

Sr. Fulgencio Madrid

Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al TDAH desde su fundación y Vicepresidente de ADAHI, Asociación de Ayuda al TDAH de la Región de Murcia. Profesor asociado de derecho penal en la Universidad de Murcia. Cinco libros publicados sobre cuestiones de derecho penal y de organización administrativa. Desde que hace 10 años su hijo menor fue diagnosticado de TDAH, trabaja socialmente por los derechos de los afectados.



Cómo nace, cuándo y qué hace la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad?

Nace en 2002 en una Asamblea que celebraron en Madrid las asociaciones de ayuda al TDAH que existían en aquel momento.

La Federación presta apoyo a las asociaciones existentes en las diferentes Comunidades Autónomas a través de publicaciones, asesoramiento técnico, apoyo en la organización de actividades, información sobre experiencias entre asociaciones y, por supuesto, se constituye en interlocutor de las autoridades de ámbito estatal y de la organización de campañas de difusión e información en todo el Estado. También organiza un Congreso internacional con periodicidad bianual y participa activamente en representación de nuestro país en las reuniones y trabajos que se están llevando a cabo a nivel europeo para construir una instancia europea que defienda los derechos e intereses de los afectados través de ADHD Europe.

¿Cuál es el papel de las asociaciones?

Las asociaciones cumplen un papel fundamental porque dan apoyo a los padres de los afectados por el TDAH a través de las escuelas de padres, las charlas y jornadas y a través de los servicios de apoyo como la organización de campamentos y otras actividades para los chicos y chicas afectadas. También sirven como centros de difusión de información y de formación para docentes y otras personas interesadas. Prestan servicios de intervención psicopedagógica con los afectados y, por último, son un interlocutor de las Administraciones Públicas.

¿Cuál es el papel actual de las Instituciones públicas y privadas en este trastorno?

Las Instituciones Públicas tienen un papel fundamental en relación con el TDAH porque se necesitan respuestas adecuadas de los sistemas públicos de educación, de salud y de servicios sociales para que los afectados puedan llegar a desarrollar plenamente sus capacidades.

Las instituciones privadas deben jugar un papel de apoyo desde la sociedad civil sobre todo en los ámbitos de la difusión del conocimiento sobre el TDAH y de concienciación a la sociedad y a los poderes públicos sobre la necesidad de actuar a favor de los afectados. En la actualidad, sin embargo, las instituciones

privadas tienen que asumir otras funciones y prestar unos servicios que de momento no ofrecen los sistemas públicos o los ofrecen de forma insuficiente o poco satisfactoria.

¿Existen hoy en día los medios para un adecuado tratamiento?

Creo que podemos decir que hoy sabemos cuál es el tratamiento adecuado y que tenemos los medios para llevarlo a cabo, pero que son insuficientes y están distribuidos de manera desigual. La respuesta adecuada por tanto sería que los medios existen pero que la mayoría de los afectados no disponen de ellos y por tanto no están recibiendo un adecuado tratamiento.

¿Qué tipo de tratamiento defiende?

Creo que el tratamiento multimodal, que combina la medicación (bajo prescripción y supervisión médica) con el apoyo psicológico y pedagógico, es el que mejores resultados ofrece con carácter general.

El coste de la medicación es elevado y muchas familias no lo pueden hacer frente ¿qué puede hacer la Federación en este sentido?

La Federación lo que está haciendo es explicar y reivindicar ante la Administración competente que es el Ministerio de Sanidad y Consumo, que la medicación del TDAH reciba la consideración de medicación para el tratamiento de enfermedad crónica, con lo que su coste se reduciría de forma muy importante. Hemos iniciado una campaña de reuniones de las asociaciones de cada Comunidad Autónoma con los responsables autonómicos en materia de salud para hacerles saber nuestra reivindicación y ya hemos mantenido una reunión con la Directora General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se nos ha dicho que comprendía nuestra reivindicación y que iniciaba el complejo proceso en el que deben intervenir otras Direcciones Generales y órganos de coordinación con las Comunidades Autónomas, para determinar si es posible acceder a nuestra reivindicación. Esperamos que en un plazo razonable tengamos una respuesta positiva.

¿Cómo debe afrontar la familia los problemas de un niño/a hiperactivo?

Con un espíritu positivo sabiendo que es una condición de la persona con la que se puede

tener una vida plenamente satisfactoria, siempre y cuando reciba un tratamiento adecuado. La familia debe "profesionalizarse" para afrontar los problemas que se le pueden plantear y, para ello lo fundamental es la información lo más completa posible sobre el TDAH y sus posibilidades de evolución, así como la paciencia y la comprensión del problema. Nuestro hijo, hija o familiar debe sentir que cuenta incondicionalmente con su familia.

¿Las escuelas están suficientemente preparadas para saber educar y tratar a los alumnos con TDAH?

