

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA HIPERACTIVIDAD

A continuación, se incluyen una serie de preguntas que corresponden a inquietudes de Padres, Educadores y Profesionales sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Las respuestas han sido elaboradas por los Consultores del **Grupo ALBOR-COHS**, por lo cual *solamente representan la opinión y conocimientos* de estos profesionales, basadas en más de 18 años de experiencia profesional en el trabajo diario con estos niños y niñas.

La situación actual sobre este tema es muy variada, por lo cual, ante la imposibilidad de dar respuestas "totalmente veraces", preferimos destacar que las mismas son **NUESTRAS OPINIONES PROFESIONALES**.

En muchos casos, estas opiniones coinciden con las de otros muchos investigadores y profesionales, sin embargo, en otros casos no es así.

Usted debe saber que lo que aquí se indica no son "verdades absolutas". Si las utiliza en sus escritos o publicaciones, le rogamos haga constar la fuente de la manera siguiente: ... según García Pérez y Magaz Lago; **Grupo ALBOR-COHS**, 2002.

Gracias por su atención.

1. ¿QUÉ ES LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL?

El término "hiperactividad" se utiliza para describir a una clase de niños (posteriormente jóvenes y adultos) que presentan un comportamiento especial, diferente de la mayoría, a los que se considera "normales".

En la actualidad se considera como un trastorno de conducta, caracterizado básicamente por la **imposibilidad de mantener la atención en una situación durante un período de tiempo razonablemente prolongado, junto a movimientos frecuentes de manos, extremidades,...**

Destaca en estos niños:

- 1- Una actividad motriz excesiva (se mueven constantemente y mucho más que lo "normal") además, su movimiento no parece justificado por la necesidad de hacer algo; parece que "se mueve por moverse"
- 2- Una importante dificultad para poner atención a las situaciones: lo que ven o escuchan. Atienden con interés durante unos períodos de tiempo muy breves, insuficientes para analizar las diversas situaciones u objetos con detenimiento y eficacia.
- 3- Una gran impulsividad o falta de reflexividad, que se pone de manifiesto cada vez que tienen que responder a una pregunta o tomar una decisión. Lo hacen siempre o casi siempre, sin "pararse a pensar antes de actuar" o bien, lo hacen con "la primera idea que se les ocurre".
- 4- Suelen abandonar lo que están haciendo sin haberlo terminado. Empiezan cosas y no las terminan: juegos, tareas escolares,...
- 5- Su falta de atención les dificulta aprender muchas cosas, por eso presentan retrasos generalizados en su desarrollo: social, escolar, personales, etc..
- 6- Escolarmente suelen tener problemas de relación con sus Profesores y compañeros (sólo ocasionalmente se llevan bien con éstos), suelen leer y escribir mal; cometer errores frecuentes en sus tareas escolares, confundir hechos, fechas,... (todo debido a su falta de atención)
- 7- Suelen perder u olvidar dónde han dejado sus cosas; juguetes, materiales escolares,...

8- Sus movimientos suelen ser bruscos, rápidos y, consecuentemente, torpes: rompen cosas sin querer, tropiezan, se golpean,

2. ¿A CUÁNTOS NIÑOS AFECTA?

Por lo general, las investigaciones realizadas en distintos países, por distintos investigadores, a lo largo de los pasados años, han puesto de manifiesto una gran diversidad de cifras, lo cual se explica por los diferentes métodos empleados y los instrumentos y criterios empleados en cada estudio.

En España, durante el año 2003, se ha llevado a cabo el primer estudio multicéntrico, en 7 Comunidades Autónomas, incluyendo 19 Centros Educativos, con un total aproximado de 2000 escolares de ambos sexos. Empleando como instrumento de detección las Escalas de Areas de Conductas Problema (EACP) y como criterio de identificación las Escalas Magallanes del TDAH (EMTDAH), es decir, empleando los criterios de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), en los que están basadas estas Escalas, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Del total de la población estudiada (incluidos niños y niñas) ... el 3% cumplían de manera indiscutible los criterios para ser considerados niños con Déficit de Atención con Hiperactividad.

Del total de niños (excluidas las niñas) ... el 5% cumplían de manera indiscutible los criterios para ser considerados niños con Déficit de Atención.

Del total de niñas (excluidos los niños) ... el 1% cumplían de manera indiscutible los criterios para ser considerados niños con Déficit de Atención.

Estos datos confirman una prevalencia de esta condición biológica mayor en niños que en niñas.

Por su parte, el Director General del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos, en su comparecencia el mes de noviembre de 2002, ante la Cámara de Representantes del Congreso de los EE.UU. ofreció unos resultados muy similares de los estudios realizados por su institución, afirmando que este problema afecta a un porcentaje de la población que varía entre un 3 y un 5% del total.

3. ¿AFECTA POR IGUAL A LOS NIÑOS Y A LAS NIÑAS?

La respuesta anterior indica la diferencia existente entre ambos sexos cuando se lleva a cabo un estudio mediante encuestas o cuestionarios para padres y maestros. No obstante, algunos indicadores sociológicos sugieren que quizás las niñas se encuentren infradiagnosticadas y los niños sobrediagnosticados. Es decir, que de acuerdo a los valores culturales de cada país o región, se consideran niños con TDAH a muchos niños que no lo son y en cambio, son ignorados casos de niñas que sí lo son.

4. EL NIÑO HIPERACTIVO, ¿NACE O SE HACE?

El TDAH se pone de manifiesto desde el primer año de vida, aunque resulta difícil confirmar tal diagnóstico hasta los 3-4 años de edad.

Como todos los niños hiperactivos, correctamente identificados a partir de los seis años de edad, presentaron su conducta problemática desde el primer año de vida, se considera un trastorno de base biológica.

La hiperactividad **NO TIENE NINGUNA RELACIÓN** con factores ambientales, tales como ALIMENTACIÓN o EDUCACIÓN INADECUADAS.

