue extendiéndose a nivel global, con niños pequeños, incluso de dos años, a los que se prescriben medicamentos psiquiátricos cada vez con mayor frecuencia. La razón más tranquilizadora de este cambio en la práctica es que ha sido el resultado del descubrimiento de nuevas enfermedades psiquiátricas infantiles que no se conocían antes, seguido por el posterior descubrimiento de nuevas formas de tratamiento.

Sin embargo, no hay ninguna evidencia de que alguno de estos trastornos, (como es el caso del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad -TDAH- o la depresión infantil) sean el resultado de anomalías específicas genéticas, bioquímicas, del desarrollo o de ninguna otra anomalía cerebral, que sean en sí mismas la causa de estas conductas. Esto significa que no existen pruebas de sangre, radiografías o escáneres cerebrales que puedan demostrar algún daño físico en el niño. Las pruebas utilizadas para evaluar estos trastornos son ejercicios de lápiz y papel, donde se le pide al cuidador/a que responda a una serie de preguntas acerca del niño. Todo lo que estas pruebas pueden medir es la percepción que el cuidador tiene de ese niño en un momento determinado. Si bien esto supone, por supuesto, una información valiosa, también es cierto que apenas equivale a una prueba "médica", porque no se puede medir algo intrínseco en el niño y, como consecuencia, el diagnóstico se basa principalmente en la opinión subjetiva de los demás.

A pesar de la falta de pruebas y de los métodos subjetivos utilizados para hacer un diagnóstico, dichos diagnósticos (como el TDAH y los trastornos del espectro autista) son cada vez más valorados como afecciones biológicas.

Como resultado, muchos pacientes que reciben este diagnóstico son tratados con tratamientos "biológicos", tales como fármacos, lo que da la impresión de ofrecer una solución rápida y racional al problema. Este modelo a menudo hace que el contexto más amplio del niño (por ejemplo, sus emociones, las circunstancias familiares, la escuela, la cultura, las relaciones con los compañeros y así sucesivamente) se vuelva invisible o carente de importancia.

Por desgracia, aquellos que terminan por recibir una medicación, no necesariamente obtienen de ello ningún beneficio duradero. De hecho, la evidencia muestra que las tres clases principales de fármacos psiquiátricos utilizados con niños -antidepresivos, estimulantes y antipsicóticos- no son ni eficaces (a largo plazo) ni seguros, y por lo tanto no deben utilizarse como primera vía de tratamiento. La psicoterapia, al contrario, es generalmente segura y eficaz. Sin embargo, hay pocas evidencias que apoyen la idea de que determinadas técnicas de psicoterapia suponen una gran diferencia para lograr un resultado positivo, y muchas evidencias que sugieren que lo que sí lo hace es la calidad de la relación entre el médico o terapeuta y el paciente.

Las actuales categorías de diagnóstico utilizadas en psiquiatría infantil dicen muy poco acerca de la causa, el tratamiento o el resultado. Esto no significa que los diagnósticos psiquiátricos infantiles no sean útiles para algunas personas y en determinadas circunstancias, pero sí significa que estos diagnósticos deben ser vistos como una "construcción social", en lugar de una entidad concreta que una persona "tiene". En otras palabras, mientras que podemos decir que alguien que ha sido diagnosticado con diabetes "tiene" diabetes, y podemos presentar el resultado de una prueba física que lo demuestra, no podemos decir que alguien "tiene" TDAH, ni mostrar el resultado de alguna prueba física que diga que algo físicamente anormal está sucediendo en el cuerpo/cerebro de esa persona y está causando sus problemas de conducta. Sin embargo, aún podemos elegir describir su comportamiento como "TDAH" por otras razones (para comunicarnos con otros profesionales, para fines de investigación, para acceder a determinados servicios, etc.)



Marta Gómez-Pintado
Subconsciente

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un diagnóstico del “Manual de Diagnóstico Estadístico” americano (DSM: Diagnostic Statistical Manual) y describe una constelación de falta de concentración, hiperactividad e impulsividad, que ha estado presente desde muy temprana edad. En los criterios del DSM, estos comportamientos deben estar presentes en al menos dos situaciones (por ejemplo, casa y escuela), estar asociados con un deterioro del funcionamiento social o académico, estar presentes desde antes de los 7 años, y no poder ser explicados mejor por otro trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Los criterios de la CIE son más estrictos que los del DSM. Sin embargo, el CIE incluye una categoría del “trastorno de conducta hiperkinético”, así como el TDAH, lo que refleja la asociación común de hiperactividad con conductas antisociales.

