

NIÑOS y ADOLESCENTES

HIPERACTIVOS

e

INATENTOS



Patrocinan esta Guía:



Fundación CALVIDA

www.calvida.com



Grupo
ALBOR-COHS
www.gac.com.es

Guía para PADRES y MAESTROS

APORTODAS.org
ALIANZA por los TDAs

NIÑOS HIPERACTIVOS E INATENTOS



Guía para Padres y Maestros

Autores:

E. Manuel García Pérez

Ángela Magaz Lago

Psicólogos Clínicos y Educativos

Grupo ALBOR-COHS

© Copyright de la obra: E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago

© Copyright de la presente edición: Fundación CALVIDA

e-mail: editor@gac.com.es

En la Web: <http://www.gac.com.es>

I.S.B.N.: 84-95180-35-9

Depósito Legal: M-1052-2007

Imprime: Gráficas Ballesteros

Impreso en España

ÍNDICE

Pág.

| | |
|----|---|
| 5 | Introducción |
| 7 | Un poco de historia |
| 10 | La actualidad del siglo XXI |
| 12 | La complejidad de la "Atención" |
| 14 | ¿Qué le ocurre a su hijo/alumno: ¿en qué consiste la Hiperactividad? |
| 19 | ¿Cómo puede saber si su hijo/alumno es Hiperactivo o Inatento? |
| 23 | ¿Qué debe esperar de un Servicio de Neurología Pediátrica? |
| 24 | ¿Qué debe esperar de un Servicio de Psiquiatría o Psicología Clínica? |
| 24 | ¿Qué debe esperar de un Servicio PsicoPedagógico? |
| 26 | Requisitos que debe reunir un INFORME PSICOPEDAGÓGICO |
| 28 | ¿Qué tratamientos existen para los TDAs? |
| 28 | Tratamientos educativos |
| 30 | Tratamientos psicológicos |
| 32 | Tratamientos psicopedagógicos |
| 35 | Otros tratamientos |
| 36 | Ayudas farmacológicas para niños hiperactivos |
| 39 | ¿Cuál es el futuro de un Niño Hiperactivo o Inatento? |
| 41 | Pautas generales a seguir por los Padres de Niños con Déficit de Atención |
| 50 | Los Niños con Déficit de Atención SIN Hiperactividad |

NOTAS

La estructura del castellano impone la concordancia de género y número en las distintas partes de cada frase. El respeto a dicha concordancia gramatical exigiría que, en los casos en que se hace referencia de manera indistinta a niños y niñas, hombres y mujeres, se debería escribir el/la niño/a, los/as niños/as, los/as profesores/as, el/la padre/madre. Si al escribir esta Guía hubiéramos empleado este sistema, su lectura se haría muy costosa y desagradable. Por tal motivo, hemos adoptado el criterio de emplear siempre el género masculino excepto en aquellos casos en que sea de especial interés destacar el femenino. La elección de este género no debe considerarse, por lo tanto, de carácter sexista, ya que es el método empleado en la práctica mayoría de todos los textos científicos y de divulgación.

En todo caso, deseamos reconocer aquí, de manera expresa, una situación generalizada de menor interés y aparente despreocupación por las niñas y mujeres que presentan problemas de hiperactividad. Cada vez más frecuentemente se llevan a cabo estudios concretos sobre la situación social: familiar y escolar, de niñas y adolescentes, las cuales suelen recibir menos atención en sus problemas de desarrollo que los varones. Esta discriminación parece ser que se establece en primer lugar en el seno de algunas familias, las cuales solicitan con mucha más frecuencia ayuda psicológica y psicopedagógica para los niños que para las niñas. Situación que suele invertirse en la adultez, siendo mucho más numerosas las consultas y tratamientos realizados a iniciativas de mujeres que de hombres.

¿Es esto una cuestión de cultura: actitudes, valores,...?. ¡Quizás!

Evidentemente, lo que debe resultar preocupante no es que los libros utilicen el género masculino de manera preferente para referirse a ambos sexos; lo que verdaderamente debe reducirse es la atención preferente que se otorga a los niños frente a las niñas, descuidando las necesidades de salud, afectivas, intelectuales y de todo orden en cada ámbito institucional: familia, escuela, trabajo, sociedad, etc.

Los autores

INTRODUCCIÓN

Si usted se encuentra leyendo este documento es porque tiene algún interés en conocer sobre los **“Trastornos por DÉFICIT DE ATENCIÓN con o sin HIPERACTIVIDAD”**. Esta **Guía** tiene como objetivo proporcionarle una información básica, de tipo general, completamente actualizada de acuerdo a los conocimientos a principio del año 2007, sobre los **diversos tipos de déficit de atención**. Aquí podrá usted conocer aspectos importantes de las características de los niños o adolescentes **hiperactivos** o **inatentos**, utilizándolos como referencia para tomar decisiones sobre las ayudas que pueden ser más eficaces para su hijo o alumno.

Todo niño es diferente. Puede compartir algunas características con otros niños: el color de su pelo, raza, sexo, estatura,...; pero se diferencia de todos los demás en muchas cosas. Es posible que un profesional especializado, médico o psicólogo, le haya informado de que su hijo es hiperactivo y usted se encuentre con otros padres o madres a cuyos hijos les han dado el mismo diagnóstico; por lo cual, usted puede pensar que sus hijos “son iguales”. Esto no es cierto: **dos niños hiperactivos cualesquiera son diferentes entre sí**.

Véalo de esta manera: dos niños pueden tener los ojos azules y sin embargo nadie piensa por eso que “son iguales”. Dos personas pueden ser conocidas por su generosidad o cordialidad y nadie piensa por eso que “son iguales”. Partamos pues, desde un principio, de considerar que

¡TODOS LOS NIÑOS SON DIFERENTES!

Los niños Hiperactivos y los Inatentos comparten alguna característica común y, es posible que en su forma de comportarse se parezcan mucho entre sí, pero eso **“NO LOS HACE IGUALES”**, sino **“PARECIDOS”**.

Cuando usted recibe el diagnóstico de un profesional en el que le informa de que un niño o adolescente es Hiperactivo o Inatento, debe tener en cuenta que sólo ha recibido información sobre **“una característica”** de él. Conocerle en todos sus aspectos aptitudinales y temperamentales es una condición imprescindible para poder educarlo bien, para ayudarle en sus dificultades en el desarrollo escolar y social. Sin embargo, el déficit de atención con o sin hiperactividad es una característica muy importante y con gran influencia en la vida de las personas, especialmente durante la etapa de su desarrollo infantil, por lo que conviene aprender sobre ella. Comencemos...



UN POCO DE HISTORIA...

No cabe ninguna duda de que la condición “déficit de atención con hiperactividad” (a la que nos referiremos en adelante como DAH o DA) ha existido siempre, como una característica más, entre otras, de las personas. Exactamente igual que la “introversión” o la “simpatía”. Lo que sucede es que, en la actualidad, los avances de la ciencia han permitido conocer mucho mejor estas características. En el año 1902, en una Reunión Científica, el pediatra inglés George Still, presentó los casos de ciertos niños cuya conducta era muy diferente a la mayoría de los que acudían a su consulta: estos niños no dejaban de moverse constantemente, lo miraban todo, lo tocaban todo...; aparentemente no tenían ningún freno en su conducta: eran desconsiderados con los demás, no pedían permiso para nada, actuaban según les venía en gana, sin considerar las posibles consecuencias para ellos o para los demás, mentían, se apropiaban de las cosas de los otros si les apetecía,...; manifestaban una gran falta de atención: no escuchaban cuando se les hablaba, dejaban sin terminar las cosas que empezaban, hacían las cosas que se les pedían de manera diferente a como se les había dicho, parecían olvidar con facilidad las instrucciones que recibían de sus educadores, ... y un sinnúmero de otros comportamientos cuya pauta común **parecía ser** la falta de control sobre su conducta. El doctor Still decidió, hace ahora algo más de 100 años, definir a estos niños como “Niños con Déficit del Control Moral”, con lo cual, sentó las bases para considerarlos formando parte de un grupo bien diferenciado de la población general y, además, para tratarlos como niños con “mal carácter”. Es de destacar que el Dr. Still ya avanzó en su época la teoría de que ésta era una condición congénita, es decir, heredada y no adquirida con posterioridad al nacimiento.