5. ¿A PARTIR DE QUÉ MOMENTO SE PUEDE HACER EL DIAGNÓSTICO?

Mediante en el empleo de instrumentos actuales y, contando con un buen conocimiento profesional del tema, en el momento actual es posible diagnosticar "Déficit de Atención con Hiperactividad" a partir de los 3 años de edad.

6. ¿TODOS LOS NIÑOS HIPERACTIVOS PRESENTAN LOS MISMOS PROBLEMAS?

Comparten entre ellos las dificultades atencionales, la impulsividad y la hiperkinesia (movimiento excesivo), pero no se manifiestan en todos los casos de igual modo. Otros aspectos colaterales: problemas de conducta, de aprendizaje, etc... son diferentes en cada caso.

7. ¿CON UN TRATAMIENTO ADECUADO EL NIÑO HIPERACTIVO DEJA DE SERLO?

Con el DAH se nace, se crece, se "reproduce" y se muere. Nunca se deja de ser una persona con DAH. Sin embargo, las personas, dependiendo de las ayudas profesionales y familiares que reciban pueden aprender a vivir con esta característica de tipo "temperamental" y desenvolverse con gran eficacia y éxito social y profesional en la vida.

8. ¿QUÉ OCURRE SI EL NIÑO HIPERACTIVO NO RECIBE ASISTENCIA PROFESIONAL ADECUADA?

El futuro de un niño con Déficit de Atención que no reciba asistencia profesional adecuada es impredecible, ya que el resultado evolutivo dependerá de otros importantes factores, entre ellos, su capacidad intelectual, el estilo educativo de sus padres y el estilo educativo de sus profesores.

La probabilidad de que el niño fracase escolarmente es muy alta si...

- los padres ignoran sus dificultades y le exigen demasiado
- los profesores ignoran sus dificultades y le exigen lo mismo que a los demás
- Posee una capacidad intelectual baja (CI < 90)

La probabilidad de que tenga problemas graves de conducta social: inadaptación o delincuencia está asociada al fracaso escolar generalizado y a la falta de apoyo familiar.

En cualquier caso, el futuro de un niño siempre es incierto, sea o no sea hiperactivo.

9. ¿SI HA HABIDO PROBLEMAS EN EL PARTO, EL NIÑO SERÁ HIPERACTIVO?

No necesariamente. Las complicaciones en el parto o inmediatamente después del parto, se consideran un factor de riesgo, tanto para presentar este trastorno como para otros.

En nuestra experiencia clínica (directa e indirecta) hemos comprobado que muchos niños hiperactivos presentaron estos antecedentes, pero otros niños no los presentaron. Sin embargo, en otros casos de problemas escolares, sin hiperactividad o déficit de atención, también tuvieron problemas de este tipo.

Además, se desconoce cuantos niños tuvieron problemas de parto y, sin embargo, nunca presentaron problemas en su desarrollo.

10. ¿ES DIFÍCIL ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DEL NIÑO HIPERACTIVO?

Es difícil hacerlo sin suficiente experiencia y si se utilizan criterios inadecuados (DSM-IV), pero aunque resulta complejo y requiere obtener bastantes informaciones de Padres, Maestros y Niño, no lo es tanto para profesionales con experiencia.

11. ¿LA HIPERACTIVIDAD SE HEREDA?

Las pruebas a favor de esta hipótesis son escasas hasta la fecha, aunque no está descartada una posible transmisión genética.

12. ¿EL NIÑO HIPERACTIVO TIENE UNA LESIÓN CEREBRAL, UN TUMOR, UN DAÑO...?

No tiene ningún daño físico. Su cerebro es de aspecto absolutamente normal. Sencillamente "funciona de manera diferente" en alguna zona. Algunos estudios parecen poner de manifiesto algunas diferencias anatómicas entre estos niños y los demás (a los que se considera "normales" y un grupo homogéneo), sin embargo estas conclusiones no pueden darse por válidas hasta que no se realicen otros estudios que comparen las características anatomo-fisiológicas de este grupo de niños con otros grupos de niños con otros problemas escolares o conductuales.

13. ¿LAS PRUEBAS NEUROLÓGICAS REFLEJAN UN MAL FUNCIONAMIENTO CEREBRAL?

Las pruebas actuales todavía NO permiten identificar un mal funcionamiento cerebral asociado de manera específica al DAH, de una manera convincente e inequívoca. Es posible que en un futuro se disponga de instrumentos y métodos que lo pongan de manifiesto.

14. ¿CÓMO SUELE SER LA PRIMERA INFANCIA DEL NIÑO HIPERACTIVO?

Suelen presentar dificultades para comer, dormir, son inquietos, irritables..., pero este comportamiento también lo presentan algunos niños que NO SON HIPERACTIVOS. Por lo tanto, solo se consideran indicadores de una posible hiperactividad que se confirmará en el futuro.

15. ¿CÓMO ES EL NIÑO HIPERACTIVO DE 4 A 6 AÑOS?

Es impulsivo, desobediente: quiere salirse con la suya, tiene malas relaciones con los demás, no se entretiene con nada, no está quieto nunca.

16. ¿CÓMO ES EL NIÑO HIPERACTIVO ENTRE LOS 7 Y LOS 12 AÑOS?

A los indicadores anteriores se añaden, progresivamente, problemas de ansiedad y estrés (resultado de los excesivos castigos que recibe) y los primeros fracasos escolares.

17. ¿EXISTE MEDICACIÓN PARA LA HIPERACTIVIDAD?

Sí. Existen ciertos productos farmacéuticos que ayudan al niño hiperactivo. El principal fármaco es el METILFENIDATO. Esta sustancia química se comercializa con distintos nombres, en países diferentes.

Sus efectos inmediatos son un aumento de la capacidad de atención y concentración y una reducción de la hiperkinesia y la movilidad del niño.

Sin embargo, sus efectos duran poco tiempo: se elimina por la orina en unas cuantas horas y, es preciso volver a tomar otra pastilla.

