



TDAH: ¿Déficit o falta de atención?

Este artículo aborda un tema difícil por la relevancia que este diagnóstico ha adquirido en los últimos años en nuestra sociedad y, además, porque la adopción comporta cambios en la vinculación que, como veremos posteriormente, pueden generar trastornos como el que vamos a tratar. Corresponde a un trabajo presentado en el VI Congreso AFIN celebrado en Valladolid en Noviembre de 2012, para cuyo programa se escogió la imagen de un vaso lleno de agua a punto de caer, un símbolo de lo que el Congreso iba a abordar. Es interesante porque, a menudo, cuando explico a

las familias cómo funciona la ansiedad, lo hago a través del símil del vaso. Es decir, se va llenando lentamente a través de gotas de ansiedad, a veces imperceptibles, hasta que llega un punto en que se desborda o se cae. Algo así ocurre con el TDAH, no aparece un día, se hace, se genera progresivamente.

La palabra déficit, en el diccionario de la lengua española, tiene tres definiciones. Una económica, otra sobre la administración pública y otra que apela a la falta o escasez de algo que se *juzga necesario para la que se pone como ejemplo*

Dirección publicación:
Diana Marre, Nadja Monnet y Beatriz San Román
Contenidos de este número:
Jordi Artigue
Imágenes:
Teresa Candal
Coordinación:
Bruna Álvarez y Victòria Badia
Documentación:
Anaïs Vidal y Bruna Álvarez
Difusión:
Maria Galizia
Suscripción y contacto:
gr.afin@uab.cat

ISSN: 2013-2956

Afin

Grupo de Investigación

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

Con el apoyo de



al enfermo que tiene déficit de glóbulos rojos.

A mi entender, buena parte de la polémica generada en entornos profesionales y no profesionales está relacionada con el término *juzga*, que se incluye en la definición. En el ejemplo del diccionario quien juzga el déficit de glóbulos rojos es el profesional de la medicina y se suele basar en una analítica de sangre, en una prueba objetiva.

En el TDAH esta posibilidad, por ahora, no existe. Sirva como referencia un programa de televisión realizado por el ente público catalán, un programa de reportajes de actualidad que se llama "30 minutos" que dedicó un reportaje a los trastornos del TDAH con el título *Un toque de atención*. Es de agradecer que en el citado programa, un jefe de servicio del principal hospital infanto-juvenil de Barcelona, nos mostrase tan clara y sinceramente dos aspectos de la realidad que vivimos en relación a este trastorno:

- Primero, "no existen pruebas tipo resonancias magnéticas, ni análisis

genéticos ni pruebas de neuroimagen que diagnostiquen la hiperactividad".

- Segundo, "hay profesionales en centros de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) que no están de acuerdo con el diagnóstico o el tratamiento y les retiran la medicación".

Los manuales de psiquiatría y psicología señalan la siguiente serie de síntomas para definir el trastorno, que deben darse en dos o más ambientes diferentes:

Hiperactividad e impulsividad

- Movimiento constante cuando está sentado
- Dificultad para estar sentado durante tiempo
- Inquietud subjetiva interior
- Hablar permanentemente
- Sensación de "motor interior"
- Dificultad para estar tranquilo
- Precipitar las respuestas ante preguntas
- Dificultad para esperar su turno
- Entrometerse en las conversaciones de otros



Sorprendida en lo oscuro.
Técnica mixta sobre lienzo. 100x100 cm.

Falta de atención

- Cometer errores en tareas por inatención
- Dificultad de mantener la atención sostenida
- Fácilmente distraíble
- Perder objetos



Todo sobre mi padre.

Técnica mixta sobre lienzo. 40x50 cm.

- No escuchar cuando le hablan directamente
- Dificultades de organización y planificación
- Presentar despistes
- No realizar tareas que requieran esfuerzo mental

- Tendencia a dejar cosas para más adelante.

Síntomas asociados

- Baja autoestima
- Búsqueda de sensaciones
- Baja tolerancia a la frustración
- Inestabilidad emocional
- Inseguridad
- Sensación de fracaso
- Irritabilidad

El TDAH se entiende de forma diferente según el modelo teórico que se utilice en salud mental. Por ejemplo:

- Desde el modelo del neurodesarrollo (o biológico) se entiende que existen disfunciones cerebrales que ocasionan dicho trastorno.
- Desde el modelo cognitivo-conductual se entiende que son alteraciones de la conducta provocadas por estresores del entorno o ambientales.
- Desde el modelo relacional (o psicomodinámico) se entiende que son síntomas de alteraciones en la maduración emocional del niño.