Considero que todavía falta preparación en las escuelas para educar y tratar a los alumnos con TDAH. Falta todavía formación en muchos docentes y confianza en que las estrategias educativas para los alumnos con TDAH funcionan y dan muy buenos resultados. También falta un compromiso de las autoridades educativas para que se reduzca el número de alumnos por aula y que se asuma que los alumnos y alumnas afectados por el TDAH deben tener la condición de alumnos con necesidades educativas especiales.

Tres consejos para mejorar la relación padres-hijos hiperactivos.

Primero: informarse y conocer el TDAH. Segundo: asumir que la educación de un hijo con TDAH requiere mayor esfuerzo que la de otros y que las estrategias que muchas veces funcionan con otros chicos y chicas, no funcionan, e incluso a veces son contraproducentes. Tercero: saber que tendremos que suplir las carencias que los sistemas educativo, de salud y social tienen respecto a nuestros hijos TDAH. De estos consejos se deriva que la evolución y las perspectivas de futuro de nuestros hijos dependen en mayor medida de lo que hagamos los padres.

¿Cree que así el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad podría dejar de ser tanto problema para padres, maestros, afectados y para la sociedad en general?

Creo que el TDAH debe dejar de ser un problema, para convertirse en un reto que demanda un esfuerzo de todos los implicados (incluidos los propios afectados) que, en caso de que no se realice implica la conversión en problema.

Sumario

1. En Portada

Tratamiento del TDAH con medicación estimulante: respuesta a la perspectiva del Dr. Nissen

2. El Profesional opina

El cerebro de los niños con TDAH es un 5% más pequeño

3. Internacional

TDAH Subtipo inatento: ¿se están pasando casos por alto y sin tratar?

4. El Artículo

TDAH en preescolares: un reto para el futuro

6. Actividades

La Pasarela más solidaria
Grupos de habilidades socio-emocionales
Actividad deportiva-terapéutica

7. Espacio Asociaciones

V jornada TDAH; pediatría y familia
VI jornada El reto de educar a un niño con TDAH

7. Recomendamos

Información sobre bibliografía y páginas web de interés.

8. La Contra

Entrevista al Sr. Fulgencio Madrid

Tratamiento del TDAH con medicación estimulante: respuesta a la perspectiva del Dr. Nissen

Recientemente se ha debatido mucho en los Estados Unidos sobre el diagnóstico del TDAH y su tratamiento farmacológico con estimulantes. (ver Adana News nº 10 – "Alerta en los medios por el riesgo de fármacos que tratan la hiperactividad").

Uno de los impulsores de la alerta en el tratamiento con psicoestimulantes, el Dr. Steven E. Nissen, trivializó el TDAH como entidad psiquiátrica, considerando que existe un sobrediagnóstico y tratamiento. También aseguró que la medicación estimulante es peligrosa y se debería limitar a los casos más severos, que sumarían unos 100.000 casos en los EE.UU. Sus opiniones se reflejaron en un artículo publicado en el New England Journal of Medicine.

En la revista J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry (oct. 2006), el equipo de profesionales del Programa de Investigación en Farmacología Pediátrica del Hospital General, de la Harvard Medical School, Massachusetts, entre los que se encuentran los doctores Biederman, Faraone, Spencer, Wilens y otros, de reconocido prestigio como investigadores y profesionales expertos en TDAH, escribieron un artículo en respuesta al Dr. Nissen, donde defienden la necesidad de que las familias tengan la información adecuada para sopesar riesgos y beneficios de cualquier tratamiento, manifestando su acuerdo, en que la medicación lleve la información adecuada de los riesgos, beneficios y efectos secundarios para padres y cuidadores.

Nissen presentó una teoría de cómo los estimulantes pueden causar muerte súbita; Los doctores firmantes del artículo declaran no conocer de ninguna base de datos científica que soporte esta teoría.

La administración de fármacos para el TDAH está considerada uno de los tratamientos fundamentales (Academia de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 2002, Academia de Pediatría, 2001) y muchos estudios han demostrado su eficacia (MTA Study, 1999), tanto en la reducción del inicio de fumar cigarrillos como en el consumo de drogas. La morbilidad y mortalidad tanto directa o indirectamente relacionada con el TDAH es sustancial, y se reduce notablemente con la medicación estimulante. Por ello se ha



de valorar los efectos negativos y beneficiosos de dejar el trastorno sin tratamiento.

Respecto a la equivalencia que el Dr. Nissen hace entre la medicación estimulante y las drogas como meta-anfetamina, PPA y speed, los doctores firmantes recuerdan los diferentes efectos fisicoquímicos entre ellas, además de que la medicación se administra de forma oral, y en dosis terapéuticas, a diferencia de las drogas de uso ilícito.