Por lo general, se toma una pastilla al levantarse y otra a medio día, pero depende de la prescripción médica, que se realiza en función de la edad del niño, la intensidad de sus problemas, su peso,...

18. ¿ES ACONSEJABLE QUE TOMÉ MEDICAMENTOS EL NIÑO HIPERACTIVO?

Los medicamentos utilizados con estos niños, son un buen apoyo mientras se combinen con procesos de enseñanza para que aprenda a regular su conducta por sí mismo.

19. ¿CUÁNDO ES ADECUADO EMPEZAR A MEDICAR AL NIÑO?

Siempre que lo consideren oportuno el especialista y sus padres; normalmente a partir de 4 ó 5 años.

20. ¿CREAN DEPENDENCIA FÍSICA LOS FÁRMACOS QUE SE UTILIZAN?

NO.

21. ¿PUEDEN ORIGINAR DEPENDENCIA A OTROS NIVELES?

Pueden crear dependencia psicológica, con frecuencia por parte de los padres, que temen retirarla por miedo a que la situación pueda descontrolarse sin el fármaco.

22. ¿QUÉ EFECTO PRODUCEN EN EL ORGANISMO, PARA QUÉ SIRVEN?

Mejora la capacidad de mantener la atención y reducen el movimiento inadecuado, debido a que a través de este agente externo se estimula al cerebro para que alcance los niveles de activación necesarios para un correcto mantenimiento de la atención (lo que repercute en una mejora de muchos otros indicadores).

23. ¿POR QUÉ SE RETIRA LA MEDICACIÓN TEMPORALMENTE?

Pueden existir diversas razones para hacerlo, algunos profesionales lo hacen para que el niño no se habitúe a la sustancia y deje de responder positivamente a ella.

24. ¿QUÉ EFECTOS SECUNDARIOS PUEDEN ORIGINAR ESTOS FÁRMACOS?

En algún caso se produce temporalmente una reducción del apetito y dificultad para iniciar el sueño; sobre todo si se le proporciona otra dosis por la tarde (en estos casos se complementa la medicación con otra sustancia que le ayuda a dormir).

25. ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO DEBERÁ EL NIÑO TOMAR LA MEDICACIÓN?

Nunca debe olvidarse que la medicación es al niño hiperactivo, lo que las muletas al recién operado de las piernas. El metilfenidato (o similar) es una sustancia química que AYUDA AL NIÑO A MANTENER LA ATENCIÓN Y REDUCIR SU MOVILIDAD. En la medida en que un niño o niña consigue aprender a AUTO-CONTROLARSE, a DIRIGIR SU COMPORTAMIENTO MOTRIZ Y ATENCIONAL, es posible reducir la ayuda farmacológica hasta llegar a hacerla desaparecer por completo.

Por lo general, desde los 5-6 años hasta los 9-10, la ayuda farmacológica facilita al niño lograr sus aprendizajes curriculares y ser aceptado socialmente por los iguales. A estas edades ES PRACTICAMENTE IMPOSIBLE que el niño desarrolle HABILIDADES DE AUTOCONTROL simplemente con un sistema de RECOMPENSAS y CASTIGOS administrado por Padres, Maestros y otros educadores. Si el niño recibe entrenamientos específicos en FOCALIZACIÓN DE ATENCIÓN y de SOLUCIÓN DE PROBLEMAS INTERPERSONALES, y si los Padres y Maestros lo tratan de acuerdo con los PRINCIPIOS y TÉCNICAS de la EDUCACIÓN ASERTIVA, entonces es posible evitar la medicación.

26. ¿EN QUÉ MOMENTOS DEL DÍA ES ADECUADO QUE EL NIÑO TOME LA MEDICACIÓN?

Normalmente se recomienda tomar por la mañana y al mediodía, para que el efecto sea máximo en el momento en que el niño acude a la escuela.

27. ¿CUÁNDO SE LE RETIRA TEMPORALMENTE?

Se suele retirar temporalmente en vacaciones escolares y con frecuencia también descansan los fines de semana, aunque depende de la severidad del trastorno que le ocasione su condición DAH.

28. ¿DEBEN TOMAR LOS FÁRMACOS DURANTE TODA SU VIDA?

Dependiendo de la evolución que tenga el niño se puede recomendar que se retire definitivamente o que se retome en períodos concretos.

Por lo general, a partir de los 12 años no se hace necesaria, si recibe la ayuda psicoeducativa descrita en la pregunta 25.

29. ¿POR QUE NO SE RECOMIENDA UTILIZAR TRANQUILIZANTES CON ESTE TIPO DE NIÑOS?

Porque dado que su hiperkinesia y cambios atencionales frecuentes cumplen una función de auto-estimulación cerebral, la ingesta de tranquilizantes, los llevaría a tener que moverse más y reduciría aún más su tiempo atencional.

30. ¿POR QUÉ NO SE PUEDE SABER SI UN NIÑO ES HIPERACTIVO ANTES DE LOS TRES O CUATRO AÑOS?

Porque la capacidad atencional (sus destrezas atencionales) se está desarrollando y el niño está en un período de exploración y manipulación que hace que los criterios de diagnóstico no discriminen claramente entre lo que es un comportamiento normal y el que no lo es.

31. ¿EL NIÑO HIPERACTIVO NUNCA PUEDE CONTROLAR SU CONDUCTA?

El autocontrol o autoregulación del comportamiento es el resultado del desarrollo y de los procesos educativos recibidos en casa y en el colegio; es decir, de sus aprendizajes. Pero todo aprendizaje requiere de dos condiciones: una capacidad intelectual para relacionar acontecimientos (inteligencia lógica) y una atención eficaz y sostenida. Todos los niños tienen que aprender lo mismo: autoregulación de su conducta, pero para los niños con alguna limitación intelectual o déficit atencional esto se hace más complicado y requiere más tiempo, tolerancia, comprensión y otros métodos específicos de educación.