En los años posteriores, diversos profesionales, en principio Pediatras, y, más tarde, Psiquiatras Infantiles, Neurólogos y, finalmente, Psicólogos, se fueron ocupando del estudio de estos Niños. Todos ellos estuvieron de acuerdo en que constituían una clase especial de personas, diferentes a las demás en algunas características. Dependiendo de sus propios puntos de vista, apoyados en sus observaciones clínicas, fueron denominando a estos niños de diversas maneras, siempre desde la consideración de que tenían algún problema biológico del que debía hacerse cargo la Medicina.

Entre otras denominaciones “históricas”, a los niños Hiperactivos se les han aplicado los términos diagnósticos de:

Síndrome Conductual de Daño Cerebral. Daño Cerebral Mínimo. Disfunción Cerebral Mínima. Hiperactividad. Reacción Hiperkinética de la Infancia. Trastorno Impulsivo Hiperkinético. Síndrome de Hiperactividad Infantil. Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención. Trastorno de la Atención con Hiperkinesia y otros más.

Obviamente, el hecho de que distintos profesionales, en diversos países, empleasen denominaciones diferentes para la misma cuestión, dificultaba enormemente el progreso del conocimiento. Como este problema era el mismo que sucedía con las enfermedades comunes, se crearon algunas entidades cuyo objetivo era alcanzar acuerdos para denominar de la misma manera los diversos problemas de conducta o de salud. En Europa se constituyó la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra (Suiza) la cual creó unos Comités de Expertos que propusieron una Clasificación de las Enfermedades, a las cuales dieron un "nombre común". De esta manera, en el año 1946, la OMS ofreció a la comunidad científica y profesional de todo el mundo la CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES.

En el año 1992, se llevó a cabo la última actualización de esta clasificación, denominada CIE-10.

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en el año 1952 (seis años más tarde), decidió establecer por su cuenta otra clasificación diferente a la de la OMS. En su caso, se constituyeron Grupos de Trabajo, formados por expertos en cada área y elaboraron el denominado MANUAL DE DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO (DSM). En el año 2002, se llevó a cabo la última actualización de esta clasificación, denominada DSMIV-TR (TR = Texto Revisado). Como queda explicado, las Clasificaciones CIE-10 y DSM-IVTR, no constituyen otra cosa que unos acuerdos tomados por grupos de expertos para adoptar un lenguaje común.



Un error frecuente entre personas que no conocen bien esta cuestión es que consideran los contenidos de estas Clasificaciones como una Realidad Indiscutible. El Dr. John Ratey, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, ha expresado con mucha claridad esto, al afirmar (refiriéndose al DSM) que... *algunas personas consideran el DSM como la Biblia de la Medicina. Esto es un error: el DSM no dice **LO QUE SON LAS COSAS**, el DSM solamente dice **CÓMO SE DEBE LLAMAR A LAS COSAS**; y aún esto es, sencillamente, un **ACUERDO PROVISIONAL**...* (Quinta Conferencia Internacional ADDISS; Londres, 4 al 6 de noviembre de 2002)

LA ACTUALIDAD DEL SIGLO XXI

En el momento actual, la CIE-10 estima que los problemas a que nos referimos en esta Guía deben “denominarse”:

F.90 Trastornos hiperkinéticos (caracterizados por comportamiento hiperactivo y marcada falta de atención). Los cuales pueden ser subclasificados en dos tipos:

F.90.0 Trastorno de la actividad y de la atención (sin problemas de conducta)

F.90.1 Trastorno hiperkinético disocial (con problemas de conducta)

Por su parte, el Grupo de trabajo del DSM-IV, constituido por expertos con criterios discrepantes respecto del Déficit de Atención con Hiperactividad, ante la imposibilidad de llegar a un acuerdo, estableció un consenso que se ha traducido en frecuentes modificaciones a lo largo de los últimos años. En la versión IV-TR, estos problemas se han clasificado del modo siguiente:

314.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado

314.00 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio del déficit de atención

314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

Como puede comprobar, existen ciertas diferencias entre ambas clasificaciones, lo que explica que se hayan dado algunas contradicciones en los diagnósticos y en los resultados de investigaciones y estudios, según se basaran en una u otra clasificación. En cualquier caso, aunque usted oiga o lea cosas diferentes sobre la Hiperactividad, debe tener presente esto: un profesional competente estudiará el comportamiento de un niño y proporcionará como conclusión un diagnóstico. Este diagnóstico estará siempre avalado por el criterio clínico del profesional, nunca porque lo diga una Clasificación de Enfermedades. Es decir, el profesional le indicará que el niño o adolescente presenta un “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” (TDAH/TDA). O, más brevemente, que el niño o adolescente es Hiperactivo o Inatento.

Por otra parte, usted puede tener dudas, basadas en la discrepancia de criterios entre profesionales. Vamos a aclarárselas:

Los problemas a que nos estamos refiriendo en esta Guía, se centran, no sólo en una cuestión de mayor o menor hiperactividad (hacer muchas cosas) o hiperkinesia (moverse mucho), sino, también, en una cuestión relativa a la **CAPACIDAD de PRESTAR ATENCIÓN** a las cosas o a los sucesos.



LA COMPLEJIDAD DE LA "ATENCIÓN"

La atención es un conjunto de procesos que tienen lugar en determinadas áreas del cerebro y que se han diferenciado de la manera siguiente:

1. **Capacidad y habilidad para "focalizar" la atención** en determinado elemento del entorno. Lo que comúnmente se conoce como la habilidad para darse cuenta de los detalles importantes de las cosas, de los acontecimientos,...

Por ejemplo, usted puede hacer una comprobación aproximada de la Calidad o Eficacia de la Atención de un niño, proponiéndole que busque diferencias entre dibujos, que encuentre elementos escondidos en una lámina (por ejemplo: ¿Dónde Está Wally?). Un niño con buena Capacidad para FOCALIZAR su atención, es decir con buena CALIDAD o EFICACIA ATENCIONAL, encuentra pronto los detalles diferentes o las figuras escondidas (a excepción, claro está, de que tenga un déficit visual).

2. **Capacidad para "mantener la atención"** focalizada en una tarea determinada. Lo que padres y maestros denominan: ser capaz de mantenerse atento un rato.

Esta capacidad para **Mantener la Atención**, se conoce como **Atención Sostenida** y usted puede comprobarla, si al proponerle una tarea como la de buscar diferencias entre dibujos, el niño es capaz de dedicarse a ella durante bastante rato. También se observa en niños capaces de mantenerse jugando con construcciones: madera, LEGO, rompecabezas, juegos reunidos,... o dibujando. Debemos exceptuar dos situaciones especiales: a) muchos niños con problemas para mantener la atención son capaces de estar bastante rato con juegos informáticos (PC, consolas,...) y b) viendo programas de televisión o películas de vídeo con dibujos animados. Por su naturaleza, estas actividades deben excluirse cuando se desea comprobar si un niño tiene problemas para "mantener la atención".

3. **Capacidad para "alternar el foco de la atención"**. También conocida como **"Atención Dividida"**. Esto quiere decir que el niño es capaz de atender a varias cosas a la vez. Por ejemplo, mientras está viendo la TV, es capaz de atender a lo que están hablando sus padres, o, también, mientras está haciendo las tareas escolares, está atento a lo que hacen sus hermanos en el salón o en el patio, etc.

Con relación a estas capacidades o habilidades atencionales, los niños pueden tener un nivel bueno o malo en unas u otras, o bien, en todas ellas.

Los niños Hiperactivos, de quienes nos ocupamos de manera especial en esta Guía no tienen por qué tener problemas de Calidad Atencional, ni de Atención Dividida. Los niños Hiperactivos **siempre tienen dificultades para Mantener la Atención**. Por eso su correcta denominación debería ser: **Niños con Trastorno por Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad**. Estos son los niños que el DSM-IVTR denomina *tipo combinado* y la CIE-10 describe como *Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperkinesia*.

Por otra parte, es posible que su hijo o alumno no tenga dificultades para mantener la atención, pero sí para percibir los detalles importantes de las cosas; puede que, a menudo, esté ensimismado, "en las nubes", distraído,... y que, no tenga una movilidad excesiva, sino que incluso sea un niño "lento". En este caso, estaríamos hablando de un **Niño con Trastorno por Déficit de Calidad Atencional, sin Hiperactividad**. Éstos son los considerados por el DSM-IVTR como *tipo Inatento*.

Si su hijo tiene problemas de Atención Sostenida e Hiperkinesia, sería considerado como *tipo combinado* por el DSM-IVTR.

En cualquier caso, conocer estas características es muy importante, pero NO ES SUFICIENTE para diseñar un Plan de Ayuda al Niño o Adolescente.