Finalmente, el Grupo de expertos firmantes expresaron su malestar de que se publiquen opiniones personales en revistas médicas, sin tener en cuenta la existencia de datos empíricos que indiquen lo contrario, ya que de esta manera se puede desinformar y angustiar a las familias y los pacientes, así como a los profesionales que han de proporcionar tratamientos seguros y eficaces.

Dr Biederman, MD, Thomas J. Spencer M.D, Timothy E. Wilens, M.D, et al
J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY
45:10, OCTOBER 2006

Los estudios de gemelos han demostrado que hasta en el 80% de los casos hay una relación familiar, aunque no se ha descubierto el mecanismo por el que las mutaciones genéticas (hasta 9 genes intervienen) activan la aparición del trastorno. Sí se conoce que tiene que ver con la transmisión de la dopamina y neuro-epinefrina en los lóbulos frontales del cerebro.

Los estudios en neuroimagen cada vez explican mejor la base orgánica del trastorno, presentándose unas diferencias anatómicas como la asimetría del núcleo caudado, menor tamaño y forma del cuerpo calloso, menor área frontal derecha, menor tamaño de la glándula basal derecha, así como del cerebelo. Todo ello explica la razón de que no desaparezca con la edad, aunque en la mitad de los casos pasan a niveles residuales. Estos hallazgos a nivel anatómico confirman las nuevas visiones neuropsicológicas del trastorno y cómo afecta en la actuación de los niños y adultos afectados.

También los estudios en neuro-imagen demuestran el papel de la medicación en la mejora de la recaptación de la dopamina y el restablecimiento del funcionamiento cerebral a niveles normales en las zonas afectadas.

El seguimiento del mayor estudio sobre tratamientos en el TDAH, el MTA Study, confirma la importancia del tratamiento combinado (que consta de aplicación de medicación de forma intensiva y entrenamiento en pautas educativas) en la mejora no sólo de los síntomas, si no además de una mayor adaptación escolar y familiar.

Con toda la información fehaciente que actualmente tenemos, es difícil entender como hay profesionales que todavía cuestionan la importancia de la medicación en el tratamiento del trastorno y ponen su empeño en minusvalorar su papel en la recuperación funcional de las personas afectadas, que llegan a ser de hasta un 8% de niños y un 4% del total de adultos.



Isabel Rubió
Presidenta Fundación ADANA

El cerebro de los niños con TDAH es un 5% más pequeño

El cerebro de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un 5,4% más pequeño respecto a la población pediátrica que no lo presenta, según un estudio catalán que ha aplicado la morfometría basada en vóxeles (VBM) por primera vez en este trastorno.

El estudio, que se publica en la edición electrónica de *Neuroscience Letters*, es fruto de un convenio marco de colaboración entre CRC Corporación Sanitaria, la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), el Hospital del Valle de Hebrón, el Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria, el Instituto de Alta Tecnología-CRC y el USP-Instituto Universitario Dexeus.

Para esta investigación se ha comparado mediante VBM los resultados de 25 pacientes con TDAH de entre 6 y 16 años que seguían la medicación, concretamente 21 niños, ya que el trastorno es más prevalente en el sexo masculino, y 4 niñas.

Estudios anteriores realizados con métodos de análisis manuales revelaron diferencias cerebrales en los niños afectados, frente a los no afectados, pero aportaron resultados discrepantes. Médicos del New York University Child Study Center (EE.UU.) indicaron en el año 2002 (JAMA 2002;288:1740-1748) que el cerebro de los niños y adolescentes con trastorno de hiperactividad y TDAH era ligeramente más pequeño de lo normal, según comprobaron utilizando la resonancia magnética. Igualmente aludían a que este menor volumen no se debía a los fármacos utilizados para tratar el trastorno y que, a pesar de la diferencia observada, el tejido cerebral de los niños afectados y los de los niños sin trastorno se desarrollaba a la misma velocidad.

La VBM es un software y una técnica de diagnóstico estructural que cuantifica y analiza las imágenes de resonancia magnética con alta precisión.

Según Mariona Rovira, Directora del CRC-Tavern y coautora del artículo, la VBM analiza por separado los volúmenes de la sustancia gris, de la sustancia blanca y del líquido cefalorraquídeo. El líquido cefalorraquídeo no se ha medido por ser "muy inestable e irregular". Entre la sustancia blanca de los afectados por TDAH y los controles no se han observado diferencias, mientras que en el caso de la sustancia gris sí las hay, son apreciables y estadísticamente significativas. Así los hiperactivos, tienen un **5,4% menos de sustancia gris y esta menor cantidad se ha visto en unas áreas concretas que afectan a la atención**, aunque no a la inteligencia de los niños.