32. ¿POR QUÉ SE SUELE RECOMENDAR ENTRENAR A ESTOS NIÑOS EN RELAJACIÓN SI SU TRASTORNO NO SE DEBE A UN PROBLEMA DE ANSIEDAD?

Porque con frecuencia la ansiedad no es la causa, sino una consecuencia de su conducta. Debe tenerse en cuenta que el DAH conlleva importantes problemas de adaptación a diferentes niveles, que hacen que con frecuencia presenten trastornos emocionales, por los excesivos castigos y recriminaciones que recibe de su entorno.

33. ¿POR QUÉ LE CUESTA AL NIÑO HIPERACTIVO SEGUIR INSTRUCCIONES?

Por su dificultad para prestar atención y mantenerla.

34. ¿POR QUÉ ES MÁS DIFÍCIL CONTROLAR AL NIÑO HIPERACTIVO CUANDO ESTÁ CON OTROS QUE CUANDO ESTÁ SOLO?

Porque hay más elementos que lo distraen y que influyen en su comportamiento mediante recompensas u otros incentivos, fundamentalmente de tipo social.

35. ¿POR QUÉ CON FRECUENCIA NO PRESTA ATENCIÓN A LO QUE ES REALMENTE IMPORTANTE Y SE CENTRA EN ASPECTOS QUE SON SECUNDARIOS?

Porque no sabe distinguir lo principal de lo secundario y suele responder a lo que más llama su atención. En general, esto puede explicarse como una de las consecuencias de un retraso en el aprendizaje de habilidades cognitivas de resolución de problemas.

36. ¿POR QUÉ DEJA LAS COSAS A MEDIO HACER?

Porque no tiene autocontrol y le cuesta estar durante un tiempo prolongado prestando atención a una misma tarea.

37. ¿EL NIÑO HIPERACTIVO TIENE PROBLEMAS INTELECTUALES?

La inteligencia no tiene relación alguna con la hiperactividad; por lo tanto, hay niños hiperactivos con una inteligencia normal, baja y alta.

38. ¿POR QUÉ SI NO SE DEBE A PROBLEMAS INTELECTUALES, MUCHOS NIÑOS HIPERACTIVOS TIENEN PROBLEMAS DE APRENDIZAJE?

Algunos niños pueden tener problemas de aprendizaje además de ser hiperactivos; otros tienen estos problemas como consecuencia de su hiperactividad, de tal modo, que, al no prestar atención suficiente, cometen más errores en sus tareas, lo que dificulta su proceso de aprendizaje.

39. ¿CUALES SON LOS TÍPICOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE DEL NIÑO HIPERACTIVO?

En la adquisición de la lectura, la escritura, el cálculo, problemas para memorizar y para generalizar lo aprendido.

40. ¿POR QUÉ SUELEN PRESENTAR UNA COORDINACIÓN VISOMOTORA POBRE?

Existen diversas explicaciones posibles: Por una parte, el hábito de moverse de manera continua, desde que abandona la cuna, dificulta la adquisición de otro nuevo hábito incompatible con el anterior: el de realizar movimientos más lentos y controlados. Por otra parte, los movimientos deben ser dirigidos mediante procesos atencionales, cuanto menor es la atención que se presta a una tarea motriz, más torpemente se realiza ésta. Finalmente, muchos movimientos bruscos y poco coordinados son el simple resultado de actuar de manera poco o nada reflexiva, por moverse de manera "impulsiva".

41. ¿POR QUÉ SUELEN TENER DIFICULTADES ARITMÉTICAS?

En los escolares hiperactivos, con inteligencia normal o superior, las dificultades aritméticas pueden explicarse por la escasa atención que presta a las tareas; lo cual ocasiona errores en la ejecución de las operaciones de cálculo o bien retrasos en los aprendizajes de mecanismos y procesos.

42. ¿POR QUÉ SUELEN PRESENTAR PROBLEMAS DE MEMORIA?

No tienen ningún problema de memoria; lo que ocurre es que no prestan atención suficiente para memorizar.

43. ¿ES NORMAL QUE MUCHOS PADRES DEMUESTREN SENTIMIENTOS HOSTILES HACIA SUS HIJOS HIPERACTIVOS?

Sí, debido a que no comprenden por qué el niño se comporta de ese modo y tampoco saben cómo abordar la situación.

44. ¿SON LAS MADRES DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS MÁS PROPENSAS A TENER PROBLEMAS DE ANSIEDAD?

Sí, como consecuencia de los problemas de conducta que presenta su hijo y de su falta de recursos para hacerles frente.

45. ¿CUAL ES EL CLIMA FAMILIAR QUE SUELE VIVIRSE EN EL ENTORNO DE UN NIÑO HIPERACTIVO?

Se suele vivir un clima de tensión emocional, que hace que en general la convivencia familiar no sea agradable.

46. ¿A QUIÉN HAN DE ACUDIR SI SOSPECHAN QUE SU HIJO PUEDE SER HIPERACTIVO?

A un médico: Psiquiatra infantil, Pediatra o Neurólogo, o a un Psicólogo especialista en este tema. Se desaconsejan: Psicoanalistas (médicos o psicólogos), Curanderos o Sanadores, y en general personas no cualificadas o con escasa experiencia en este tema.

47. ¿EN QUÉ AMBIENTE SE DETECTAN ANTES LOS SÍNTOMAS HIPERACTIVOS?

Se suelen detectar fundamentalmente en la Escuela, ya que es el medio en el que las demandas atencionales y de seguimiento de instrucciones son mayores. También porque los profesores pueden comparar el comportamiento del niño hiperactivo con los demás y percibir las diferencias.

48. ¿CUÁLES SON LAS QUEJAS MÁS FRECUENTES DEL PROFESORADO DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS?

Se quejan de que no para de moverse, interactúa constantemente con los compañeros, habla mucho, no se centra en lo que hace y no sigue las instrucciones que se le dan.