El proyecto OO-CAMHS

El National Health Service (NHS, Servicio Nacional de Salud) es el nombre del sistema de asistencia sanitaria pública en Inglaterra e incluye los Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS, Servicios de Salud Mental para Niñ@s y Adolescentes). El 1 de Enero de 2011, un equipo de los CAMHS de Lincolnshire (Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust) puso en marcha el proyecto Outcomes Oriented (OO-CAMHS, Orientado a Resultados). Este proyecto se basa en cuatro principios fundamentales que pueden resumirse por las siglas CARE.

1. Consulta: Cuando más de una agencia está involucrada en el caso, se requieren reuniones profesionales a fin de: (a) evitar que dos profesionales u organismos diferentes trabajen sobre el mismo problema, lo que podría dar lugar a confusión para el paciente, (b) evitar complicar en exceso el problema mediante la participación de más personas de las necesarias y (c) evitar dar a la familia o a otros profesionales el mensaje de que el problema es grave y se necesita más ayuda.

2. Alianza: La evidencia muestra que, en la terapia, lo que más influye en el resultado es la relación entre el paciente y el terapeuta, según la valoración del paciente. La investigación también ha demostrado que los terapeutas no son fiables a la hora de valorar lo buena que es la alianza que han formado con sus pacientes. Para ayudar a los clínicos a supervisar esta relación, al final de cada sesión se les pide, tanto al niño como a sus padres, que puntúen en las cuatro preguntas de la Session Rating Scale (SRS: Escala de Valoración de la Sesión), cuán comprendidos y respetados se sintieron durante la sesión, si las cuestiones de las que querían hablar se han cubierto, si estaban contentos con el enfoque del terapeuta, y cuán satisfechos se han sentido en general con la sesión. Esto asegura que el paciente siempre tenga voz y pueda guiar al terapeuta para tratar lo que es significativo para él.

3. Revisión periódica: La evidencia muestra que las personas que reciben información sobre cómo van evolucionando durante el tratamiento mejoran los resultados. A cada niñ@ y / o a sus padres se les pide que califiquen la forma en que perciben cómo están al comienzo de cada sesión. Con las 4 preguntas de la Outcome Rating Scale (SRO: Escala de Valoración de Resultados), ellos valoran cómo se sienten, cómo van progresando en casa, cómo progresan en la escuela y, por último, cómo están en general. Cada ítem puede puntuarse hasta 10, dando un puntaje total de una puntuación máxima posible de 40. En cada sesión, el niño y sus padres pueden comparar sus puntuaciones con las anteriores. Se ha comprobado que alrededor de un 90% de los casos que no han mostrado ninguna mejora después de 5 sesiones no van a mejorar con el enfoque elegido; por lo tanto, si no se observa una mejora significativa después de estas 5 sesiones, el tipo de tratamiento se debate con la familia y con el equipo, a fin de valorar si se necesita un cambio de terapia o de terapeuta. Esto no debe verse como si el terapeuta fuera un mal profesional, todo lo contrario: un buen terapeuta sabe que “nadie es bueno para todo el mundo” y es capaz de recomendar un cambio cuando se da cuenta de que no está siendo útil.

4. Ética del cuidado: Es necesario que exista un conjunto de valores de todo el equipo. Al igual que los pacientes, los clínicos necesitan sentirse escuchados, respetados y apoyados. Como este enfoque puede hacer que el terapeuta se sienta juzgado por las familias, se promueve la filosofía de que el equipo apoya a todos los profesionales clínicos que lo forman.