A juicio de Mariona Rovira, la relevancia de estos hallazgos radica en que se ha demostrado que el "TDAH tiene una base anatómica". Igualmente apunta que la VBM podría ayudar a los clínicos a afinar en el diagnóstico de este trastorno en los casos dudosos. Añade que podría tener un interés para estudiar cómo evolucionan los pacientes con TDAH, ya que el 50% de los niños hiperactivos lo son de adultos.

Neuroscience Letters 2005; www.sciencedirect.com

DIRECTORA

Alicia de Muller

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Vargas Comunicació

PRODUCCIÓN

Beatriz Mena

COMITÉ ASESOR

Marta García-Giral (psiquiatra)

Ezequiel Miranda (abogado)

Rosa Nicolau Palou (psicóloga)

Mariano Trillo (psiquiatra)

Joaquima Júdez (psiquiatra)

Antonio Ramos Quiroga (psiquiatra)

Amaya Hervás (psiquiatra)

COLABORADORES

Mary V. Solanto, CHADD

Óscar Herreros, Médico Psiquiatra

Sr. Fulgencio Madrid, Presidente FEAA TDAH

TDAH Subtipo inatento: ¿se están pasando casos por alto y sin tratar?

TDAH Subtipo inatento: ¿se están pasando casos por alto y sin tratar?

La falta de concentración y la aparente falta de esfuerzo son característicos del subtipo "predominantemente inatento" del TDAH (sin hiperactividad o impulsividad- subtipo IN). Al contrario que los niños con la forma del trastorno más comúnmente reconocida, la "combinada" (inatento-hiperactivo-impulsivo), los niños con el subtipo IN no son conductualmente "revoltosos" y normalmente no son difíciles de controlar para padres y maestros. Pueden parecer perezosos o "soñadores-despiertos", pero sus problemas de atención son tan graves como los de los niños con el subtipo combinado o hiperactivo-impulsivo. Los niños con IN se suelen etiquetar erróneamente como " lentos en el aprendizaje" o con "dificultades o déficit de aprendizaje". Frecuentemente estos niños no llegan a alcanzar los objetivos y nadie es plenamente consciente de su potencial de verdad.

Además de dificultades académicas, los niños con IN a menudo tienen problemas sociales muy significativos. Sus compañeros de clase los ven como "en otra onda" y tienden a ser ignorados y a tener menos amigos.

Según un estudio reciente (Margen & Carlson 2000), los niños con el subtipo combinado tienden a molestar a los otros niños con conductas provocativas, intrusivas y a veces agresivas. Como resultado, estos niños son más propensos a ser marginados socialmente. Sin embargo, cuando se les pregunta directamente, éstos son capaces de exponer claramente como se deberían y no deberían comportar con los otros niños, pero en el momento concreto son incapaces de ejercer un auto-control sobre su conducta y llevarlo a cabo. Por el contrario, a los niños con TDAH-IN lo que les falta es el conocimiento de habilidades sociales. En parte, estas dificultades pueden ser debidas a un fallo en prestar atención a los "matices" sociales (las pistas no verbales, el lenguaje corporal) que son una parte importante de la comunicación social.

Condiciones de prevalencia y de daño

Los estudios con sondeos a cientos de profesores confirman que el subtipo IN del TDAH puede ser tan común en las escuelas como el subtipo combinado.

Los datos de los sondeos realizados mostraron que mientras que el subtipo combinado es cuatro veces más común en chicos que en chicas, el subtipo IN está más distribuido entre sexos en una proporción chicos/chicas cercana a 2:1. De hecho, si una chica tiene TDAH es más probable que tenga el tipo IN. (Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel, & Brown, 1996)

A pesar de las serias dificultades que experimentan los niños con TDAH-IN, son pocos los que se identifican y se tratan (tan sólo un 25% de los niños con TDAH que visitan los centros de salud mental). Una razón probable es que como son más tranquilos y mucho menos "revoltosos", sea más difícil detectarlos.

Otro descubrimiento importante que se desprende de estos estudios es que el subtipo IN puede tener una edad de aparición más tardía que los otros subtipos. En el caso de los subtipo IN

pueden no hacerse evidentes hasta los 9 años y el déficit puede no ser significativo hasta los 11. (Applegate et al., 1997)

Evaluación

El proceso de evaluación del TDAH comienza con las entrevistas a los padres acerca de los detalles de las dificultades actuales del niño: su desarrollo físico, mental y emocional desde su nacimiento hasta la actualidad. Es igualmente importante conocer el entorno de la familia para poder identificar algún problema que pueda afectar al niño.

Seguidamente, el niño debe ser entrevistado individualmente para así poder obtener su "visión". Ello nos da la oportunidad de observar y evaluar de manera informal la atención del niño, el lenguaje, el auto-control, la autoestima y las habilidades sociales.

Los test neuropsicológicos pueden ayudar también a identificar causas subyacentes a las dificultades del niño.