QUÉ LE OCURRE A SU HIJO O ALUMNO: ¿EN QUÉ CONSISTE LA HIPERACTIVIDAD?

Como le comentábamos antes, todas las personas somos diferentes. Según parece deducirse de los estudios realizados en los últimos años, los niños hiperactivos tienen alguna parte del cerebro que funciona de manera distinta a la mayoría. Esta diferencia no constituye en sí misma una enfermedad, como tradicionalmente se entiende este término; sencillamente, el cerebro funciona de otro modo y esto conlleva en las personas Hiperactivas la **Necesidad de Moverse con cierta Frecuencia**, además, de **Tener que Cambiar el Foco de su Atención cada Poco Tiempo**. Suele decirse que, también las personas hiperactivas son muy impulsivas, pero en realidad se trata de la misma dificultad para mantener la atención: bien sea, para realizar tareas motrices largas, bien para realizar tareas cognitivas largas.

Los niños y adolescentes hiperactivos reflexionan perfectamente y controlan la "impulsividad" cuando aprenden a hacerlo y les interesa. En cambio, aunque deseen permanecer más tiempo quietos y atentos les cuesta mucho esfuerzo hacerlo, debido a su característica particular.

Los Neurofisiólogos llevan tiempo realizando estudios para comprender la razón de ser de esta diferencia, pero, pese a los avances obtenidos, **hoy en día no tienen respuestas claras y concretas**. Se ha informado de algunas diferencias entre hiperactivos y no-hiperactivos, a quienes se les denomina "normales". Esto constituye un error metodológico gravísimo en investigación sobre diferencias.

Debe tenerse en cuenta que cuando se agrupa a individuos de acuerdo a algún criterio, es de esperar una mayor similitud en ciertas características entre ellos, que cuando se forma un grupo con sujetos reunidos al azar; en este caso, que "no tienen un rasgo o característica común": ser hiperactivos. Sería igual que estudiar las diferencias entre aquellas personas que tienen un cociente intelectual bajo (deficiencia mental leve a grave), que podrían ser el grupo de "deficiencia intelectual", y otro grupo de personas que "no tienen deficiencia intelectual". Naturalmente, las similitudes biológicas entre el grupo de deficiencia intelectual serán probablemente mucho mayores entre sí que las que similitudes que podría haber entre el otro grupo, formado por personas de muy diversas aptitudes intelectuales: nivel medio bajo, medio-medio, medio, superior o sobredotados.

Acaso no le llama a usted la atención el hecho de que habiéndose identificado tan bien los grupos de niños con niveles intelectuales diferentes, lo que se traduce en comportamientos y rendimientos escolares muy diferentes, los Neurofisiólogos, no se dediquen al estudio de sus "Potenciales Evocados", pruebas Neuropsicológicas, Cartografías Cerebrales, Tomografías, etc.

Quizás también se encontrarían diferencias (pequeñas) en tamaño de estructuras cerebrales, diferencias en algún "neurotransmisor", etc.

La realidad es que, habida cuenta de la gran cantidad de errores metodológicos en las investigaciones realizadas con niños con TDAs, hoy en día, ninguna entidad oficial ha aceptado como cierto y comprobado que estos niños tengan alguna característica biológica diferente; lo cual, por otra parte sería la mejor prueba diagnóstica, que hoy por hoy NINGÚN PROFESIONAL lleva a cabo.

Sin embargo los múltiples estudios realizados en diversos países durante bastantes años sí han permitido conocer que tanto el DAH, como el DA (Hiperactivos e Inatentos)...

NO...

- ... consiste en una lesión o un tumor cerebral*
- ... tiene relación con la Deficiencia Mental: hay hiperactivos muy inteligentes, como los hay de inteligencia media y baja*
- ... se debe a una educación inadecuada. Aunque son niños de educación difícil y con mucha frecuencia los padres no saben educarlos correctamente*
- ... se debe a los alimentos que toma*
- ... se debe a problemas visuales, ni de columna vertebral*
- ... está provocada por intoxicaciones, ni por traumatismos, ni por radiaciones,...*
- ... tiene nada que ver con ser zurdo*
- ... desaparece en la adolescencia, ni en la adultez*
- ... tiene tratamiento médico ni psicológico que permita dejar de ser Hiperactivo*

Por otra parte, tanto la investigación clínica, como la experiencia de los profesionales cualificados, han permitido conocer que ambas condiciones: DAH y DA

- ... son congénitas. Es decir se nace con una u otra condición.*
- ... alrededor de un 3% de la población es hiperactiva y un 13% inatenta*
- ... El DAH es una característica más frecuente en niños que en niñas (3 ó 4 niños por cada niña)*
- ... todavía no existen datos suficientes para poder establecer las posibles diferencias entre niños y niñas inatentos/as*
- ... parecen estar relacionadas con los genes. Por lo tanto se heredan de algún antepasado*
- ... pueden presentarlas uno o varios miembros de la familia*
- ... la condición DAH se manifiesta desde el primer año de vida, pero no puede asegurarse hasta los cinco o seis años de edad, ya que muchos niños pequeños se mueven mucho y les cuesta poner atención a las cosas*
- ... existen algunas sustancias químicas que ayudan al niño con DAH a mantenerse más atento y quieto (psicoestimulantes), lo que redundaría en su beneficio, al permitirle aprender, pero no pueden considerarse "medicamentos que curan"*
- ... para los niños con DA no existen sustancias químicas que produzcan mejoras significativas, de un modo similar al caso de los niños con DAH.*
- ... Hiperactividad e Inatención, en la niñez y adolescencia, son un factor de riesgo para el fracaso escolar o los problemas de relación social, pero no los provoca, ni éstos son inevitables. En el caso de los niños inatentos, el riesgo de fracaso escolar es mayor que los hiperactivos. Al contrario, los niños hiperactivos presentan más problemas de conducta que los inatentos.*
- ... en la adultez la condición DAH puede ser un elemento de progreso social y laboral. Los hiperactivos suelen ser muy apreciados por su alto nivel de trabajo. Muchos profesionales destacados en diversas áreas son hiperactivos: periodistas, maestros, mecánicos, ingenieros, hosteleros, economistas, administrativos, peluqueros, etc.*

¿CÓMO PUEDE USTED SABER SI SU HIJO O ALUMNO ES HIPERACTIVO O INATENTO?



La única forma de saber con seguridad si un niño es poseedor de la condición "hiperactivo" o "inatento" es acudiendo a un **servicio profesional especializado en este tema**. Los profesionales capacitados para emitir un diagnóstico de TDA son: Médicos y Psicólogos Clínicos. Otros profesionales pueden orientarles acerca de la posibilidad de este diagnóstico pero no están cualificados para emitir formalmente un diagnóstico. Por ejemplo: Pedagogos, PsicoPedagogos y Psicólogos Educativos.

Usted puede encontrarse con que un Psicólogo Clínico, Pediatra o Psiquiatra le aconseja acudir a un Neurólogo. Esto puede deberse a tres razones:

1. El profesional no tiene experiencia suficiente y prefiere delegar el diagnóstico en otro.
2. El profesional consultado ha encontrado manifestaciones de conducta que pudieran explicarse por otro problema neurológico diferente al TDA (**muy poco frecuente**)
3. En el caso de confirmación del diagnóstico de TDA, si se considerase conveniente proporcionarle durante un tiempo medicación psicoestimulante como ayuda (sólo en el caso de hiperactivos), puede ser necesario realizar un EEG (electroencefalograma) que permita asegurarse de que la medicación no tiene contraindicaciones.