49. ¿QUÉ ACTITUD SUELE TENER EL MAESTRO DEL NIÑO HIPERACTIVO?

Suele tener una actitud negativa hacia él, ya que lo considera desafiante, desobediente, vago, descuidado. Con frecuencia atribuyen estos problemas de conducta a la mala educación que han recibido de sus padres o a problemas de adaptación del niño al colegio. Excepto cuando tiene buena información sobre la hiperactividad, el profesorado trata al niño hiperactivo como un niño desobediente y con mala fe. En cambio, cuando el profesorado adquiere información adecuada sobre las características de estos

niños, distingue bien los déficits de atención suficiente, eficacia atencional, capacidad de razonamiento y malos hábitos educativos, adecuando entonces la enseñanza a las características del alumno mediante una *Adaptación Curricular Individual Metodológica*.

50. ¿PUEDE EL MAESTRO HACER ALGO POR EL NIÑO HIPERACTIVO?

Sí, de hecho son los profesionales que más pueden ayudar al niño e influir sobre su aprendizaje y adaptación a distintos niveles.

51. ¿QUÉ DEBERÍA HACER EL PROFESORADO CON UN NIÑO HIPERACTIVO?

En primer lugar, asegurarse de su identificación como tal, requiriendo un diagnóstico fiable por un especialista en estos niños. Si ya está correctamente diagnosticado, el profesor debe tratarlo como un NIÑO DIFERENTE, realizando ajustes en el currículo del aula, para facilitar al niño su seguimiento de una manera más cómoda y factible para él: debe pedirle tareas más cortas o permitirle hacer interrupciones en las mismas. Debe permitirle levantarse y moverse, siempre de forma que no moleste a nadie: puede nombrarle su "ayudante" y así poder hacer pequeños recados del profesor en clase.

52. ¿DEBEN SABER LOS COMPAÑEROS QUE SU HIJO ES HIPERACTIVO?

Si el clima escolar es de respeto a las diferencias, sí deben saberlo; así pueden ayudarlo mejor. Si el clima es de intolerancia, el profesor es mordaz e irónico con los niños más lentos o con problemas, entonces es mejor que no lo sepan, para evitarle humillaciones. En este caso, es preferible cambiarlo de Colegio.

53. ¿LA HIPERACTIVIDAD ES UN TRASTORNO NUEVO?

No, existen casos descritos desde hace más de cien años.

Nota: el Dr. Polaino-Lorente ha utilizado el ejemplo de "Tom Sawyer" como niño hiperactivo, descrito en una novela de aventuras, para ejemplificar el caso (Polaino-Lorente, A. y Ávila de Encio, C. "Como vivir con un niño hiperactivo". Madrid: Editorial AC)

54. ¿ES LA CONDUCTA DEL NIÑO HIPERACTIVO ANORMAL?

Lo que ocurre es que sus comportamientos resultan inadecuados por la frecuencia con que se presentan, su excesiva intensidad y lo inoportuno del momento en que tienen lugar.

55. ¿EN GENERAL, CÓMO SE PUEDE DESCRIBIR EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO HIPERACTIVO?

Imprevisible, propio de una edad inferior; caracterizado por la falta de atención y cuidado a lo que hace. Impulsivo. Con mucho movimiento constantemente.

56. ¿ACTÚA CON MALA INTENCIÓN?

No, sencillamente actúa sin pensar en las consecuencias.

57. ¿CUÁL ES EL ASPECTO NUCLEAR DEL PROBLEMA DEL NIÑO HIPERACTIVO?

El déficit de atención sostenida (la capacidad de mantener la atención en algo un tiempo prolongado); de hecho el exceso de actividad motora desaparece con el tiempo.

58. ¿HAY ALGO QUE SEA CARACTERÍSTICO DE SU EXCESIVO MOVIMIENTO?

Sí, que -en apariencia- no tiene una finalidad concreta: parece moverse por moverse.

59. ¿POR QUÉ SE SUELE HABLAR DE UN SÍNDROME CUANDO SE HABLA DE LA HIPERACTIVIDAD?

En los años cincuenta, cuando se desconocía prácticamente todo sobre esta cuestión, los profesionales de la Medicina (Pediatría y Psiquiatría fundamentalmente) lo consideraron una enfermedad de origen desconocido que se manifestaba, al igual que todas las enfermedades, mediante unos **síntomas**. Cuando una enfermedad se manifiesta con un conjunto de síntomas que siempre van juntos y se explican por una causa común entonces se denomina síndrome; por ejemplo, el síndrome de Down para explicar las manifestaciones de un trastorno genético (trisomía del par 21).

A medida que se ha ido conociendo mejor la naturaleza del TDA-H, ha dejado de tener la consideración de síndrome, ya que las manifestaciones conductuales que antes se consideraban "síntomas", se han ido explicando no como manifestaciones de la "supuesta enfermedad", sino como consecuencia de ella. Así, por ejemplo, no se considera que "tener accidentes" sea un síntoma de la Hiperactividad, sino que el niño hiperactivo al no prestar atención suficiente a los sucesos y a los elementos del entorno comete errores que, en algunos casos, lo llevan a tener accidentes más o menos graves (lo mismo que les sucede a los demás niños aunque con menos frecuencia).

Hace años que fue abandonado por los mismos que los crearon: los profesionales de la Medicina. Hoy en día ya no se encuentra en ninguna clasificación de enfermedades (DSM-III/IV/IVTR, CIE-10,...) ya que no se considera operativo ni útil; sin embargo, su permanencia en libros escritos hace años y la costumbre de algunos profesionales augura que desgraciadamente (para confusión de muchos) perdurará durante algún tiempo.

60. ¿EL NIÑO HIPERACTIVO ES MENTIROSO?

No ES MENTIROSO, pero con frecuencia miente para evitar castigos, igual que lo hacen otros niños.

61. ¿ES DESOBEDIENTE?