Como la inatención es el síntoma principal del TDAH-IN y están ausentes los síntomas de hiperactividad e impulsividad, un buen profesional deberá tener cuidado de descartar otros problemas "silenciosos" antes de diagnosticar TDAH-IN, como la ansiedad o depresión, que también pueden provocar falta de concentración y esfuerzo.



Tratamiento

Los estudios que existen sobre planes de tratamiento específicamente efectivos para niños afectados del subtipo-IN son limitados. Se ha puesto en marcha una investigación en el Centro de TDAH Mount Sinai, para investigar la efectividad de medicaciones simultáneas en niños con TDAH-IN. El estudio más reciente realizado, examina el uso de la resonancia magnética para identificar modelos de activación cerebral en niños con TDAH-IN.

Mary V. Solanto, Ph.D. Chadd (2002)

TDAH en preescolares: un reto para el futuro

Óscar Herreros. Médico Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias

El diagnóstico (y, por tanto, el tratamiento) del TDAH en la edad preescolar plantea importantes cuestiones. Por un lado, sus síntomas nucleares pueden manifestarse en cierta medida en este grupo de edad sin por ello constituir un diagnóstico de TDAH presente ni futuro; por otro, la sintomatología propia del TDAH puede no manifestarse plenamente antes de los 6 años, oscureciéndose su diagnóstico hasta la edad escolar. Además, su frecuente unión a comorbilidades conductuales como el oposicionismo y los trastornos de conducta y a la aparición secundaria de estilos parentales incorrectos (coercitivos, negativos) dificulta aún más su diagnóstico (complicando por tanto su tratamiento y empeorando significativamente su pronóstico a medio y largo plazo).

Frente a esto, debe tenerse presente que su signo ha de ser, dado que su origen es eminentemente neurobiológico y genético, estar

presente en el niño desde muy corta edad, aunque algunos de sus síntomas puedan no ser demostrables sino hasta ciertos momentos del desarrollo (determinando, en algunos casos, que no se cumplan criterios diagnósticos antes de la edad escolar). Si a ello se suma el hecho de que su manifestación temprana implica un mayor nivel de gravedad, persistencia y comorbilidad, no cabe duda de que, como en todo trastorno crónico y persistente, su diagnóstico y tratamiento precoces son de extrema importancia. Los estudios de prevalencia realizados en preescolares demuestran tasas similares a las presentes en escolares (2,5-7%), con una persistencia diagnóstica superior al 70% en la edad escolar, una distribución por sexos de 2-3 niños por cada niña, y una clara continuidad en la adolescencia y la vida adulta. A la inversa, en los estudios retrospectivos realizados en escolares se demuestra que **más del 70% de los niños diagnosticados de TDAH presentaban síntomas ya antes de los 4 años**. Si bien no existen aún estudios que permitan establecer precursores fiables del TDAH para antes de los 3 años, a partir de esta edad hay perfiles conductuales claramente asociados al trastorno: menor intensidad y duración del juego, atención pobre (variable según el foco), inquietud importante y sin propósito, accidentes frecuentes, rabietas mucho más intensas y frecuentes de lo habitual, desobediencia, oposicionismo y desafíos constantes, etc. Se pueden asociar, además, problemas como trastornos del desarrollo motor (de la motricidad fina sobre todo) y de la adquisición del lenguaje, dificultades con el sueño, la alimentación y/o la adquisición del control de esfínteres, problemas con los primeros aprendizajes (lecto-escritura, conceptos matemáticos simples), habilidades sociales pobres (y, por tanto, conflictos frecuentes en su vida de relación), agresividad, etc.

La presencia de trastornos comórbidos en el TDAH en preescolares es similar a la del escolar, aunque más frecuente, e incluye, además de las conductuales y afectivas, trastornos del desarrollo motor y del lenguaje, todo lo cual es indicativo de una mayor gravedad y persistencia.

Sin embargo, debe también tenerse en cuenta que las manifestaciones conductuales del enfermar son muy frecuentes en esta edad, e inespecíficas, por lo que es necesario el concurso de un clínico experto para su diagnóstico frente a otros trastornos potencialmente confundentes, como pueden ser los Trastornos Generalizados del Desarrollo, las psicosis infantiles, los trastornos afectivos, vinculares y de la regulación, ciertos síndromes congénitos, metabólicos y endocrinológicos, e incluso variantes normales del comportamiento y manifestaciones de un entorno inadecuado o directamente hostil.