Es probable que en décadas posteriores se pueda demostrar que los tres mo-

delos tienen parte de razón. Entretanto, para comprender el TDAH podríamos utilizar la metáfora del iceberg. El denominado efecto iceberg, en salud mental, consiste en considerar un síntoma como la parte visible de una disfunción. Pero por debajo, en esa base flotante, se encuentran, la genética, la vulnerabilidad, los vínculos de apego, las vivencias de miedo y ansiedad y las relaciones con el entorno.

Son modelos explicativos, no verdades absolutas. Como se ha dicho, no existen pruebas objetivas. Todas son observacionales y, por tanto, incluyen el componente subjetivo del observador, como en la mayor parte de la psicología. En este caso, los principales cuestionarios utilizados para el diagnóstico del TDAH (Conners, CBCL y otros) son rellenos, mayoritariamente, por padres y maestros.

¿Pero dónde está la observación directa? ¿Y dónde queda la opinión del niño? Recordemos que los expertos recomiendan utilizar dicho diagnóstico a partir de los 6 años, cuando el niño tiene

adquiridas las capacidades necesarias para comunicarse. ¿Qué pasa con los niños que en verano, en el camping o en el pueblo “no dan problemas”?

Un estudio realizado por encargo de la Generalitat de Catalunya de 2010 cita una revisión de las cifras de prevalencia a nivel internacional y se afirma que las mismas varían según los criterios:

- En los estudios en base al sistema de clasificación DSM-IV que permite comorbilidad, la prevalencia se sitúa entre el 5 y el 10%.
- En los estudios en base al sistema de clasificación CIE-10, sin la opción de comorbilidad, la prevalencia estaría entre el 1 y el 2%.

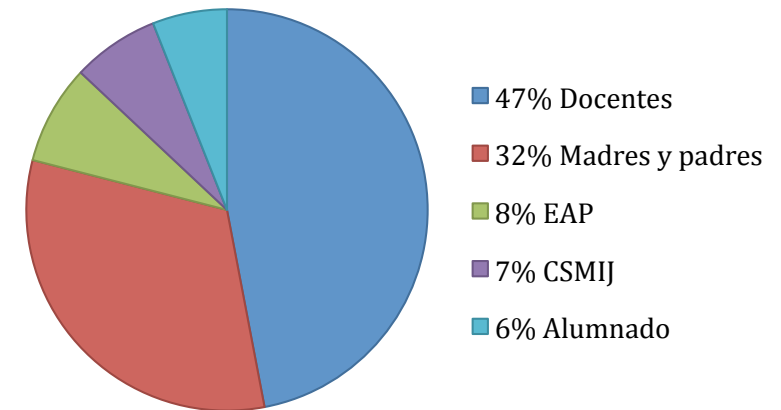
La metodología del estudio fue la discusión en grupos de trabajo de los que participaron 553 personas, de las que un poco menos del 50% eran alumnos de la ESO, padres o madres y el resto eran docentes y profesionales de los Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) y de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ).

De ese estudio cabe resaltar los siguientes datos:

1. En primer lugar, destacar que los docentes señalaron que los comportamientos perturbadores se detectan sobre todo en Párvulos de 3 años y en 1º de la ESO.
2. En segundo lugar, que las familias (191 diferentes) manifestaron que en un 12% de ellas, a uno de sus descendientes les habían diagnosticado de TDAH.
3. En tercer lugar, que el TDAH es considerado por los profesores de la ESO como un problema perturbador en el aula en el 5% de los casos.