Ahora bien, si el niño tiene más de cuatro y menos de doce años, usted puede observar su comportamiento habitual y decidir si corresponde llevarlo a un especialista, para corroborar o descartar este diagnóstico. Para ello puede reflexionar sobre las siguientes cuestiones:

Desde los primeros años de vida (3-4 años) y de manera generalizada, en todo lugar (hogar familiar, casa de otras personas, en la calle, en la escuela,...) y sea cual sea la época del año, momento del día o día de la semana, se observa como comportamiento habitual y frecuente:

Está moviéndose de un lado para otro: no para quieto

Cuando está sentado, se mueve mucho en su silla

Habla mucho, casi constantemente

Cualquier cosa lo distrae de lo que está haciendo

Le cuesta concentrarse en lo que hace

Cuando se le habla parece que no está escuchando

Abandona lo que hace sin terminarlo

Se mueve con brusquedad, tropieza, se da golpes

Cuando se le pregunta responde muy deprisa, sin pensar

Interrumpe a los demás cuando están haciendo algo

Le cuesta mucho esperar, no tiene paciencia

Hace cosas sin pensar en las posibles consecuencias

Si desea algo intenta conseguirlo de manera inmediata

[] Los Profesores informan de lo mismo en el Colegio
..... **Posible "HIPERACTIVIDAD" (DAH)**

- [] Le cuesta darse cuenta de los detalles importantes de las cosas o las situaciones
- [] Se le ve absorto/a en sus pensamiento, en las nubes,...
- [] Se mueve y hace las cosas con lentitud, como si le faltase energía
- [] Despistado/a, tarda en darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor
- [] Se muestra apático/a, indiferente, sin interés por las cosas
- [] Tarda en comprender lo que se le explica
- [] Es lento/a para realizar sus actividades cotidianas: lavarse, vestirse ...
- [] Los Profesores informan de lo mismo en el Colegio
..... **Posible "INATENCIÓN" (DA)**

Si su hijo/a muestra más de la mitad de cada grupo de indicadores puede que posea la característica DAH o DA.

Ahora bien, debe tener presente que estos comportamientos varían mucho de unos niños a otros y, desde luego, a partir de los once o doce años empiezan a cambiar. Si es mayor de diez años, debe recordar y valorar su comportamiento en los años anteriores.

Por otra parte, estos comportamientos también están presentes en los niños con problemas de ansiedad. Muchos niños parecen hiperactivos, pero en realidad son niños muy activos o bien se encuentran bajo estrés.

Los niños hiperactivos se detectan primordialmente, porque desde muy pequeños no paran quietos y son incapaces de estar atentos a un juego o una actividad un tiempo razonable.

Los niños hiperactivos, a menudo también sufren problemas de ansiedad y estrés; les sudan las manos y otras partes del cuerpo, se muerden las uñas, tienen pesadillas durante el sueño, a veces tienen tics durante el período escolar, etc.

Por favor: ¡NO INTENTE HACER UN DIAGNÓSTICO DE SU HIJO! Busque un Profesional de confianza, con experiencia, y consulte con él. Si tiene dudas, contraste su opinión con otro profesional. Recuerde siempre que la responsabilidad de la educación y la salud de sus hijos es de sus padres, no de su Pediatra o de sus Maestros.

Para conseguir referencias sobre Profesionales cualificados puede consultar la página web: www.cit-tdas.com



¿QUÉ DEBE ESPERAR DE UN SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA?

La única razón que puede justificar la visita a un Neurólogo o Servicio de Neurología Pediátrica sería la sospecha por parte de su médico de familia de que el niño pudiera presentar algún problema neurológico que implique, entre otros síntomas, comportamientos de hiperactividad o inatención. Tenga en cuenta que los TDAs se consideran “Trastornos de Conducta” y **no son** “Trastornos Neurológicos”. Por este motivo, **esta consulta no es necesaria** para obtener un diagnóstico de TDA o TDAH; solamente se considera de interés si fuera necesario descartar alguna enfermedad neurológica, ya que los TDAs no lo son.

Para saber si su hijo tiene algún tipo de déficit de atención, si es hiperactivo o inatento, **no es imprescindible** que le hagan pruebas médicas complicadas.

Solamente en el caso de que su hijo manifieste otros indicadores diferentes a los del TDA, que hicieran sospechar al médico la presencia de otros problemas, le propondrá que autorice algunas pruebas médicas. Éstas pueden ser:

- Un electroencefalograma
- Un estudio genético
- Un polisomnograma nocturno
- Un T.A.C.

¿QUÉ DEBE ESPERAR DE UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA O PSICOLOGÍA CLÍNICA?

Si usted decide llevar al niño a un Psiquiatra Infanto-Juvenil o a un Psicólogo Clínico, para saber si tiene algún tipo de déficit de atención, este profesional les propondrá a ambos padres una entrevista estructurada, en la que les solicitará que le informen sobre el comportamiento habitual del niño desde su primera infancia.

Probablemente, les proporcionará algún cuestionario para que el profesorado habitual lo cumplimente con las observaciones correspondientes al comportamiento del niño en el Centro escolar.

Solamente en caso de dudas sobre la presencia de algún otro problema los remitirá al Neurólogo. Si a su entender resulta innecesario, les entregará, si así corresponde, el diagnóstico de TDA o TDAH.

¿QUÉ DEBE ESPERAR DE UN SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO?

En un Servicio de Psicología Educativa no le proporcionarán un diagnóstico de TDA, aunque es posible que le informen de la posibilidad de que su hijo presente esta característica y le remitan a los servicios anteriores: Psicología Clínica, Psiquiatría o Neurología Pediátrica.

No obstante, como le indicamos con anterioridad, saber que un niño tiene algún tipo de Déficit de Atención, **no es suficiente** para diseñar un Plan de Ayuda. El Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, si no se detecta de manera temprana, conlleva muy frecuentemente otros problemas, como pueden ser:

- *retraso en habilidades y hábitos de autonomía personal*
- *retraso en aprendizajes básicos: lectura, escritura, cálculo,...*
- *retrasos curriculares: matemáticas, lenguaje, ...*
- *problemas en las relaciones sociales*
- *deterioro de la seguridad en sí mismo, autoestima*

Un servicio PsicoPedagógico puede realizar un proceso que denominamos de **Valoración Individual y Contextual del Niño o Adolescente con TDA**. Con esto queremos indicar que del escolar no sólo hay que conocer que presenta las características del TDA sino que, también, debemos conocer sobre otras aptitudes y nivel de desarrollo de habilidades. Además, cada niño tiene una familia y unos profesores diferentes, los cuales aplican sistemas educativos distintos, que se deben conocer para proponer cambios o apoyar los hábitos actuales. Por eso, sugerimos a los Padres que soliciten a los Servicios PsicoPedagógicos a los que acudan, un Informe con los resultados de haber administrado al menos las siguientes pruebas psicoeducativas:

- Test de Razonamiento o Inteligencia Lógica
- Test de Atención Sostenida y de Calidad Atencional
- Test de Lecto-escritura
- Prueba de Estilos Educativos de los Padres
- Informe de Conducta en Casa
- Informe de Conducta en el Centro Educativo
- Pruebas indicadoras de niveles de ansiedad y estrés
- Pruebas indicadoras de los niveles de ajuste social
- Pruebas que evalúen las habilidades de relación social

Debido a la escasa utilidad práctica de las pruebas denominadas neuropsicológicas, **se desaconsejan** las mismas, ya que con sus resultados no es posible diseñar **Planes de Intervención PsicoEducativa**.

Requisitos que debe reunir un INFORME PSICOPEDAGÓGICO

Tras la realización de un proceso de Valoración tal como se ha descrito, se debe solicitar un Informe PsicoPedagógico escrito, el cual, de acuerdo con las normas deontológicas propuestas por los Colegios Profesionales, debe cumplir los siguientes requisitos:

Debe indicar el nombre de cada una de las pruebas realizadas y los resultados obtenidos en cada una de ellas. No sirve indicar: "un test de lectura" o "una prueba de atención". El Informe debe recoger la denominación correcta de la prueba, de forma que cualquier otro profesional pueda conocer con qué instrumento se obtuvieron los resultados, y pueda contrastarlos.

Tras la descripción de los resultados, el Informe debe incluir un apartado denominado "Conclusiones", en el cual el profesional que lo emite expone sus hipótesis sobre la naturaleza de los problemas que presenta el niño o adolescente. Estas conclusiones suelen describir las relaciones funcionales entre los resultados en cada prueba.

Todo Informe de Evaluación debe incluir un pronóstico probable de lo que sucederá en el futuro si no se modifican algunas circunstancias descritas en el mismo, así como los cambios esperables en caso de llevarlas a cabo.

Finalmente, el Informe debe añadir un Consejo Orientador en el que se describan las acciones educativas que se proponen para superar la situación problemática que es motivo de la consulta al profesional. Estas acciones educativas deben ser concretas y claras, sin dejar lugar a interpretaciones, ni a dudas sobre las mismas.

El profesional debe firmar el informe de su puño y letra, expresando su nombre completo, titulación y número de colegiado. Este último requisito (número de colegiado) no es exigible a los funcionarios ya que no están obligados a colegiarse si trabajan para la administración pública. Sin embargo, todo profesional en ejercicio libre está obligado por ley a colegiarse.