Todo ello se complica cuando se tiene en cuenta que muchos criterios diagnósticos al uso están definidos para niños que acuden al colegio (se refieren a rendimientos académicos o a comportamientos específicos de la escuela), y que se dispone en estos niños de menos información de entornos externos a la propia familia, haciendo así de su diagnóstico aún más una



competencia de un profesional de la medicina experimentado. No obstante, es preciso señalar que la validez de la definición de TDAH según los manuales diagnósticos existentes ha quedado claramente confirmada en diversos estudios para niños mayores de 3 años, lo que implica la posibilidad de su aplicación a partir de dicha edad, en todo caso con la salvedad de que se ajustan mejor las definiciones de la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS) y del TDAH subtipo combinado del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría). Así, teniendo en cuenta que hablamos de un trastorno grave y persistente, y que su debut preescolar es, cuando menos, frecuente e indicativo de una mayor gravedad y persistencia, **se hace evidente la importancia de su detección y tratamiento precoz**, lo que podría determinar una mejor evolución del paciente y un efecto preventivo sobre la aparición de futura psicopatología asociada (conductas antisociales, ciclos familiares coercitivos y negativos, evolución académica pobre, etc.).

Dicho tratamiento debe asentarse sobre las bases de lo multimodal, contemplando todas las dimensiones del paciente y considerando tanto la integración como la sucesión de tratamientos, así como la flexibilidad del terapeuta para modificar en el futuro tanto la orientación diagnóstica como la terapéutica si fuera preciso. El primer paso para el mismo debe ser la intervención psicosocial, aunque posiblemente sea insuficiente en el caso del TDAH grave, y su eficacia se asocia a un inicio temprano, lo que pone aún de mayor relevancia la importancia del diagnóstico precoz. Se centra en el entrenamiento de padres en técnicas de manejo y control de conductas, y puede ser útil para reducir tanto las conductas oposicionistas como los síntomas nucleares. Posteriormente, cuando el niño inicie su escolarización, su uso debe ampliarse al entorno académico y coordinarse con el familiar para mantener su eficacia y obtener el mayor rendimiento posible de estas técnicas. Además de este método conductual, en la actualidad se está investigando en la intervención sobre los procesos neuropsicológicos (funciones ejecutivas y recompensas diferidas), con resultados muy prometedores.

Como ya se ha dicho, en el TDAH grave estas intervenciones pueden ser insuficientes, a lo que se suman sus propias limitaciones: son menos eficaces en el caso de que los padres presenten algún trastorno mental (ya sea el TDAH u otro), hay un escaso poder de generalización de los aprendizajes, su accesibilidad es limitada debido a las carencias de los sistemas sanitarios y cuentan con una alta tasa de abandonos. Por ello, **el tratamiento farmacológico, como en la edad escolar, es una segunda opción terapéutica muchas veces imprescindible.**

Si bien los estudios al respecto son muchos menos que los realizados en escolares, sí hay un número suficiente para establecer la eficacia y seguridad a corto plazo del uso de metilfenidato en preescolares. Se dispone en la literatura científica de bastantes estudios aleatorizados, ciegos y controlados frente a placebo para confirmar una respuesta positiva, y lineal respecto a la dosis (es decir, mejor a mayor dosis), en inatención, impulsividad, actividad motora, obediencia y resultados académicos, aunque con una tasa de efectos adversos discretamente mayor que en escolares, datos confirmados por los resultados a corto plazo publicados del PATS (Preschool ADHD Treatment Study, estudio similar al MTA realizado por el Instituto Norteamericano de Salud Mental e independiente de las empresas farmacéuticas), estudio que presenta además, en el seguimiento de los pacientes tras un año de tratamiento farmacológico, una eficacia mantenida. Por tanto, **el metilfenidato parece en la actualidad el tratamiento farmacológico adecuado para el TDAH preescolar**, aunque entendiéndose que precisará de un control estrecho por parte del médico responsable del tratamiento.

En definitiva, debe concluirse por tanto que el TDAH es un diagnóstico válido y factible en preescolares, y que debe establecerse cuando está presente, debiendo además implicar el inicio de su tratamiento, con modalidades similares a las ya utilizadas en los escolares y sin negar la opción farmacológica (el metilfenidato, según los datos disponibles) cuando ésta deba plantearse: en los casos graves, comórbidos, o resistentes al tratamiento psico-social.



A lo largo de este segundo semestre del 2006, hemos recibido las siguientes subvenciones:

Entidad	Proyecto
<ul style="list-style-type: none"> Ayuntamiento de Barcelona Generalitat: Departament Treball, Departament de Salut, Departament de Benestar (Secretaría de familia, ICASS y DGAIA) 	Actividades para la prevención de riesgo de exclusión social de niños y adolescentes con TDAH
<ul style="list-style-type: none"> Obra Social Caja Madrid 	Proyecto para la prevención de exclusión social de niños y jóvenes con TDAH a través del deporte.
<ul style="list-style-type: none"> Secretaria General de Joventut (Generalitat de Cataluña) 	Proyecto para la prevención de exclusión social de niños y jóvenes con TDAH a través del deporte.
<ul style="list-style-type: none"> Departament d'Educació i Universitats (Generalitat de Cataluña) 	Edición de material divulgativo. Este número de Adana News se ha editado gracias a la colaboración del Departament d'Educació i Universitats de la Generalitat de Cataluña.
<ul style="list-style-type: none"> Departament de Salut (Generalitat de Cataluña) 	V Jornada TDAH: pediatria i familia