Para finalizar con las aportaciones de dicho informe, comentar que en sus conclusiones y recomendaciones se hace especial énfasis en la necesidad de realizar un diagnóstico cuidadoso para el que los cuestionarios no deberían sustituir ni a las entrevistas con la familia y el niño ni a la observación directa.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO



Número total participantes: 553

Reflexiones en torno al origen del trastorno

Una vez detectados esos síntomas que, en su conjunto, definen el trastorno de TDAH, viene el interrogante, para el que quiera plantearse claro está, de ¿A qué se deben esos síntomas, conductas o alteraciones? Dicho de otra manera: ¿Por qué ese niño está tan nervioso? ¿Por qué no se queda quieto? ¿Por qué no para? De cómo respondamos a esta cuestión, se planteará un tipo u otro de tratamiento.

Para contextualizar retrocedamos y tomemos como punto de partida los inicios de la vida, las primeras experiencias y las sensaciones que tiene el bebé. Vamos a adentrarnos en esa parte sumergida del iceberg que mencionábamos antes.

En este sentido, cada vez se conoce más sobre el soporte somático de los primeros cuidados del bebé a lo que el creador de la teoría del apego, el psi-

Epifanía.

Técnica mixta sobre lienzo. 70x50 cm.



quiatra John Bowlby denominó *base segura* y en nuestro país, el profesor Rof Carballo, *urdimbre afectiva*, es decir la relación de seguridad y confianza que permite que este crezca y se desarrolle:

La cualidad de las experiencias con los cuidadores influyen de tal manera que las relaciones de apego tempranas pasan a formar representaciones internas o workingmodels del yo y de los otros que proveen los prototipos para las posteriores relaciones sociales. (Bowlby, 1986)

Actualmente, las neurociencias también ponen de manifiesto la importancia de las primeras experiencias sensoriales, es decir, de los primeros acontecimientos vitales que tienen repercusión en la estructuración del sistema cerebral y en la transmisión genética. Experimentos con ratas, en laboratorio, mostraron cómo, si la madre cuidaba a sus crías con las caricias propias de la higiene y con las caricias propias del acto de mamar, se producía una metilación en los genes diferente a la producida en la madre que

no los cuidaba de esa forma. En este último caso aparecían, además, altos niveles de ansiedad en el comportamiento de estos pequeños mamíferos.

Este cambio en la metilación, la baja predisposición a los cuidados y la alta predisposición a comportamientos ansiosos se transmiten a generaciones sucesivas a nivel genético, en lo que se denomina epigenética de la evolución.

En el caso de personas, se ha evidenciado cómo la voz materna muestra que, una vez aprendida y memorizada, puede influir en la tasa de succión del recién nacido en comparación con otras voces, lo que, desde modelos teóricos como el psicoanalítico, se viene explicando desde hace años. Es decir, las carencias afectivas y emocionales y la forma de hablar y tocar en los primeros meses de vida pueden comprometer los procesos de la génesis del pensamiento y del establecimiento de vínculos.

Por tanto, en personas adoptadas el cambio en los vínculos, el paso de una madre biológica a una institución de acogida, a una familia de acogida,

a una madre o familia adoptiva podría constituir un factor de riesgo psicosocial. Dependiendo de cómo se desarrollen y cuiden esos cambios, ello puede generar mayor o menor estrés. Algo evidente cuando en dichas alternancias desaparecen por un tiempo las figuras paternas.

Desde el punto de vista biológico se ha evidenciado que, en el cerebro, es la amígdala la estructura que está implicada en este campo emocional y, más específicamente, el estrés crónico, está asociado a la hipertrofia y la hiperactividad de la amígdala y la corteza orbitofrontal. Así, determinados niveles de adversidad pueden conducir a la pérdida de neuronas y conexiones neuronales en el hipocampo. Las consecuencias funcionales de estos cambios estructurales incluyen ansiedad, debida tanto a la hiperactivación de la amígdala, como al deterioro de la memoria y el control del estado de ánimo, por la reducción del hipocampo.

Estos descubrimientos permiten pensar en lo que sufren o pueden haber

sufrido los bebés en centros o instituciones durante los primeros meses de vida. Son situaciones adversas que pueden modificar las estructuras cerebrales que generan ansiedad y otros trastornos como el TDAH.