Un Informe es un documento serio y riguroso. De su calidad depende la eficacia posterior de los tratamientos que recibe su hijo. Si no exige al profesional un Informe escrito, no podrá exigirle posteriormente ningún tipo de responsabilidad por errores cometidos durante la evaluación.

Tenga en cuenta que la evaluación psicopedagógica es a la intervención educativa, lo que un análisis de sangre o unas radiografías a la intervención farmacológica o quirúrgica. Un error en la evaluación puede llevar a un error en el tratamiento. Cuide la calidad de la evaluación que realizan a su hijo: **De una buena evaluación psicopedagógica, depende una buena intervención psicopedagógica.**

¿QUÉ TRATAMIENTOS EXISTEN PARA LOS TDAs?

A lo largo de los años, se han ido desarrollando diversos procedimientos para ayudar a los niños y adolescentes con TDAs. Ahora bien, debemos dejar bien claro que los Déficit de Atención, en tanto en cuanto constituyen una característica de la persona NO TIENEN TRATAMIENTO que los modifique. No obstante, como la hiperkinesia y la dificultad para mantener la atención conllevan la aparición y consolidación de otros problemas, se han diseñado diversas estrategias farmacológicas y educativas para evitarlos o mitigarlos.

1. TRATAMIENTOS EDUCATIVOS

Como hemos explicado en otro lugar (1), el Déficit de Atención con o sin Hiperactividad no es un problema en sí mismo. Si la sociedad estuviera organizada de otro modo: con una vida al aire libre, menos masificada, con una educación mucho más participativa y menos "sedentaria" (el niño pasa horas sentado en una silla o pupitre), si hubiera menos prisa y menos presión hacia los niños para que tengan todos ellos un comportamiento idéntico, "normal",... QUIZÁS los niños Hiperactivos no sufrirían tanto a causa de sus dificultades para estar quietos y atentos mucho rato.

Esta reflexión, compartida por la mayoría de los profesionales con amplia experiencia en el tema, sugiere la dirección que deben tomar los Profesores desde el nivel de educación infantil hasta la educación secundaria.

Desde hace años, venimos exponiendo a los profesores que asisten a los cursos que impartimos, la necesidad de comenzar cada año académico con un proceso de identificación de las características diferenciales de cada alumno. Este proceso, que se denominaría "evaluación inicial", no es práctica habitual en nuestro sistema educativo. Si así sucediera, y los Centros Educativos que buscan la calidad ya lo están poniendo en práctica, los niños Hiperactivos estarían **Detectados** a finales de la Educación Infantil e **Identificados** sin ninguna duda en el primer curso de Educación Primaria. A partir de la identificación como niños Hiperactivos, los profesores pueden poner en marcha lo que se denomina técnicamente una Adaptación Curricular Metodológica. Es decir, que el profesor, al conocer que el niño no puede mantener la atención en una tarea un tiempo muy prolongado, procura realizar exposiciones breves, con interrupciones aclaratorias o repetitivas cada cuatro, seis u ocho minutos, dependiendo del curso o nivel. Actuando de esta manera da oportunidad al niño Hiperactivo a que realice pequeñas distracciones y se ponga en condiciones de volver a atender en el siguiente período de tiempo. Además, sienta al niño con estos problemas atencionales cercano a su mesa y la pizarra, próximo a otros compañeros con buena capacidad y hábitos de atención, alejándolo de los puestos finales, las esquinas, ventanas, puertas, compañeros que lo puedan distraer,... Con relación a la necesidad de moverse, organiza la situación de forma que, por ejemplo, lo nombra ayudante y, cuando observa que lleva mucho tiempo quieto y empieza a moverse nerviosamente, le encomienda alguna tarea, dentro o fuera de la clase; le pide que reparta material a sus compañeros o les retire lo que están haciendo,...

Los ejercicios o tareas de clase, los divide en tramos reducidos, de forma que los pueda realizar a intervalos; mientras los está realizando, se acerca y le supervisa, le da instrucciones, le dirige algunas palabras de ánimo,...

Si, en función de unas aptitudes intelectuales o atencionales bajas, o por acumulación de retrasos curriculares de cursos anteriores, no pudiera seguir el currículo normal, recibirá apoyos complementarios en el aula normal o de apoyo.

En algunos casos las familias de niños hiperactivos eligen buscar un profesor particular que les proporciona ayuda pedagógica complementaria a la que recibe en el Colegio.

2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

El término tratamiento psicológico suele ser un término poco preciso, debido principalmente a que los Psicólogos, bajo la denominación de Psicoterapia o Terapia Psicológica, suelen realizar cosas **muy diferentes**.

Durante los pasados años, los Psicólogos han "tratado" a los niños hiperactivos con técnicas denominadas: juego terapéutico, relajación emotiva, relajación imaginada, psicomotricidad, psicoanálisis infantil, técnicas de mejora de la autoestima, terapia de conducta y otras.

En realidad las técnicas terapéuticas son para lo que su propio nombre indica: "terapeutizar" (o sea, "curar" algo que está mal). Por tal motivo y de una manera muy resumida como es el objetivo de esta Guía, diremos que *"mal se puede curar lo que no está enfermo..."*

El **Déficit de Atención**, volvemos a repetir **no es una enfermedad**, sino *una característica congénita de algunas personas, que favorece la aparición de posibles problemas en su vida*. Esto es: puede que el niño desarrolle problemas de relación social, de deterioro de su autoestima, de ansiedad y estrés, de depresión,... pero en tal caso, los profesionales de la Psicología Clínica, deberán emplear técnicas eficaces para el tratamiento de la depresión, la ansiedad, la mejora de las relaciones sociales o familiares, etc., lo cual dependerá de cada caso concreto. Pero, nunca estas técnicas serán tratamientos psicológicos del DA o DAH, sino de un Niño o Adolescente que **padece temporalmente** un TDA.

De manera general, el papel de los Psicólogos especializados en este tema, consiste en:

- 1º. Proceder a la evaluación de los factores intervinientes en el desarrollo escolar, familiar, personal y social: inteligencia, atención, adaptación, ansiedad, depresión, etc.
- 2º. Realizar un Informe de Evaluación y de Asesoramiento a la Familia.
- 3º. Diseñar un Plan de Acción, en el que involucre al Niño, sus Padres y otros familiares que convivan habitualmente con él, sus Profesores y Compañeros de Aula.
- 4º. Mantener un contacto regular con los Profesores para supervisar el desarrollo de los programas de entrenamiento o de cambio de conducta. Asesorarlos cuando resulte conveniente.
- 5º. Supervisar y/o aplicar determinados Programas de Entrenamiento.

- 6°. Asesorar, guiar y apoyar afectivamente a los padres durante todo el proceso de ayuda al hijo. Opcionalmente, entrenarlos en técnicas de educación asertiva.
- 7°. Si el niño recibe ayuda de psicofármacos, comunicar al médico que se los prescribe los cambios y avances en la adquisición de habilidades para regular su comportamiento.

3. TRATAMIENTOS PSICOPEDAGÓGICOS

Los tratamientos psicopedagógicos son los métodos más adecuados para ayudar a los niños hiperactivos a mejorar su adaptación al mundo en el que viven. Seguramente, en un mundo en el que estos niños fueran mayoría, quienes tendrían que aprender a adaptarse serían los demás; pero, como el mundo no es así, son ellos quienes han de aprender a regular su comportamiento.

Los tratamientos psicopedagógicos se llaman así porque consisten en procedimientos de enseñanza-aprendizaje de habilidades comportamentales. Es decir, lo **pedagógico** se refiere a que son destrezas que hay que *aprender* (y hace falta alguien que las *enseñe*); y lo **psicológico** se refiere a que lo que hay que enseñar-aprender son *destrezas para aplicar en la vida cotidiana* (conducta). Como tales tratamientos consisten en procesos de enseñanza, los pueden aplicar los profesionales de la educación conocedores de los objetivos a lograr: maestros, pedagogos, psicopedagogos, psicólogos educativos,... y otros profesionales debidamente entrenados o supervisados por alguno de los anteriores.