Y también hemos aparecido en los siguientes medios:

Mayo 06	Informativos TV3	"El Educador Itinerante"	Las cámaras de TV3 entran en la escuela "Regina Carmelli" de Rubí, para informar sobre el proyecto de Fundación Adana: "El Educador Itinerante".
Junio 06	Canal Català TV	"El Mirador"	Entrevista a Beatriz Mena, psicopedagoga Fundación Adana.
Julio 06	ACTA PEDIATRICA. Vol. 64	Crítica de Libros: "El alumno con TDAH"	Ignacio Villa, Director de Acta Pediátrica recomienda nuestro libro, considerándolo de "gran valor para educadores, padres y pediatras".
Julio 06	ABC "Salud"	Hiperactividad. "Se diagnostica más porque se conoce mejor"	Isabel Rubió es entrevistada por Pilar Quijada, en un artículo de doble página sobre Hiperactividad.
Septiembre 06	TELVA nº 809	Hiperactividad: "Mi hijo no para"	Se destaca la labor de Fundación Adana.
Noviembre 06	TV3, Tele 5, El Periódico, Lecturas, La Razón, La Vanguardia, Guía del Ocio, Qué fem?, Catalunya Radio,	VI Desfile "Aquí pintamos todos"	

* Fundación Adana dispone de los artículos publicados para vuestra consulta.

La Pasarela más solidaria

El 12 de Noviembre, por sexto año consecutivo, se celebró el Desfile Benéfico de Moda Infantil "Aquí pintamos todos", organizado por Caf Gestión en beneficio de seis entidades dedicadas a la infancia: Afapac, Fundación Talita, Fundación Adana, Fundación de Oncología Infantil Enriqueta Villavecchia, Associació Catalana Síndrome X Fràgil y Adopta.



En el marco incomparable del Hotel Arts, niños de las distintas entidades acompañados de hermanos y amigos, desfilaron con ropas de primeras marcas, al ritmo de música jazz en vivo.

Actividades

Grupos de habilidades socio-emocionales

Debido a la dificultad de los niños y adolescentes con TDAH para poner en práctica en casa y/o en la escuela lo aprendido en la práctica clínica, desde Fundación Adana hemos actualizado la estructura y los contenidos de los Grupos de Habilidades Socio-Emocionales para ayudarles a relacionarse mejor.

A continuación, os exponemos las novedades que la Fundación ha incorporado:

- Dossier de trabajo con fichas prácticas para niños y jóvenes.
- Contactos semanales con los padres.
- Hojas semanales para padres con estrategias para trabajar en casa.
- Informe escrito a final del curso sobre el logro de objetivos.
- Contacto quincenal por carta con los maestros.
- Hojas quincenales para los maestros con estrategias de intervención.
- Servicio de orientación, seguimiento y soporte a padres y maestros.
- Charlas para maestros: "Los niños y adolescentes con TDAH y sus relaciones sociales".

Actividad deportiva-terapéutica

Todos los sábados del curso escolar, Adana organiza para los niños y jóvenes en edades comprendidas entre los 6 y 14 años actividades de deporte colectivo como fútbol, voleibol o balonmano. Esta actividad es posible gracias a la generosa colaboración de Fundación Levis, quien las patrocina.

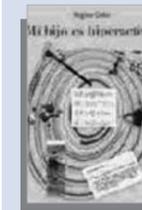
Además de pasárselo bien, pretendemos promover las conductas prosociales de los niños con hiperactividad, impulsividad o dificultades de atención, así como mejorar su autocontrol emocional, su autoestima y la capacidad de tolerar las frustraciones o de solucionar conflictos interpersonales.

Los entrenadores son un equipo de psicólogos y monitores de deporte, con un alto grado de experiencia y conocimientos sobre el TDAH.

adananews
www.f-adana.org

Recomendamos

Libros



MI HIJO ES HIPERACTIVO

Regina Cobo
Edita: EIUNSA

La autora, hiperactiva y madre de niños TDHA, nos explica su propia historia. Es un ejemplo y un homenaje a todas las madres con hijos hiperactivos.



Trastorno por Déficit de Atención: Una mente desenfocada en niños y adultos

Thomas E. Brown
Edita Masson, Elsevier

De la mano de uno de los expertos más reconocidos en el tema, este libro ofrece una nueva perspectiva para la comprensión del TDAH. Libro recomendado por el Dr. Russell A. Barkley. Idioma: Castellano



Cómo poner límites a los hijos

Elvira Jiménez de Abad
Edita: Paidós

La autora nos propone un "plan de acción" útil y concreto. Ofrece una guía para identificar situaciones cotidianas que generan problemas, así como propuestas sensatas para prevenirlas y resolverlas.