La privación de cuidados: desamparo emocional

El sentimiento de desamparo en el niño es algo así como el sentimiento de soledad no deseada en el adulto, es convivir con un sentimiento de desamparo. La investigación sobre factores de riesgo añade más datos. En un estudio realizado en Finlandia en 1996 con 11.017 personas nacidas en 1966, se preguntó a la madre en torno al sexto mes de embarazo si su hijo era deseado para evaluar la incidencia del estrés maternal en el desarrollo posterior de un trastorno esquizofrénico. Entre las personas de entre 16 y 28 años detectaron 76 casos de sujetos que desarrollaron un trastorno psicótico y observaron un aumento del 0,7% al 1,5% de la tasa de incidencia del trastorno esquizofrénico en el gru-



Nacimiento.

Técnica mixta sobre lienzo. 73x60 cm.

po de descendientes no deseados, de lo que concluyeron que se debía conceder importancia a la influencia del estrés durante el embarazo y, por consiguiente, a

las dificultades para ejercer las funciones maternas.

En un estudio realizado en Barcelona en el EAPPP (Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis) entre 2006 y 2009 con 57 personas diagnosticadas de Trastorno Psicótico o de Estado Mental de Alto Riesgo, se obtuvo que en el 100% de los casos de trastorno psicótico, hubo funciones parentales empobrecidas durante la infan-

Presagios.

Técnica mixta sobre lienzo. 73x60 cm



cia. Esta circunstancia se midió a través del LISMEN (Listado de Ítems en Salud Mental), un cuestionario sobre factores de riesgo con dos variables, funciones paternas y funciones maternas empobrecidas, definidas de la siguiente manera:

Por diferentes motivos el padre y/o la madre no puede hacerse cargo total o parcialmente de su hijo. No se interesa por él, apenas lo coge o lo acaricia. No colabora en los hábitos cotidianos. No puede organizar su vida para dar una atención a su hijo o hija. No lo incluye en sus planes de futuro.

Este desamparo emocional sería como una herida que cicatriza, pero no se borra y persiste en mayor o menor grado dependiendo de las capacidades de resiliencia del niño o la niña y de su entorno. Por este motivo vale la pena pensar si en el origen de las conductas vinculadas al TDAH podría existir una alteración en la vinculación como la descrita.

El tratamiento desde un enfoque relacional

Cuando se presentan los síntomas del TDAH, hay que tratarlos pero, también, hay que entender su origen para evitar su aparición y favorecer la capacidad de autocontrol del sujeto.

La medicación ayuda al niño a controlarse pero no le da esa capacidad. El autocontrol se aprende. Por eso es necesario el tratamiento, el aprendizaje del manejo de dichas conductas, tanto por parte del niño como de la familia y de los educadores. ¿Por qué? Por las consecuencias, en tanto acostumbran a ser niños con dificultades en las relaciones sociales, a veces "marcados" (señalados) por sus compañeros, que no les eligen en su círculo de amistades.

En diferentes foros se coincide en que el tratamiento de primera elección es el psicológico. Si bien la mayoría de profesionales acuerdan en que en primer lugar están los tratamientos psicoeducativos, de reeducación, terapia cognitiva conductual, psicoterapéuticos, curiosa-

mente, a este tipo de tratamientos se le dedica poco espacio en comparación con el dedicado al psicofarmacológico que, aunque aparezca en segundo lugar, es sobre el que se hace mayor incidencia.

El tratamiento psicológico se debe implementar tanto a nivel individual como familiar y, si es necesario o si se tienen recursos se podría ofrecer un abordaje grupal. Pero resulta imprescindible que la familia tenga un espacio donde se piensen y aborden las emociones, los sentimientos, las dificultades de manejo de la conducta, los problemas y las posibles estrategias a desarrollar.

Es fundamental el papel de la escuela, ya que no se puede implementar un tratamiento sin informar y recabar la ayuda de docentes y educadores. La escuela es uno de los principales organizadores del mundo infantil en tanto es el lugar donde reciben los aprendizajes, donde se relacionan socialmente, donde se expresan los conflictos, donde se recibe la aceptación o el rechazo de los iguales. Así, es básico que se realicen interconsultas entre los servicios de salud mental y los

pedagógicos, entre los terapeutas y los maestros.

A nivel individual, un tipo de tratamiento psicológico es el psicoterapéutico y una modalidad dentro de este es la psicoterapia breve de orientación psicodinámica, es decir, de una sesión semanal durante un año. Es discutible la duración y la intensidad del tratamiento pero es una forma de trabajo.