Entre los tratamientos psicopedagógicos, la experiencia de varios años en casos muy diversos de Niños y Adolescentes con Déficit de Atención hace recomendables los siguientes objetivos y procedimientos:

Para lograr una **Mejora de la Capacidad de Atención Sostenida...**

Los entrenamientos en Focalización y Mantenimiento de la Atención son estrategias muy útiles para conseguir que los niños hiperactivos adquieran habilidades de regulación de la atención. Debe tenerse en cuenta que la atención (focalización, mantenimiento, alternancia,...) es una capacidad con la que se nace pero que es preciso desarrollar en forma de habilidades atencionales (igual que la inteligencia o el lenguaje)

Mediante un entrenamiento sistemático, de algunas sesiones semanales a lo largo de varios meses (seis o más), los niños y adolescentes consiguen mejorar su capacidad atencional, aprendiendo estrategias para regular y limitar las distracciones (2a y 2b)

Durante la realización de estos entrenamientos sería preferible que el niño no estuviese bajo los efectos de medicación estimulante ya que ello reduce la eficacia del procedimiento. El niño debería recibir este entrenamiento de manera individual o formando parte de un grupo máximo de cuatro niños por educador.

Para lograr una **Mejora de las Relaciones Sociales...**

Los Niños y Adolescentes Hiperactivos suelen, en su mayoría, tener problemas de relación con hermanos, compañeros, vecinos, padres, profesores y otras figuras de autoridad. La causa principal de estos problemas se ha relacionado con la falta de destrezas sociales: habilidades cognitivas para resolver problemas interpersonales,

habilidades de comunicación y habilidades para regular las emociones: ira, frustración, ansiedad, miedo,...

Obviamente, siempre se insiste en que son niños muy impulsivos, es decir, que actúan sin pensar; pero, ¿se ha parado a pensar quien esto afirma si el niño **sabe pensar**...?. En nuestro trabajo diario con niños hiperactivos hemos constatado persistentemente un grave déficit en habilidades cognitivas de solución de problemas (3). Los niños Hiperactivos suelen presentar déficit muy importantes en *generar alternativas a una situación problemática*, en *anticipar consecuencias* para cada alternativa y, muy especialmente, en *elegir, de entre todas las posibles, una buena alternativa* para resolver un problema.

El entrenamiento en Habilidades Cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales ha venido empleándose con bastante éxito desde hace más de veinte años en los Estados Unidos (4) y en España (5) para conseguir reducir la impulsividad y hacer más reflexivos y competentes socialmente a estos niños. Estos entrenamientos resultan muy eficaces cuando se realizan en grupos reducidos de cuatro a seis niños con edades y dificultades similares. Se desarrollan en dos sesiones semanales durante cuatro a seis meses.

Para lograr una **Mejora de los Problemas de Conducta**...

Bajo el término **Problemas de Conducta** se engloban aspectos tales como: desobediencia, incumplimiento de normas en casa o en el aula, agresiones verbales, gestuales o físicas a iguales, mayores o menores, falta de hábitos de aseo, de alimentación, etc. Las denominadas **Técnicas de Modificación de Conducta** se han empleado desde hace más de treinta años, con estos niños y adolescentes, con mayor o menor éxito para conseguir los objetivos planteados. Comparadas con cualesquiera otras técnicas de control del comportamiento, la Modificación de Conducta es sin ninguna duda la mejor opción; sin embargo, su empleo por profesionales con poca experiencia suele provocar grandes fracasos y, lo que es peor, sensibiliza al niño o adolescente contra ella, haciendo mucho más difícil su empleo al siguiente profesional que intenta usarlas.

Con frecuencia, los padres, cuando un profesional les sugiere el empleo de un sistema de recompensas y castigos, normalmente bajo la forma de un **Acuerdo de Cambio de Conducta**, suelen indicar que eso ya lo han intentado, pero sin éxito. La realidad es que padres y maestros, llevados de su mejor voluntad, pero desconocedores de la técnica, suelen emplear mal los denominados premios y castigos, de forma que, en ocasiones, tales premios no constituyen una recompensa y los supuestos castigos, tampoco lo son, a pesar del desagrado que ocasionan al niño o adolescente.

Un **Acuerdo de Cambio de Conducta** bien diseñado y bien llevado a la práctica reduce las conductas inadecuadas y consigue la aparición de las conductas adecuadas en un plazo máximo de cuatro a seis semanas.

4. OTROS TRATAMIENTOS

Diferentes profesionales: logopedas, psicomotricistas, maestros de educación especial, optometristas, pedagogos, asesores educativos, terapeutas familiares, osteópatas, masajistas, dietistas, y otros, han puesto en marcha diferentes recursos supuestamente terapéuticos del TDAH: terapia lúdica (por ejemplo, jugar a las cartas), psicomotricidad, reeducación visual, tratamientos antidislexia, terapia familiar, osteopatía, biofeedback, neurofeedback, masaje sensitivo, dietas especiales, gimnasia, deportes,...

No cabe ninguna duda de que cada uno de estos recursos terapéuticos resultan eficaces para tratar los problemas adecuados; por ejemplo, el entrenamiento visual para niños con problemas de coordinación visual, la dieta para los obesos, la motricidad para los que tienen problemas de coordinación motriz a causa de lesiones, la relajación y el masaje para los ansiosos,... pero para el déficit de atención o la hiperactividad en los múltiples estudios rigurosamente realizados no se han manifestado eficaces (6).

5. AYUDAS FARMACOLÓGICAS PARA NIÑOS HIPERACTIVOS

Desde hace muchos años se conoce la utilidad de los medicamentos psicoestimulantes para los niños con TDAH. En principio fue un psiquiatra norteamericano, el Dr. Bradley a quien se le ocurrió la idea de dar psicoestimulantes a niños hiperactivos a quienes un tratamiento previo con tranquilizantes les hacía moverse más.

Con la administración de una anfetamina (la benzedrina) descubrió lo que se llamó efecto de la "calma paradójica". Esto es: un estimulante, en vez de activar al individuo, lo tranquiliza...! En la actualidad, los fármacos que se ofrecen a los niños hiperactivos son derivados de las anfetaminas. El compuesto químico base de estos medicamentos es el metilfenidato que se comercializa en diversos países con nombres diferentes: Ritalín, Rubifén, Concerta,... A pesar de la gran profusión de quejas sobre este medicamento, la realidad es que, aunque no tiene efectos terapéuticos (no cura nada), durante el tiempo que permanece en la corriente sanguínea, modifica artificialmente el funcionamiento cerebral y esto permite al niño estar más atento a las tareas escolares o a las explicaciones de los profesores, lo que le facilita la comprensión y el aprendizaje, además de permitirle estar más quieto, sin necesidad de ese movimiento excesivo, causa de tantas recriminaciones por parte de padres, profesores, amigos, hermanos, etc.

El medicamento debe entenderse como una ayuda para el niño y por lo tanto, se prescribe, de acuerdo con el criterio del médico y con la conformidad de los padres.

Existen muchos mitos y errores sobre la medicación como forma de ayuda a los niños hiperactivos (7), aquí solamente queremos indicar que son muchos los niños que se benefician de estos tratamientos, normalmente combinados con otras intervenciones psicopedagógicas, sin que sufran ningún otro problema a causa de los mismos. El uso prudente y moderado del metilfenidato (solamente durante las horas o días de colegio) no ha sido causa de problemas relevantes durante los pasados treinta años. Sin embargo, la aparición de nuevos compuestos que mantienen durante más de 10 horas la concentración en sangre de esta sustancia y la prescripción ininterrumpida de la misma los

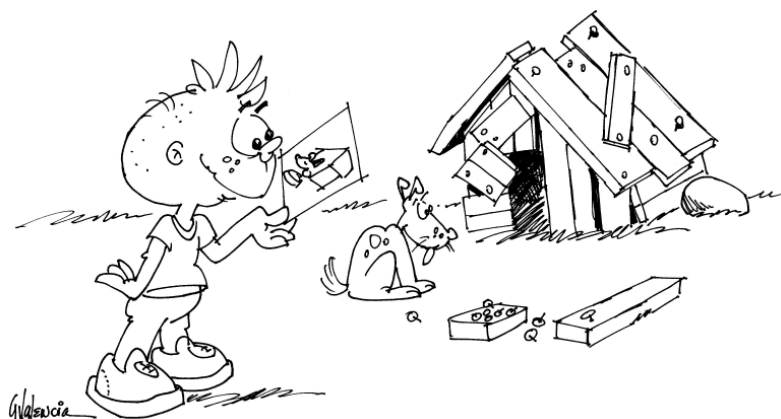
365 días del año, amparada en razones nunca justificadas, ha conllevado la aparición de algunos efectos secundarios indeseables, tales como la pérdida de peso (debida a los efectos de inhibición del apetito de esta sustancia) y una reducción del crecimiento. Por este motivo se desaconseja absolutamente su administración a niños menores de seis años. Además, en el año 2006 la Administración Norteamericana ha exigido que los envases de estas sustancias incluyan una etiqueta negra como advertencia de los serios riesgos que conlleva su consumo.