Marta Gómez-Pintado
El pequeño Shliemann



Marta Gómez-Pintado
Ilustración Alicia y Gulliver

REFLEXIONEMOS

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

Una nueva categoría infantil - el niño/a con TDAH

En la sociedad occidental la infancia se ve cada vez más desde un marco biológico “genético” y esto implica varios peligros para los niños/as. Las escuelas, por falta de recursos, tienen dificultades para aplicar métodos educativos “modernos” que requieren un trabajo intenso en clases estimulantes y llamativas, están presionadas para demostrar más mejoras que nunca en el rendimiento escolar de sus alumnos, aplicando menos métodos que nunca para controlar el comportamiento de los menores que están a su cargo. John, uno de sus chicos más distraídos y bulliciosos, recibe un diagnóstico de TDAH y empieza a tomar Rubifén. Entonces deja de ser un problema; ahora él hace lo que se le pide. La escuela ha ahorrado dinero, en lugar de tener que proporcionar una ayuda extra para esta necesidad “especial”, los maestros se dan cuenta de que John tiene un trastorno médico y de que ahora que recibe tratamiento él está bien. La maestra de John se da cuenta de que Paul, el amigo de John, parece ser igual de distraído y bullicioso. Se reúne con los padres de Paul y les dice que se está planteando si Paul también tiene TDAH y les recomienda que vayan a ver al médico de familia. Paul recibe un diagnóstico y también empieza a tomar Rubifén. Pronto otros maestros empiezan a identificar en otras clases niños como John y Paul. Un proceso se ha puesto en marcha. Un año después, parece ser que el antiguo comportamiento de John ha vuelto. Los maestros están de acuerdo en que podría haber muchas razones para esto (sus padres se han separado y él ha empezado con una nueva maestra) pero se preguntan si podría ser debido a que el tratamiento para su nueva condición médica (ADHD) no fuera el adecuado. La escuela escribe una carta que la madre de John lleva al médico y se aumenta la dosis de Rubifén de John. Pronto la dosis de Paul también será incrementada. Otros maestros hablan de esto y se dan cuenta de que algunos niños en su clase podrían no estar recibiendo la medicación adecuada. Otro proceso se pone en marcha.



Marta Gómez-Pintado
En el bosque



AFIN

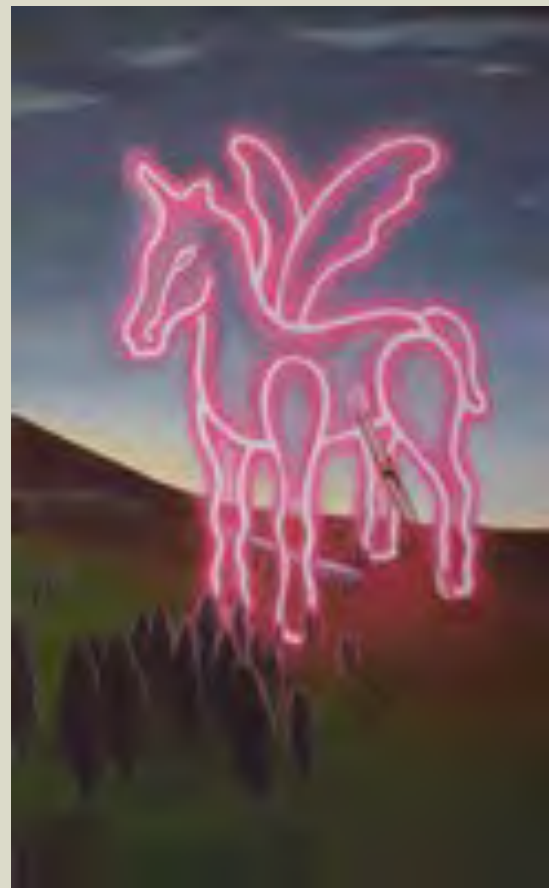
Mientras tanto, el médico de John asiste a un par de seminarios patrocinados por las compañías farmacéuticas, es contactado por un representante de una compañía farmacéutica y recibe folletos informativos para padres y maestros por parte de este representante (quien describe que el TDAH está provocado por un desequilibrio químico cerebral hereditario y que tiene bonitas fotos de las sinapsis cerebrales que “muestran” que pasa exactamente en los cerebros con TDAH). Estos folletos se ponen en circulación y otros padres empiezan a contactar con sus médicos expresando su preocupación sobre la posibilidad de que su hijo/a tenga TDAH. Se organiza un grupo local de apoyo para padres y se unen a un grupo nacional de presión para el consumo (que cada año organiza conferencias sobre ayudas de financiamiento por parte de las compañías farmacéuticas). El periódico local entrevista al grupo de padres, quienes hablan sobre “discapacidades escondidas” y sobre cómo ellos han sufrido durante años pero nadie les reconocía el problema psiquiátrico que su hijo/a tenía. Para ese momento el TDAH se ha establecido de manera firme en la cultura local, con la gran, pero a menudo, no reconocida influencia que los grupos con poderosa influencia económica y política (compañías farmacéuticas, médicos, maestros) han ejercido sobre la concepción que la comunidad local tiene sobre la naturaleza de la infancia. Una nueva categoría infantil ha aparecido - la del niño/a con TDAH.