Dependiendo de la edad del niño o la niña, se trabaja a través del juego, del dibujo y de la palabra. Una cosa no substituye a otra, en todo caso en púberes y adolescentes no se suele ofrecer la posibilidad del juego para no infantilizar en exceso.

Los objetivos son:

1. Identificar y verbalizar los estados emocionales como la ira, la rabia, el enfado que están en el origen de la conducta alterada y que también se pueden captar en la relación que se establece en la psicoterapia a través del juego, el dibujo y la palabra (poner palabras a...; dar un significado, función de "rêverie").

2. Identificar y verbalizar las situaciones en las cuales se produce una frustración y la ansiedad que comporta cuando la persona espera que algo suceda de una manera y sucede de otra.

Naufragio - La mañana después.
Técnica mixta sobre lienzo. 60x50 cm.



3. Identificar y verbalizar las provocaciones.
4. Identificar y verbalizar las consecuencias de la conducta problema, o los beneficios secundarios.
5. Trabajar los conflictos de confianza-desconfianza.

Jardines de escarcha.

Técnica mixta sobre lienzo. 40x50 cm.



6. Ayudar a desarrollar estrategias para contener las ansiedades y las conductas problema.
7. Ayudar a elaborar los duelos que producen los cambios fisiológicos (pubertad), los cambios de personas (separaciones) y los cambios de lugares (emigraciones, cambios de colegio, etc.)
8. Ayudar a realizar adaptaciones realistas según el entorno.
9. Ayudar a verbalizar la situación problema como paso previo para confiar y pedir ayuda.

El trabajo se basa en potenciar las capacidades de la persona, sin centrarse exclusivamente en la sintomatología procurando equilibrar el funcionamiento de sus capacidades psíquicas.

En cuanto a las personas adoptadas se parte de la idea de que la mayor parte de ellas han sufrido una separación, más o menos traumática, acompañada en algunas ocasiones de privaciones emocionales debido a que sus progenitores biológicos no pudieron hacerse cargo del bebé, del niño o de la niña, lo que com-

porta un duelo en algún momento de sus vidas. En la pubertad pueden aparecer, de forma natural, ansiedades sobre sus orígenes que a veces pueden ser de tipo confusional y no expresadas. En la adolescencia, estas ansiedades se resumen en la pregunta: ¿Por qué me ha tocado vivir en esta familia? Una pregunta que, en algunos casos, va acompañada de un duelo por la procedencia de diferente raza o cultura, por vivir la separación como la pérdida de su cultura de origen o, en el sentido inverso, por no sentirse miembro o "igual" a la cultura de adopción. Estos sentimientos pueden ir acompañados de fantasías sobre como habría sido "otra vida". Expresiones como "tú no eres mi madre", "yo nunca abandonaré a mis hijos" o "soy negro y ellos son tontos" son, otra vez, la punta del iceberg de sentimientos que están en fase de ebullición y que hay que ayudar a elaborar.

Los objetivos y pasos del tratamiento familiar son:

1. Observar la dinámica familiar, sobre todo en las funciones básicas que se transmiten a nivel de preguntas,

como por ejemplo: ¿Quién promueve la esperanza? ¿Quién contiene el síntoma? ¿Quién escucha? ¿Cómo se manejan las urgencias?

2. Identificar las situaciones de ansiedad y trabajar el miedo a estas.
3. Ofrecer un lugar donde expresar las emociones.
4. Facilitar elementos de comprensión del trastorno y/o de la conducta alterada.
5. Ayudar a la diferenciación paciente-familia y a dar el espacio necesario para crecer.
6. Proporcionar medios y estrategias para cuidarse a sí mismos.
7. Proporcionar información sobre posibles recursos.

En el caso de las familias adoptantes, la especificidad del tratamiento consiste en:

- A. Ayudar a elaborar el duelo por la ausencia de embarazos (En algunas familias no es así. La adopción ha sido la primera opción).
- B. Elaborar las ansiedades sobre ¿qué es esto de ser padre adoptivo?

C. Ayudar a dar elementos educativos para convivir con las diferencias culturales y de raza.

D. Favorecer el encaje social de la familia y la utilización de redes sociales y evitar su ausencia, en especial en familias monoparentales y en progenitores del mismo sexo.