En cualquier caso la prescripción del fármaco a un niño hiperactivo corresponde al médico, pero son los padres quienes, informados del tipo de fármaco y de su finalidad, tienen la responsabilidad de decidir.

En ocasiones se ha mencionado que proporcionar este tipo de fármacos puede favorecer que el niño se haga posteriormente adicto al consumo de drogas, pero tales afirmaciones no tienen otra base que el prejuicio de algunas personas frente a los medicamentos. No obstante, acostumbrarse a resolver los problemas de la vida mediante el recurso de fármacos: somníferos, tranquilizantes, antidepresivos, psicoestimulantes, etc.. sí puede convertirse en un estilo de vida que impide la autonomía del individuo.

La medicación, debe recordarse siempre, **es una ayuda**, actúa como unas muletas o un bastón después de una intervención quirúrgica. Suele proporcionarse cuando el niño empieza el primer curso de educación primaria y se mantiene hasta el quinto curso aproximadamente. Si, además de esta ayuda, el niño recibe apoyos educativos adecuados a sus aptitudes, durante la educación secundaria o en los últimos años de primaria puede no necesitar los medicamentos.

Con respecto a los niños Inatentos (no hiperactivos) no existen evidencias rigurosas de que los psicoestimulantes mejoren de manera significativa su rendimiento por lo que se desaconseja su administración.



¿CUÁL ES EL FUTURO DE UN NIÑO HIPERACTIVO O INATENTO?

Conocer el futuro ha sido siempre una aspiración de los seres humanos y en especial así sucede con todos los padres respecto de sus hijos. En los casos de hijos con algún tipo de discapacidad, esta es una gran preocupación que se transmite a los profesionales, bien sean éstos médicos, maestros o psicólogos.

El futuro de una persona –de cualquier persona- depende de muchos factores, algunos controlables (modificables) y otros no controlables.

Con bastante ligereza y desconsideración, algunos profesionales afirman en sus publicaciones o en sus declaraciones a los medios de comunicación que los niños hiperactivos, por el mero hecho de serlo, tienen un riesgo muy elevado de...

- ... fracasar en los estudios medios y no poder realizar estudios superiores
- ... convertirse en delincuentes habituales
- ... hacerse adictos a las drogas: alcohol, heroína, cocaína,...
- ... fracasar en sus trabajos (acumulando despidos)
- ... carecer de amistades
- ... fracasar en sus matrimonios (divorciarse)
- ... padecer depresiones crónicas
- ... suicidios

Estas afirmaciones se derivan de algunos estudios realizados en prisiones y en consultas de psiquiatría (en los Estados Unidos), en las cuales, los investigadores, al encuestar a los presos o pacientes sobre su pasado y evaluar sus características, encontraron un número elevado de personas que podrían considerarse "Hiperactivas", pero estos resultados NUNCA SE ENCONTRARON en estudios realizados entre población general.

Sin embargo, la realidad es muy diferente:

- ... el mayor factor de pronóstico de la delincuencia es la pobreza (confirmado en todos los estudios rigurosos)
- ... el mayor factor de pronóstico del consumo de drogas es la inadaptación familiar y social: el rechazo y las hiperexigencias por quienes deben dar afecto y apoyo lleva a las personas al consumo de sustancias que permiten evadirse de la realidad y crearse "paraísos artificiales"
- ... el mayor factor de pronóstico del fracaso escolar es el retraso curricular acumulado en habilidades básicas: lenguaje y matemáticas
- ... el mayor factor de pronóstico de la falta de amistades es la falta de habilidades sociales: habilidades asertivas, de comunicación, de negociación, de resolución de conflictos,...
- ... el mayor factor de pronóstico del fracaso matrimonial es la falta de la capacidad de amar y la ausencia de conductas amorosas hacia el otro

- ... el mayor factor de pronóstico de la depresión es la predisposición genética a padecer un desajuste del sistema emocional (regulador del estado de ánimo) en situaciones de estrés agudo o crónico.
- ... el mayor factor de pronóstico del suicidio es padecer una depresión aguda sin tratamiento.

Por todo lo anterior, podemos asegurarles que si ustedes como padres aceptan a su hijo **como es** y lo educan de manera adecuada (siguiendo las pautas de una educación "asertiva"); facilitan que reciba las ayudas educativas que precisa, su hijo hiperactivo o inatento, en ausencia de algún otro déficit significativo (discapacidad intelectual, trastornos neurológicos graves...) puede desarrollarse con más o menos dificultades -como los demás niños y adolescentes- hasta llegar a convertirse en un joven y en un adulto con éxito escolar, con éxito social, con un trabajo normal, con una pareja estable con la que mantener una relación amorosa durante años, con un razonable número de amigos y amistades, sin hábito adictivo alguno, seguro de sí mismo y con una alta autoestima. Dando por descontado que durante toda su vida reconocerá el amor y el esfuerzo de sus padres, profesores, hermanos, y otros adultos que le dieron amor, comprensión y apoyo durante los difíciles años de su infancia.

PAUTAS GENERALES A SEGUIR POR PADRES DE NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN

El objetivo de esta Guía no es sustituir la intervención de un profesional del Asesoramiento y la Orientación Educativa. Además, como se ha comentado con anterioridad, cada niño y adolescente constituye un caso diferente: sus características le hacen único, distinto a los demás, aunque similar en algunos aspectos a otros. Sus padres y hermanos son diferentes a los de los demás niños hiperactivos; sus actitudes, valores y hábitos educativos son diferentes entre unos y otros. Las experiencias de vida de cada persona le hacen en todo caso único y muy diferente a los demás.

En resumen: como usted puede comprobar, no es posible escribir un listado de consejos que resulten eficaces para resolver la diversidad de problemas que un hijo hiperactivo proporciona a sus padres y educadores. Sólo, tras un proceso de evaluación psicopedagógica es posible diseñar un Consejo Orientador adecuado a cada caso.

Sin embargo, muchos padres y profesores no tienen fácil acceso a profesionales expertos en el Asesoramiento Educativo sobre estos niños. Para suplir esa deficiencia hemos preparado el "S.O.S. en el Aula. Ayudas para Profesores de Niños Hiperactivos e Inatentos" (8). Sin embargo, deseamos exponer a continuación una lista de consejos breves, sencillos y adecuados para aplicar a la educación y al trato diario con niños hiperactivos y con otros niños que, sin ser hiperactivos, resultan difíciles de educar. Debe entenderse que estos Consejos pueden ser insuficientes para resolver su problema.

Desde el primer año de vida del Niño...

Aunque de un niño de pocos meses no puede ni siquiera sospecharse que pudiera ser Hiperactivo, los padres tienden a dejarse llevar por las emociones y, si el niño no come bien, no duerme bien o llora mucho, tienden a hablarle en voz alta (casi gritarle) y muy deprisa. Lo suelen tomar en brazos con energía, ejerciendo gran presión sobre su cuerpo y moviéndolo con brusquedad.

Esta manera de tratar a un niño pequeño constituye una forma de comunicación entre los padres y el hijo, que éste "percibe emocionalmente", reaccionando con ansiedad, temor, con lo que suele agravarse el problema.

Por lo tanto, mientras su hijo sea pequeño:

... hablele en voz baja y despacio: no entenderá lo que le dice, pero sentirá su afecto al oír su voz en intensidad baja y ritmo lento.

... cuando lo tome en brazos, procure hacerlo sin brusquedad y con una suave presión sobre su cuerpo.

... tenga paciencia y comprensión, dos ramas que brotan siempre del árbol del amor; años más tarde obtendrá la recompensa: los resultados de un hijo educado con amor es la mejor recompensa para unos padres.

Desde que comienza a ir al Colegio...

Hable con sus educadores y explíqueles bien las características de su hijo. Hábleles de su temperamento, sus habilidades, sus buenos y malos hábitos en casa,... Facilite que los educadores conozcan cuanto antes a su hijo. De esa forma evitará que puedan equivocarse en el trato que le proporcionan por desconocimiento.