En los últimos tres años he heredado muchos niños/as que habían sido diagnosticados con ADHD y a los que se les había recetado un estimulante en el momento en que yo empecé a hacerme cargo de ellos. Uno de los impactos más obvios del diagnóstico de TDAH sobre la visión que el profesional anterior tenía sobre estos niños/as era la casi ausencia absoluta de atención al contexto. De este modo, yo vi niños/as que echaban de menos a su padre ausente, vi problemas maritales, vi niños/as de escuelas que habían fracasado al aplicar medidas especiales, vi madres deprimidas que no daban abasto, vi familias con poco apoyo de su entorno social, vi niños con problemas de apego, vi niños adoptados o en acogida que estaban acostumbrados al rechazo, vi niños que no podían llorar la pérdida de algún pariente, vi niños brillantes que usaban su inteligencia para esquivar algún sistema, vi padres asustados cuyo hijos/as sabían qué botones apretar, vi padres ocupados que no tenían tiempo de conocer a sus hijos, vi maestros asustados que no se sabían cómo manejar los niños de su clase, vi maestros cansados y rendidos quienes ya no tenían ganas de enseñar, etc. Miré en vano si los anteriores doctores habían notado los puntos fuertes y las habilidades de estos niños/as y sus familias.

Me pregunté seriamente por qué los médicos cobran tanto. ¿Para qué? Si hemos perdido la habilidad de trabajar y tener en cuenta incluso los aspectos psicosociales más obvios, ¿cómo se podría esperar que, como especialistas, pudiéramos manejar de manera competente la complejidad y los problemas comunes pero sutiles que se dan en las relaciones interpersonales de la vida familiar? Estos niños/as estaban ahora bajo una medicación tóxica y adictiva, mientras que los problemas de su contexto psicosocial todavía tenían que ser abordados. ¿Qué clase de medicina es ésta?

Yo empecé como psiquiatra infanto-juvenil en Lincolnshire hace algo más de tres años. En mis dos primeros años trabajé en un área que era en parte rural y en parte urbana. Heredé 26 pacientes que, en el momento en el que empecé en esta área, estaban tomando estimulantes. Muchos de estos pacientes que heredé habían sido visitados por un psiquiatra infanto-juvenil (que aún trabajaba en un área de la comunidad local que se solapaba con la mía) que era un gran defensor del diagnóstico de TDAH y del uso de psicofármacos en niños/as (a menudo múltiples recetas a altas dosis). El pediatra de la comunidad local era también un firme defensor del diagnóstico y uso de estimulantes en menores. Como consecuencia, la comunidad local había sido ya “culturizada” en la creencia del TDAH y los méritos de medicar a los niños/as para controlar su comportamiento.

Entre los 26 niños/as que heredé que tomaban estimulantes en el momento que empecé, la media de edad era de 12,7 años, la dosis media diaria que estos menores tomaban era de 41 mg de Rubifén (o algún equivalente, la dosis máxima permitida para el Rubifén es de 60 mg diarios, la máxima dosis que heredé era un niño que tomaba 100 mg diarios) y la media de años que habían estado tomando estimulantes era de 3,5 años. En el momento en el que me trasladé a otra área, después de dos años, sólo 6 de los 26 casos que heredé seguían tomando estimulantes,