Los objetivos de la terapia grupal que no debería ser simultánea al tratamiento individual son:

1. Ofrecer un espacio para la expresión verbal o no verbal de sentimientos y emociones.
2. Promover la esperanza: "es posible hablar, nos podemos respetar..."
3. Aprendizaje de habilidades sociales por reflexión o por "imitación" de los otros.
4. Compartir los problemas: saber que los de uno también los puede sufrir otro reduce la ansiedad y el aislamiento y aumenta la autoestima.
5. Proporcionar instrumentos para el manejo de las situaciones y/o conflictos derivados del trastorno.

PARA LA ESPERANZA

La investigación nos muestra que la familia produce mejoras en los estados emocionales de los niños de riesgo. En estudios ya clásicos sobre adopción en Finlandia, se compararon 303 familias que adoptaron tanto a niños descendientes de madres diagnosticadas de trastorno esquizofrénico como a niños descendientes de madres no esquizofrénicas y se les realizó un seguimiento de 21 años a través del cual se comprobó que en las familias en las que no había psicopatología, o sea no perturbadas, el porcentaje de niños descendientes de madres con esquizofrenia que desarrollaban un trastorno esquizofrénico era menor al encontrado en familias perturbadas.

De aquí la necesidad de considerar el entorno por sus posibilidades terapéuticas. Por este motivo se habla cada vez más de implementar tratamientos adaptados a las necesidades del paciente y la familia en la comunidad, para conjugar dichos elementos de forma singular huyendo de las "recetas" y consignas estándar o rígidas. Por ejemplo son muy diferentes las expresiones conductuales y comportamentales del niño que vive en un ámbito urbano a las del niño que vive en un ámbito rural.

PARA REFLEXIONAR

El *Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya* (COPC) emitió un comunicado donde cuestionaba el aumento de diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o TDAH producido en Cataluña en los últimos diez años. Según dicho comunicado, este aumento en los diagnósticos ha sido propiciado por los profesionales de la salud, que defienden el abordaje farmacológico de los problemas conductuales o emocionales, campo de intervención, hasta ahora, de los psicólogos.

Se están constatando tratamientos farmacológicos de períodos largos de tiempo y sin un seguimiento médico, que consisten en fármacos psicoestimulantes (metilfenidato y atomoxetina) con distintos efectos secundarios a corto y medio plazo, a niños y niñas de entre 5 y 16 años, incluso en edades inferiores. El COPC afirma que el uso de fármacos puede estar indicado en un contexto de intervención psicoterapéutica y con un estricto seguimiento médico. Pero un aumento desmesurado del uso de fármacos, según estudios realizados en EE.UU y Cataluña, produce un crecimiento en las empresas que los fabrican y aumenta el gasto farmacéutico público. Este proceso de medicalización ha comportado dictámenes por parte de organismos internacionales como el Comité de Derechos de la Infancia de la UNESCO y la Organización Mundial de la Salud, que interpelan al Estado Español por las causas de esta situación.

El TDAH lleva implícitas algunas controversias, como el mismo cuestionamiento de su existencia como trastorno con una etología

y una patogenia específica. El TDAH hace referencia a un conjunto de síntomas (impulsividad, inquietud motriz, dificultad para concentrarse) que están presentes en muchos cuadros psicopatológicos, con causas distintas y que requieren un enfoque diferenciado, por lo que el diagnóstico de TDAH puede ocultar –y dejar sin tratamiento– otras patologías o dificultades. Según el COPC, muchas conductas más o menos disruptivas en el contexto familiar y escolar deberían tener respuesta desde un enfoque psicoeducativo y las aportaciones del COPC a los responsables políticos van en esta dirección. El diagnóstico de TDAH conlleva en estos casos que los adultos a cargo de los niños y niñas interpreten estos comportamientos como efectos de la supuesta enfermedad y abandonen sus responsabilidades específicas. Así mismo, en un contexto de recortes constantes de la Educación y la Sanidad públicas, donde los profesionales tienen menos recursos para desarrollar sus funciones, la Conselleria d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya interpreta que los elevados niveles de fracaso escolar se deben al TDAH. La respuesta entonces es el desarrollo de un plan de trabajo destinado a elaborar una guía del trastorno para escuelas – y Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógicos–, en el cual el COPC participa aportando su punto de vista crítico

El comunicado íntegro puede leerse en el siguiente enlace:

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

PARA LEER...