Webs

→ www.ajp.psychiatryonline.org
<<http://www.ajp.psychiatryonline.org/>>
Web de The American Journal of Psychiatry. Accederás a artículos interesantes sobre distintos aspectos del TDHA.

→ www.map.es/gobierno/muface/educ/educ.htm
(revista electrónica de la mutualidad general de funcionarios civiles del Estado).

Colaboradores

Nuestro agradecimiento a Dr. Prandi, así como a:

- PROUS SCIENCE S.A.
- AMIGOS DE ADANA
- FUNDACIÓN GASPAR DE PORTOLA
- GRUPO CH-WERFEN
- BMG ASESORES



V Jornada TDAH; pediatria y familia

El pasado 11 de noviembre tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Barcelona la V Jornada organizada por Adana: TDAH; Pediatría y Familia. El objetivo de esta jornada era acercar a los profesionales relacionados con la pediatría los últimos avances sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento del TDAH.

Esta actividad ha sido reconocida por la *Societat Catalana de Psiquiatria Infanto-Juvenil* y acreditada por el *Consell Català de Formació Mèdica Continuada* y Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con 1,5 créditos.

El Departament del Salut estuvo muy bien representado con la asistencia del Dr. Ramón, director de *Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut*, que junto con el Dr. Prandi, presidente honorífico de Adana, inauguraron el acto.

La primera intervención fue a cargo del Dr. Josep Toro. De su brillante exposición destacaríamos la importancia de los estudios sobre genética en el avance sobre el conocimiento del trastorno y sus repercusiones y la actualización sobre algunos de los aspectos relacionados con la farmacología del TDAH.

La intervención sobre los síntomas de alerta en la consulta pediátrica, llevada a cabo por el Dr. Santiago Garcia-Tornel, dió pie a manifestaciones, por parte de algunos de los asistentes, relacionadas con la dificultad con la que se encuentran estos profesionales para diagnosticar el trastorno, refiriéndose a la falta de tiempo y recursos.

Finalmente la Dra. Lefa Eddy propuso un gran número de propuestas que se pueden y se deben llevar a cabo en el trabajo con las familias de los niños y jóvenes con TDAH. Además, ofreció ideas para solventar algunos de los problemas con los que el pediatra se puede encontrar (visitas cortas, falta de colaboración de las familias, acercamiento con la escuela...).

Para concluir, solamente nos gustaría añadir a modo de reflexión, que nos llamó la atención la baja representación de pediatras entre los numerosos asistentes a la Jornada. Ello nos motiva aún más para seguir trabajando en este sentido. Seguimos en ello...

VI Jornada El reto de educar a un niño con TDAH

De nuevo, Marina Peña no nos ha dejado indiferentes. La psicóloga costarricense nos ofreció una lección magistral a los 150 asistentes a la Jornada celebrada el pasado 18 de Noviembre: **podemos asumir este reto, pero necesitamos confianza para lograrlo.**

De todo lo que nos dijo destacaríamos que:

- Debemos intentar cambiar a los demás partiendo de un cambio en la propia actitud: **"descubre lo que piensa, encuentra lo que siente y comprenderás lo que hace"**
- Para asumir este reto es necesario transmitir en todo momento un **mensaje positivo**: el niño necesitará de experiencias de éxito para promover la confianza y motivación.
- A través del Amor y la comprensión podremos aceptarlo tal y como es. **A través del respeto, la empatía, la tolerancia y la oportunidad lograremos el reto.**
- Para alcanzar una meta **se necesita Poder, Saber y Querer**. Si no Sabe, ¡enseña!. Si no puede, ¡adecúa!. Si no Quiere, ¡motiva!. No creamos que siempre se da el ¡No quiere!
- No se trata de un reto individual, hablamos de una tarea en **EQUIPO**, donde todos los miembros aportan para lograr el objetivo.

Marina Peña es Psicóloga, especialista en temas de Familia y Educación



Su filosofía **"APRENDER SENTIENDO"**, ayuda a las personas a tener contacto con sus sentimientos, motivándolas a un verdadero cambio de actitud en busca de su bienestar y el de los demás. A lo largo de su profesión, ha asumido la responsabilidad de formar a más de 30.000 personas en América Latina y Europa, siendo su labor reconocida internacionalmente.

Parte de su tiempo lo dedica a impartir conferencias en temas de motivación, desarrollo personal, la familia y la educación. Es autora de CDs, varios libros y numerosos artículos en estos temas. Es fundadora de la Fundación DA, Costa Rica, (Déficit de Atención y Aprendizaje).