Marta Gómez-Pintado
Tres en uno



AFIN

16 menores habían dejado los estimulantes a través del esfuerzo y la cooperación de los padres del menor, a dos niños/as se les habían suspendido las recetas ya que no atendieron de manera persistente a las visitas (en el Reino Unido la receta del Rubifén requiere el seguimiento del menor por un especialista) y dos niños/as habían dejado de ser atendidos por mí después de que planteara mi preocupación sobre aspectos de protección del menor. De los 6 que continuaban tomando medicación estimulante en el momento en que me fui, la dosis media diaria era aproximadamente la mitad de la que tomaban cuando los heredé. Durante el tiempo que estuve trabajando en esta área inicié medicación en 5 casos a dosis bajas de estimulantes, dos de las cuales habían sido suspendidas en el momento en el que me fui. Muchas familias expresaron su insatisfacción en previas intervenciones sintiendo que el enfoque centrado en la medicación era demasiado limitado y que no tenía en cuenta su historia y situación particular. Acabé por descubrir que la mayoría de familias tienen una comprensión mucho más sofisticada de las causas psicosociales de los problemas de conducta que muchos de los psiquiatras y pediatras que conozco hoy en día.

Después me mudé a un área más pequeña que es predominantemente rural y había estado trabajando allí durante un poco más de un año cuando audité el número de menores que estaban a mi cargo y que estuvieran tomando estimulantes. Previamente a que yo empezara en esta área, no había habido un psiquiatra infanto-juvenil permanente durante los dos años anteriores a mi llegada. En lugar de eso, una sucesión de especialistas habían estado cubriendo la vacante, incluyendo varios períodos donde había un especialista cuya experiencia había sido principalmente en Canadá. A pesar de que mi nueva área tuviera una población mucho más pequeña que la anterior (esta era sólo parte de mis responsabilidades del momento y la anterior había sido en la unidad de adolescentes hospitalizados de Lincolnshire), heredé 28 casos que tomaban estimulantes. En el momento en que empecé a visitar a estos niños/as la edad media de los casos que heredé y que tomaban estimulantes era de 10,2 años, la dosis diaria de Rubifén (o algún equivalente) era de 18,9 mg y la media de años que los menores habían estado tomando estimulantes era de 1,7 años. Justo después de un año, sólo cuatro de los niños/as continuaban tomando estimulantes. Dos niños (hermanos) habían pasado a visitarse con otro doctor (después de que planteara mi preocupación sobre aspectos de protección del menor). No he necesitado empezar medicación con estimulantes con ningún menor y tengo la esperanza de que los que la siguen tomando serán capaces de dejar la medicación durante el próximo año. El servicio pediátrico de la comunidad local es mucho más cauto a la hora de recetar que en mi anterior área y habiéndome reunido con ellos se que están recetando estimulantes a no más de ocho menores en mi área.

Reflexiones de Neus Abrines

Dándole poder al paciente

Colaborar con el equipo del profesor Timimi, observando la manera en que atienden a las familias que asisten a este servicio, me ha hecho reflexionar sobre la falta de poder que se les da a los pacientes de salud mental en nuestra sociedad. Es fácil ver que, cuando se coloca una etiqueta de enfermo mental, la responsabilidad de la recuperación recae sobre el médico o el psicólogo. El profesional es descrito como alguien que sabe cuál es el tratamiento más adecuado, cuántas sesiones se requieren y con qué frecuencia, qué técnica será más útil, etc.

Sin embargo, durante los meses que he pasado en este centro, he observado lo importante que es capacitar tanto a los padres como al niño o niña para potenciar su recuperación. He observado cómo familias muy desorganizadas decidían la frecuencia de las sesiones (normalmente menos de dos por mes), si querían ser dados de alta o no, a qué profesional deseaban ver, si el plan propuesto por el terapeuta se ajustaba o no a ellos, etc. He visto niños decidiendo si quieren estar en la sesión o no, o si quieren ser visitados sin sus padres. Y, lo más importante, he observado cómo estas familias mejoraban de una sesión a otra, por el hecho de creer que tenían el poder para hacerlo. El terapeuta puede ayudar a proporcionar ideas a la familia y una mejor comprensión de la situación, pero es la propia familia quien tiene el poder para cambiar. Y es este "darle poder al paciente" lo que constituye la tarea del terapeuta, más que el hecho de asumir la responsabilidad de la vida del paciente.