Con frecuencia no cumple con lo que le solicitan padres y maestros, pero no lo hace porque a veces no pone suficiente atención, otras veces porque no sabe o se siente incapaz de hacerlo y otras veces porque "está harto" de que le manden hacer cosas y luego le critiquen por hacerlas mal; de modo que prefiere no hacerlas.

62. ¿SE IRRITA CON FACILIDAD?

Sí, porque acumula muchos castigos, lo que le hace estar casi siempre con niveles altos de ansiedad y estrés.

63. ¿POR QUÉ SIEMPRE TIENE UNA EXCUSA QUE JUSTIFIQUE SUS COMPORTAMIENTOS?

Porque cuando se porta mal, se le dice que "ES MALO". Esto deteriora gravemente su autestima, de modo que intenta protegerse con justificaciones.

64. ¿POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO EMPEORA EN SITUACIONES DE GRUPO?

Cuando esto ocurre (no siempre) es porque de esa manera se convierte en alguien importante para los demás. En otras ocasiones es porque los demás lo provocan (lo incitan) a portarse mal.

65. ¿CÓMO VEN SUS COMPAÑEROS DE CLASE AL NIÑO HIPERACTIVO?

Cuando va siendo mayor puede convertirse en el líder de la clase, pero normalmente es rechazado: no lo aprecian.

66. ¿CÓMO ES SU RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS?

Suele pelearse con ellos, verbal o físicamente, los molesta, les quita sus cosas, ...

67. ¿QUÉ TIPO DE RELACIÓN HAY QUE MANTENER CON EL MÉDICO U OTRO ESPECIALISTA?

Es necesario exponerle claramente los problemas de conducta que presenta el niño, así como los momentos concretos del día en los que se presentan. Se habrán de tener contactos periódicos para ver la evolución del niño en relación al tratamiento.

68. ¿QUÉ PUEDE HACER EL PSICÓLOGO POR EL NIÑO HIPERACTIVO?

Puede enseñarle a que mantenga la atención durante períodos de tiempo cada vez mayores (focalización y regulación de la atención), a que aprenda autocontrol de sus emociones (ira, tristeza,...), a resolver sus problemas con otros niños y adultos. Puede asesorar a padres y maestros acerca de cómo manejar el comportamiento del niño.

69. ¿QUÉ PUEDE HACER EL PSICOPEDAGOGO POR EL NIÑO HIPERACTIVO?

Puede, además, ayudarle a superar las dificultades de aprendizaje en el caso en que las haya.

70. ¿QUÉ PUEDE HACER EL MAESTRO POR EL NIÑO HIPERACTIVO?

Ayudarle a que aprenda a controlar su comportamiento en el aula, lo que repercutirá en una mejor relación con los demás, en unos mejores resultados académicos y en una mejora de su autoestima. Adaptar la metodología de aprendizaje a sus características mediante una Adaptación Curricular Metodológica.

71. ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PADRES POR SU HIJO HIPERACTIVO?

Ayudarle a que aprenda a controlar su comportamiento en su casa, lo que repercutirá en una mejores relaciones familiares y una mejor relación de él consigo mismo (seguir un programa de control de su comportamiento indicado por su psicólogo). Proporcionarle ayuda especializada (llevarlo a sesiones de aprendizaje de habilidades atencionales y sociales). Supervisar el trato que recibe de sus profesores y requerir un trato adecuado a sus circunstancias.

72. ¿DE QUÉ MANERA PADRES Y PROFESORES PUEDEN APRENDER A CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN CASA Y EN EL COLEGIO?

Siguiendo las instrucciones y asesoramientos indicados por el terapeuta que trabaje con el niño.

73. ¿ES EFICAZ CUALQUIER TIPO DE TERAPIA PSICOLÓGICA?

NO. Las terapias psicoanalíticas, las terapias lúdicas (de juego), las terapias de grupo y la terapia conductual estricta (recompensas y castigos) no han mostrado una eficacia alta.

El tratamiento psicológico más eficaz del niño hiperactivo parece ser la **Terapia Cognitivo-Conductual Integrada** para controlar sus problemas de conducta, **más** la terapia educacional para mejorar sus habilidades atencionales y sociales, **más** la medicación, cuando se considera necesario. Esta se considera una **terapia multicomponentes**.

74. ¿SE PUEDE CONSEGUIR QUE EL NIÑO OBEDEZCA?

Si. Mediante el seguimiento de un **Programa de Control del Comportamiento**, en el cual los padres utilizan un **método educativo sistemático**. Para iniciarlo, los padres deben recibir entrenamiento en Técnicas de Educación Asertiva.

75. ¿ES EFICAZ EL CASTIGO PARA CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO DE ESTOS NIÑOS?

Puede ser útil únicamente para hacer desaparecer ciertos comportamientos inadecuados, pero a menos que se combine con la recompensa, en forma de elogios principalmente, sus efectos no serán duraderos.

76. ¿ES ADECUADO CASTIGAR EL EXCESIVO MOVIMIENTO DEL NIÑO?

No; hay que intentar que ese movimiento sea adaptativo, es decir que no le perjudique a él ni a otros, pero tolerarlo.

77. ¿HAY QUE CASTIGAR LA FALTA DE ATENCIÓN?

Nunca. Se debe castigar para eliminar algo, pero no para conseguir algo. Si queremos que preste más atención, habrá que recompensar los momentos en los que está atento.

78. ¿CÓMO CONSEGUIR QUE EL NIÑO PRESTE ATENCIÓN A LO QUE SE LE DICE?

Haciendo que nos mire a los ojos, incluso instigándole para que lo haga, hablándole suavemente pero con firmeza. Pídale a continuación que repita lo que se le ha dicho para ver si ha entendido el mensaje.

79. ¿CÓMO AYUDARLO A QUE MEJORE LAS RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS?