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

PARA VER...

El Dr. Rojas Marcos habla del TDAH en TV3

Brother's little helper

The Simpsons, Temporada 11, Episodio 2
Marge y Homer Simpson son informados por el Director Skinner que Bart sufre TDHA. Después de muchos intentos, convencen a Bart que tome la medicación, ante la cual responde inicialmente positivamente, pero en seguida le aparecen efectos secundarios...

Timmi 2000

South Park, Temporada 4, Episodio 3
Timmi es diagnosticado de TDAH, y a partir de este aso, otros niños de la misma clase también son diagnosticados. Todos empiezan a medicarse con Ritalin, al que rápidamente se vuelven adictos.

The truth behind medication (Parte1, Parte2, Parte3), Subtítulos en castellano BBC, Panorama

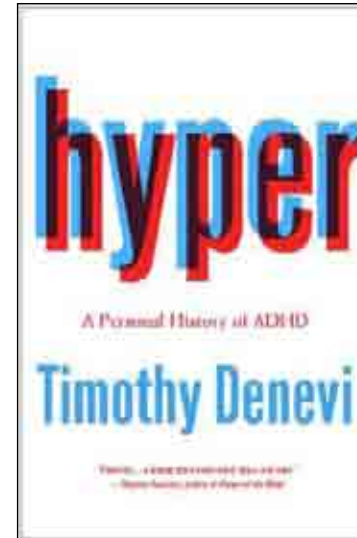
Reportaje de la BBC siguiendo casos reales de niños medicados con Ritalin, y sus consecuencias.

Robinson, Ken

Changing education paradigms

Un atractivo vídeo que reflexiona sobre el papel de la escuela en la sociedad.

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS



Denevi, T. (2014)

Hyper: A Personal History of ADHD

Londres: Simon & Schuster

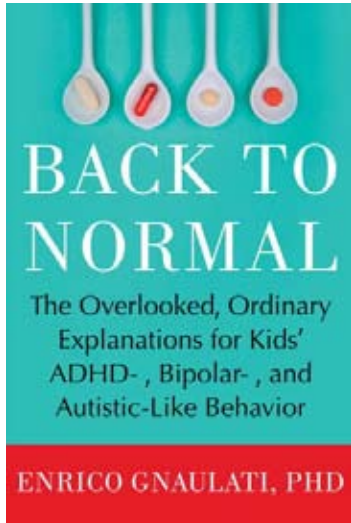
Libro que explica las memorias de lo que implica ser un niñ@ con TDAH, la historia del diagnóstico y cómo se ha llegado a medicar a millones de niños.

Thimothy Denevi se encuentra entre la primera generación de niñ@s que recibieron medicación por hiperactividad en los 80's,

concretamente empezó a medicarse a los seis años con Ritalin, y tuvo una reacción psicótica. Después de pasar por un seguido de tratamientos –que incluyeron la dieta líquida, entre otros–, finalmente encontró ayuda en la terapia combinada con la medicación.

En *Hyper*, Denevi explica su situación en la escuela, percibiéndose como un problema para quienes le amaban.

Por otro lado, el libro explica la historia del TDAH desde el siglo XIX, donde era atribuido a un defecto de la consciencia moral, a los demonios o al trauma; pasando por el siglo XX, en que fue considerado como consecuencia de los aditivos alimenticios, el mal *parenting*, o incluso las conspiraciones gubernamentales, hasta llegar a la situación actual con las investigaciones genéticas. También hace un recorrido histórico de los fármacos usados, desde el Bazedrine en 1937, Ritalin en los 50's, hasta los antidepresivos de los 70's, 80's y 90's.



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

Enrico Gnaulati es psicólogo clínico, especializado en terapia y asesoramiento infantil

y adolescente, que expone por qué los médicos, profesores y padres diagnostican incorrectamente niños sanos americanos con cuadros psiquiátricos graves.