Marta Gómez-Pintado
Ilustración Alicia y Gulliver 3



...PARA VER

- [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](#)
[Subtítulos del vídeo en castellano](#)



- Ken Robinson [Changing education paradigms](#)



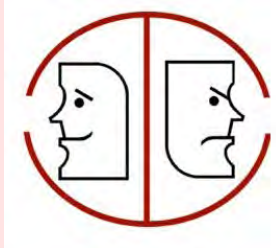


...PARA LEER

- 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 DE INTERÉS

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



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



- <http://heartandsoulofchange.com/>



RECOMENDAMOS

Campaña 'No Más Etiquetas Psiquiátricas':

- [Artículo de la campaña](#)
- [Apoya la campaña](#)



EVENTOS RECIENTES

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.

PRÓXIMOS EVENTOS DE INTERÉS

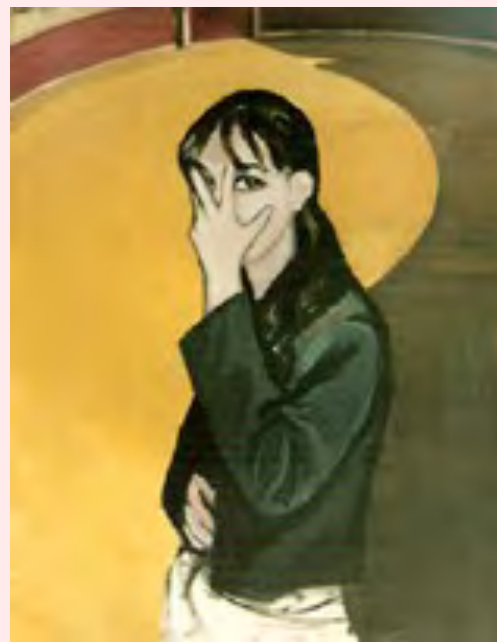
- Adopción, adoptados y familias adoptivas. Retrato de la postmodernización de la vida familiar española. Universidad de Alicante, Alicante, 16-17 junio 2011
- 2nd International Conference on Child Friendly Asia Pacific. Surakarta City, Central Java, Indonesia, 30 June-2 July 2011
- Atención socioeducativa 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 LAS ILUSTRACIONES

Marta Gómez-Pintado

Nació en Madrid en 1967, donde estudió Bellas Artes. Compagina su labor como pintora, dibujante, retratista, ilustradora y profesora de dibujo y pintura. Ha realizado diversas exposiciones de obra gráfica y obra pictórica. Sus últimos trabajos como ilustradora son "Alicia en el país de las maravillas". L. Carroll y "El extraño caso del doctor Jekyll y Mister Hyde". R. L. Stevenson para la editorial Nórdica Libros; "Comiendo en Hungría" P. Neruda y M. A. Asturias para la editorial Capitán Swing; y "El Lazarillo de Tormes" para Hermes Editorial. Se identifica plenamente con André Bretón cuando afirma "Soy todo lo que he hecho y todo lo que no he hecho".

www.martagomezpintado.com



Marta Gómez-Pintado
Autorretrato

SOBRE LOS AUTORES DE LOS CONTENIDOS DE ESTE NÚMERO

Dr. Sami Timimi

es psiquiatra infantil y de la adolescencia, consultor y director de educación médica en la Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust y profesor visitante de psiquiatría infantil y de la adolescencia de la Universidad de Lincoln en el Reino Unido. Escribe desde una perspectiva crítica de la psiquiatría sobre temas relacionados con la salud mental infantil y de la adolescencia, y ha publicado numerosos artículos y libros sobre diversos temas, que incluyen trastornos alimentarios, psicoterapia, trastornos de conducta y psiquiatría transcultural.

Neus Abrines

es psicóloga infantil, miembro del grupo AFIN y está realizando su doctorado en el Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha participado en varios proyectos de investigación sobre Adopción Internacional y su tesis doctoral se centra en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Centra su interés en la relación entre padres e hijos y ha asistido a varios cursos en centros nacionales e internacionales, como la New School for Social Research de Nueva York, y la Tavistock y Portman Foundation Trust de Londres.

Desde febrero de 2011, Neus Abrines ha estado realizando una estancia de especialización clínica con el Dr. Sami Timimi en CAMHS, además de colaborar con el proyecto Outcomes Oriented (Orientado a Resultados). Dicha estancia forma parte de un proyecto financiado por la Generalitat de Catalunya (Becas para estancias de investigación fuera de Catalunya - BE-DGR 2010).