Enseñándole habilidades sociales básicas y habilidades de solución de problemas interpersonales. Posiblemente uno de los mejores materiales estructurados para llevar a cabo esta enseñanza es el Programa **ESCEPI**.

80. ¿CÓMO HACER QUE EL NIÑO NO SE DISTRAIGA TANTO EN LA CLASE?

Estructurando las tareas en tiempos cortos, permitiendo que haga descansos al concluir las mismas, reforzando los períodos de atención, controlando el ambiente para que haya los menores elementos distractores posibles.

81. ¿CÓMO AYUDARLE A QUE ADQUIERA CONTROL SOBRE SU MOVIMIENTO?

Enseñándole ejercicios de control muscular.

82. ¿EN QUÉ CONSISTE EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO CON EL NIÑO HIPERACTIVO?

Fundamentalmente en *enseñarle a pensar antes de actuar* para que regule su comportamiento, tanto a la hora de enfrentarse a una tarea como en sus relaciones interpersonales. El primer Programa de Enseñanza Formal de estas destrezas, para niños de 4 a 8 años es el PEMPA (para su empleo en el aula)

83. ¿EXISTE EL NIÑO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN SIN HIPERACTIVIDAD?

Sí, pero en tal caso hablamos de un trastorno diferente al que nos venimos refiriendo.

84. ¿EXISTE EL NIÑO CON HIPERACTIVIDAD Y SIN DÉFICIT DE ATENCIÓN?

Sí, pero igualmente estamos hablando de **otro trastorno**, en el que el excesivo movimiento viene producido normalmente como consecuencia de la tensión acumulada del niño por problemas de estrés.

85. ¿TODO NIÑO CON EXCESIVO MOVIMIENTO MOTOR Y FALTA DE ATENCIÓN ES HIPERACTIVO?

No. Es necesario un análisis más detallado, que permita conocer desde cuándo y en qué situaciones aparecen esos indicadores y si van asociados a otros.

86. ¿DE DÓNDE PODEMOS RECOGER DATOS QUE NOS PERMITAN DAR RESULTADOS CONCLUYENTES?

Por un lado de los padres, por otro de los profesores y por otro del propio niño en cuestión.

87. ¿QUÉ PASARÍA SI LOS DATOS FUERAN CONTRADICTORIOS?

Será necesario hacer una evaluación más amplia y analizar si realmente la información es contradictoria o se están valorando de manera diferente los mismos datos objetivos.

88. A MI HIJA, UNA NEURÓLOGA LE HA RECETADO VITAMINAS PARA QUE SU CEREBRO SE NIVELE. ¿ESTO MEJORARÁ SU HIPERACTIVIDAD?

En absoluto. Las vitaminas no "nivelan el cerebro".

89. ¿TIENE ALGO QUE VER LA HIPERACTIVIDAD CON LA ENURESIS DIURNA O NOCTURNA?

El control diurno o nocturno de la vejiga de la orina NO TIENE NADA QUE VER con la Hiperactividad.

90. LOS NIÑOS HIPERACTIVOS, ¿SUELEN TENER RETRASO EN EL LENGUAJE ORAL?

No hay razón alguna para ello. Los retrasos en el lenguaje oral están más relacionados con la forma de educar al niño los padres.

91. ME HAN DICHO QUE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS DEJAN DE SERLO ALREDEDOR DE LOS 14-16 AÑOS ¿ES ESO CIERTO?

No. Lo que ocurre es que, a partir de los 12 años empieza a mejorar la capacidad de autocontrol del niño y consigue moverse de manera más aceptable. Los niños hiperactivos son jóvenes y luego adultos hiperactivos.

92. ¿QUÉ TRATAMIENTO HAY PARA LOS ADULTOS HIPERACTIVOS?

Ninguno y los mismos que para los adolescentes. Puede tomar medicación, pero no es aconsejable ni suele ser necesario. El tratamiento consiste en un Proceso de Entrenamiento Asertivo y en Autocontrol. Por supuesto, deben descartarse otros problemas asociados al DAH.

93. ¿QUÉ OCURRE CON LAS TEORÍAS MODERNAS, QUE INDICAN QUE ES UN ERROR CONSIDERAR AL NIÑO HIPERACTIVO COMO UN NIÑO CON PROBLEMAS DE ATENCIÓN?. ALGUNAS PERSONAS MUY FAMOSAS DICEN QUE EL PROBLEMA DE LOS HIPERACTIVOS ES UN PROBLEMA DE "CONTROL DE LOS IMPULSOS".

El principal defensor de esta teoría es el norteamericano Dr. Russell Barkley. Ahora bien, como toda teoría, es sencillamente una HIPÓTESIS DE TRABAJO. Para ser operativa esta teoría debe proponer un MODELO GLOBAL, EXPLICATIVO DEL COMPORTAMIENTO, que incluya lo que entiende por IMPULSOS; de dónde salen tales impulsos y qué función tienen en la regulación del comportamiento voluntario.

La principal teoría de los impulsos es el Psicoanálisis, la cual fue descrita por Freud y otros hace años, habiendo quedado relegada a la "historia de la psicología científica".

La teoría del Dr. Barkley está basada en un punto de vista biólogo (ahora llamado "neuropsicológico") sobre la conducta humana, pero no es un "modelo psicológico". En el momento actual es una hipótesis de trabajo que, muy probablemente esté ocasionando más confusión que clarificando la situación.

94. HE LEIDO QUE SE ESTA INVESTIGANDO EN NUEVOS FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD. PARECE QUE LA NEUROPSICOLOGÍA VA A PROPORCIONAR OTRAS ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO TRADICIONAL CON METILFENIDATO (RITALINA). EN MI PAIS (Colombia)

Las investigaciones sobre tratamientos farmacológicos sobre el DAH se financian por Laboratorios Farmacéuticos, con el objetivo de conseguir productos de mayor calidad y eficacia. Estas investigaciones se apoyan entre otras, en evaluaciones denominadas "neuropsicológicas", en una dirección opuesta a las evaluaciones psicológicas y educativas tradicionales. Hasta el momento, tales evaluaciones no han podido ofrecer ningún tipo de respuesta válida y eficaz para este problema.

95. ¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE HIPERACTIVIDAD Y AFASIA?

Ninguna, que nosotros conozcamos.

96. ¿POR QUÉ AHORA SE PUBLICAN TANTOS LIBROS Y ARTÍCULOS SOBRE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL?. ¿NO SERÁ QUE ESTO ES UNA MODA Y QUE NO HAY TANTOS PROBLEMAS COMO DICEN?

En la actualidad hay una mayor sensibilidad sobre este grupo de niños. Antes eran considerados niños de mal carácter y no se comprendía lo que les ocurría. En la actualidad, las cosas están cambiando; al haber más interés por el tema, se publican más libros y se difunden más noticias.

El porcentaje de niños con TDAH no es muy alto con respecto al total de niños (3-5%), pero al ser un tema novedoso se habla de él con mucha frecuencia. Desde este punto de vista, sí se puede decir que es una MODA, pero no en sentido peyorativo o menospreciativo. Detrás del DAH hay mucho sufrimiento: del niño/a que lo padece, de sus padres y hermanos y de sus profesores. No se puede tomar a la ligera, sino hacerse cargo de él y actuar lo antes posible con la mayor eficacia.

97. ¿POR QUÉ LOS PROFESORES DEL INSTITUTO DONDE ESTUDIA MI HIJO (HIPERACTIVO DE 16 AÑOS) NO TRATAN A MI HIJO COMO DICEN USTEDES?

La situación actual es de notable desconocimiento de la naturaleza de este trastorno y de sus posibles soluciones. Además, muy lamentablemente, de todos los profesores, los de Educación Secundaria suelen ser quienes más se preocupan del rendimiento académico y menos del desarrollo personal de sus alumnos. No es una pauta general en todos los profesores, pero es necesario reconocer que un elevado porcentaje de los mismos mantienen estas actitudes, a la vez que carecen de recursos para hacerse cargo de éstos y otros problemas.

En el caso de profesores de educación infantil y primaria, lo que sucede es que DESCONOCEN casi todo acerca de este problema.

98. ¿POR QUÉ NO SE IMPARTEN CURSILLOS DE FORMACIÓN A PADRES SOBRE CÓMO TRATAR A LOS HIJOS HIPERACTIVOS?

En todos los países, las diversas Asociaciones de Afectados suelen organizar actividades de este tipo como uno de sus principales objetivos.

Por otra parte, la **Fundación CALVIDA**, en colaboración con el **Grupo ALBOR-COHS** y diversas **Asociaciones de Padres**, viene promoviendo este tipo de cursillos en varias ciudades españolas y en algunos países iberoamericanos.

98. MUCHOS PSICÓLOGOS DESCONOCEN LA EXISTENCIA DE MATERIALES DE TRABAJO COMO LOS QUE USTEDES MENCIONAN, O UTILIZAN ALGUNOS QUE USTEDES CONSIDERAN INADECUADOS. ¿POR QUÉ NO SE PONEN DE ACUERDOS UNOS Y OTROS?

El acuerdo entre profesionales no se da en ninguna profesión. Médicos, abogados, ingenieros, ... y los Psicólogos no podíamos ser una excepción.

Por otra parte, los materiales que nosotros mencionamos como recomendables para la evaluación-valoración de niños hiperactivos y su tratamiento son de aparición muy reciente (algunos del año 2000). Por lo tanto, no es extraño que algunos profesionales no hayan tenido noticia de los mismos.

En otros países todavía no se han comercializado o resultan de muy alto coste para los profesionales que allí trabajan.

99. ¿QUIÉN PUEDE DIAGNOSTICAR A LOS NIÑOS HIPERACTIVOS: MÉDICOS O PSICÓLOGOS?

El término diagnóstico corresponde a la medicina y lo emplean los profesionales médicos: pediatras, psiquiatras y neurólogos (entre otros) para identificar una "enfermedad". En este sentido, puede diagnosticar el TDAH (entendido como enfermedad) cualquier Licenciado en Medicina (sea Pediatra, Psiquiatra o Neurólogo) o Psicólogo Clínico..

Ahora bien, entendido el TDAH como un problema socio-comportamental, está perfectamente legitimado para su "identificación como tal" cualquier profesional: Licenciado en Psicología o en Pedagogía con suficiente competencia en el tema.

Así pues: evaluar un caso de TDAH y establecer la "conclusión" de que efectivamente se trata de un niño o niña con **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**, puede realizarlo quien tenga los conocimientos y experiencia suficiente, sea Médico, Psicólogo o Pedagogo.

100. ¿QUIÉN TIENE QUE TRATAR A LOS A LOS NIÑOS HIPERACTIVOS: UN MÉDICO O UN PSICÓLOGO?

El tratamiento del niño hiperactivo deben realizarlo los profesionales de la Educación y la Salud que dispongan de experiencia y suficientes recursos para tratar sus dificultades:

Profesores, para hacerse cargo de los retrasos en sus aprendizajes.

Médicos, cuando se aconseja un tratamiento farmacológico como apoyo a otras intervenciones.

Psicólogos, Pedagogos o PsicoPedagogos, para diseñar y supervisar el Asesoramiento en Problemas de Conducta a Padres y Maestros.

Especialistas en Entrenamientos específicos, para llevar a cabo la enseñanza de habilidades atencionales, autocontrol del comportamiento, habilidades de relación social y otras.

La eficacia de cualquier tratamiento de un niño hiperactivo aumenta cuando se establece y mantiene una "colaboración activa" entre todos los profesionales que lo atienden.

***Nota:** estas denominaciones profesionales están limitadas al Estado español. En otros países, las diferencias en estudios y titulaciones pueden sugerir ciertos cambios en lo expuesto.*

(www.paidospsiquiatria.com)