En los últimos diez años se ha producido un aumento en los diagnósticos de TDAH, desorden bipolar o autismo. Gnaulati muestra que muchos de los síntomas que se asocian a cuadros psiquiátricos se parecen a comportamientos cotidianos de los niños. Por otro lado, el libro explica historias de diagnósticos erróneos, proveyendo a padres y profesionales con informaciones sobre el desarrollo, el temperamento y el contexto social que conduce a plantear estos comportamientos como desórdenes psiquiátricos, a la vez que defiende cómo las intervenciones psicoterapéuticas pueden ayudar a los niños.

SOBRE EL AUTOR DE LOS TEXTOS

Jordi Artigue

Es psicólogo clínico, Doctor en Psicología, psicoterapeuta y psicoanalista. Su primer trabajo fue como profesor de enseñanza secundaria. Posteriormente ha trabajado en diferentes servicios de salud mental privados concertados y públicos, donde se incluyen centros de internamiento, centros de día y centros de salud mental. Su experiencia más reciente ha sido en el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP), 2005 - 2011. Investigador del grupo SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos en la esquizofrenia, 2000-2011). Actualmente en el Grupo de Investigación de Pareja y Familia de la Universitat Ramon LLull. Ha publicado diversos artículos sobre el tema y sobre los factores de riesgo en salud mental. Es profesor de másters de la Universitat de Barcelona y la Societat Espanyola de Psicoanàlisi, además de supervisor en dos centros públicos de salud mental y un CEDIAP.

SOBRE LA AUTORA DE LAS IMÁGENES

Teresa Candal

“Me gusta pintar y conectar con gente real. Mis cuadros se definen como “abstractos”, pero más allá del etiquetado, pinto de un modo instintivo y visceral.(...) Me gusta pasear por los bosques, ver el mar, buscar rincones de inspiración, creo que todo eso me hace pintar del modo que lo hago: la fuerza del sol y la inmensidad del cielo son motivos en mis cuadros. (...) Mi pintura es instintiva, va directa al inconsciente. A veces la gente siente cosas, a veces no. Cualquiera de las dos opciones está bien: no está en este mundo para ser juzgada. Pretende transmitir ideas, sentimientos, sobre las tres famosas preguntas: ¿quién soy?, ¿de dónde vengo?, ¿a dónde voy? Me gusta comunicarme con otras personas y vivir mi vida disfrutando de las cosas sencillas: una taza de café recién hecho o una puesta de sol.”

[Web de la artista](#)

EVENTOS DE INTERÉS

CONGRESOS Y CONFERENCIAS

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

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

Take Root: Red State Perspectives on Reproductive Justice Conference. Norman, Oklahoma, Estados Unidos. Del 21 al 22 de febrero de 2014

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

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

Risk in Health and Social Care: Politics, Theory and Practices. Risk and Society Study Group. Londres, Gran Bretaña. Día 28 de febrero de 2014.

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

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

XI Encuentro Internacional de Estudios Políticos y Sociales. Universidad de La Habana, La Habana, Cuba. Del 7 al 11 de 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. Día 11 de abril de 2014.

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

CALL FOR PAPERS

Lova International Conference 2014: Ethnographies of Gender and the Body. Amsterdam, Holanda. Del 9 al 11 de julio de 2014. *Deadline:* 15 de febrero de 2014

Pro-independence Movements and Migration: Discourse, Policy and Practice European Academy Bolzano/ Bozen - Institute for Minority Rights. South Tyrol, Italia. Día: 24 de octubre de 2014. *Deadline:* 31 de marzo de 2014. Contacto: Johanna.Mitterhofer@eurac.edu

CALLS FOR PROPOSALS

Mothers and Food. Co-editores: Dr. Florence Pasche Guignard y Dr. Tanyia M. Cassidy. Demeter Press. *Deadline para abstracts:* 1 de febrero del 2014.

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

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

mwich y Monique Marie De Jong. *Deadline para abstracts:* 1 de marzo del 2014.

BECAS

Center for the Study of Women, Gender, and Sexuality. Rice University, USA. Dos becas postdoctorales en el campo de humanidades o ciencias sociales.

Becas para estudios de postgrado en universidades europeas. Fecha límite: 10 de febrero de 2014

Becas para estudios de postgrado en la zona Asia-Pacífico. Fecha límite: 4 de marzo de 2014.

Becas para estudios de posgrado en América del Norte. Fecha límite: 28 de abril de 2014

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