Haga esto mismo con cada comienzo de curso escolar. Si su hijo tiene un diagnóstico clínico de Hiperactivo, asegúrese de que sus profesores conocen en qué consiste la Hiperactividad y que están dispuestos a adecuar la enseñanza a su condición de Hiperactivo. Nunca admitan que le digan que a su hijo no se le puede tratar de manera diferente a los demás: su hijo ES DIFERENTE A LOS DEMÁS y la legislación educativa establece que cada niño debe ser tratado educativamente de acuerdo a sus aptitudes y características. Si no consigue que el Profesor admita esta necesidad, *que nunca debe consistir en un privilegio sobre los demás niños*, sino en un conjunto de medidas educativas en el contexto de atención a la diversidad, acuda a la Dirección del Centro Educativo para exponer su caso. Si tampoco recibe la atención adecuada, solicite asesoramiento en la Asociación de Padres más próxima a su localidad de residencia, donde le informarán como efectuar una reclamación a la Inspección Técnica de Educación o a la Dirección General de Educación de la Consejería de Educación de su Comunidad Autónoma.

Solamente, en casos extremos y siempre y cuando la situación escolar esté ocasionando a su hijo un importante trastorno, considere la posibilidad de proceder por la vía jurídica interponiendo una demanda por malos tratos psíquicos ante el Juzgado de Guardia de su localidad. Recuerde siempre que el bienestar de un niño está por encima de cualquier otra consideración. Su responsabilidad como padres no puede delegarse en Maestros, Médicos, Psicólogos u otras autoridades.

Eso sí, antes de exigir responsabilidades a los demás, asegúrese siempre de haber cumplido usted con las suyas. Evite en la medida de lo posible la confrontación con los profesores de sus hijos. **En la mayoría de los casos** ellos hacen lo que pueden y tratan de actuar de la mejor manera posible. Muéstrese comprensivo y colaborador con ellos y **sólo en casos excepcionales** inicie un procedimiento judicial.

Con respecto al desarrollo de la escolaridad, acostúmbrese a preguntar a su hijo por las actividades escolares: felicítele por sus logros, anímele cuando presente dificultades, muéstrole su apoyo cuando fracasa en alguna actividad. Nunca lo recrimine con la finalidad de provocar un cambio en su conducta, las recriminaciones ponen a las personas a la defensiva, les hacen sentirse agredidas y sólo favorecen conductas de huida o evitación.

Mantenga un calendario de éxitos o una cartilla de bonos felicitadores en la habitación de su hijo (9). Entregue estos bonos a sus profesores y pídale que se los entreguen diariamente, de acuerdo a sus progresos académicos o de conducta social.

Nunca muestren a su hijo que están disgustados con él por una mala calificación en conducta o en un área curricular: eviten asociar la valía del niño como persona con su valía como escolar (11).

Cuando reciben alguna queja de los Profesores...

Escuchen las explicaciones de su hijo mostrándose comprensivos, pacientes y tolerantes, antes de comenzar una serie de recriminaciones. Contrasten lo que su hijo les comenta con la información de sus profesores: hablen con su tutor por teléfono lo antes posible y acuerden una entrevista personal para aclarar muy concretamente el motivo de sus quejas. Tenga presente que en muchas ocasiones los niños hiperactivos son provocados por sus compañeros o incluso por profesores descuidados. Soliciten al profesor aclaraciones sobre lo que cuenta su hijo. Piensen que un 75% de las veces su hijo "tiene razón" y sólo un 25% de las veces se ha portado indiscutiblemente mal.

Hablen con su hijo y muéstrenle apoyo y comprensión si ha sido tratado injustamente, pero háganle ver la necesidad de aprender a "evitar provocaciones" y a resolver situaciones de manera exitosa. No traten de proteger excesivamente a su hijo, mejor enséñenle a cuidar de sí mismo.

Nunca busquen excusas para justificar comportamientos inadecuados de su hijo con profesores y compañeros. Una cosa es comprender y otra bien diferente excusar. Se puede comprender que un niño hable, pero no se puede tolerar que insulte. Se puede comprender que tenga que moverse cada cierto tiempo, pero no se puede permitir que golpee a los demás, los empuje o les rompa sus materiales o juguetes. Ser Hiperactivo nunca puede ser una excusa para comportarse de forma desconsiderada, agresiva, violenta, desordenada,...

Tenga siempre presente que los Psicólogos hacemos siempre un diagnóstico doble sobre estos niños: **hiperactivo y mal educado** o **hiperactivo y bien educado**.

La mala educación es el resultado de la tolerancia excesiva, no de la comprensión y el amor a los hijos.

Cuando reciben alguna queja de otros Padres o familiares...

En estas ocasiones les sugerimos que actúen de una manera similar al caso de los Profesores: escuchen las explicaciones de su hijo mostrándose comprensivos, pacientes y tolerantes, antes de comenzar a recriminarles. Muchos padres se sienten humillados cuando otras personas les dan quejas de sus hijos y esto les impide actuar con ecuanimidad. Contrasten lo que su hijo les comenta sobre las quejas recibidas de hermanos, tíos, vecinos, etc. Tenga presente que en muchas ocasiones los familiares, amigos y vecinos tienden a tratar a los niños hiperactivos con excesivo rigor.

De manera general, en su Casa...

Una vez conozcan ustedes que su hijo es Hiperactivo, acepten su condición y tomen la decisión de no intentar "volver negro lo que es blanco".

Por lo tanto: no le critiquen por moverse en exceso, por no estarse quieto o callado, o por abandonar cosas que empieza. Mejor háganle comentarios de elogio cuando está moderadamente quieto, anímenlo cuando está haciendo algo para que lo termine, sugiéndole que haga un descanso pero que vuelva a terminarlo. Incentívenlo con un privilegio o recompensa: comida, postre, TV, etc. si realiza algo que ustedes desean.

No le sobrecarguen de actividades extraescolares, ni permitan que él lo haga. Puede dejarse llevar por las emociones, pero luego no podrá desarrollarlas todas con éxito y aumentará su frustración. Anímenlo a realizar actividades que no ocupen tiempos largos (jugar a los bolos, al fútbol, a las damas, manualidades no excesivamente complejas,...) No le sugiera juegos como el dominó o el ajedrez porque requieren mucha concentración, excepto si él lo solicita por iniciativa propia. Cuando le encarguen alguna tarea doméstica permítanle que él elija la forma en que la realiza. No le exijan un cumplimiento estricto de lo solicitado.

No traten de prohibirle actividades con riesgo. Permítanle tener experiencias desagradables y dolorosas. Solamente impidan lo que puede ocasionarle un daño o perjuicio grande o irreversible. Cuando suceda lo que ustedes esperan: un daño o perjuicio, **NO ACTÚEN CON RENCOR**. Nunca le digan: *¿no te lo había dicho yo?* Su hijo es hiperactivo, pero no es un "desmemoriado". Ya lo recordará por su cuenta, sin necesidad de que usted –su padre o madre- le "*meta el dedo en la herida*".

En estos casos, lo mejor es aprovechar la ocasión para hacerle ver **la relación** entre *lo que ha hecho, cómo lo ha hecho y lo que le ha sucedido después*. Imagine usted como se sentiría si deja su coche mal estacionado, su acompañante le anticipa, "*si lo dejas ahí, te pueden multar*", y, al volver, se encuentra con una notificación de sanción y su acompañante le dice con un tono de superioridad: *¡ya te lo advertí; si me hubieras hecho caso!*

Cada vez que le encarguen una tarea, pídanle que les repita en voz alta lo que tiene que hacer. Sólo así ustedes se aseguran de que les ha entendido bien (y que, por supuesto, les ha escuchado cuando le hablaban). Nunca le hagan recriminaciones justo inmediatamente después de haber cometido una falta. Esperen al día siguiente, busquen un momento adecuado para sentarle en el salón y empiecen a comentarle lo que sucedió el día anterior. Háganle reflexionar sobre lo que hizo, cuándo, dónde y cómo lo hizo, y lo que sucedió después: un perjuicio a sí mismo o a otra persona.

No le pregunten **Por Qué** hizo algo inadecuado. La respuesta se la damos nosotros ahora mismo: ¡PORQUE LE APETECÍA o SE LE OCURRIÓ HACERLO! *¿Qué respuesta espera usted conseguir con semejante pregunta?* Claro que su hijo nunca le dirá esto. Tratará de encontrar una excusa y se adiestrará durante las múltiples ocasiones de este tipo que le brindará su infancia para adquirir este hábito en la adultez. ¿Saben ustedes por qué estamos escribiendo esta Guía? ¿Saben ustedes por qué nos harán caso en algunas de nuestras recomendaciones e ignorarán otras? Pues por la misma razón: **porque** les parece bien o no les parece bien lo que leen aquí. O sea, porque les apetece o no les apetece, porque les gusta o no les gusta.

¿Se han dado cuenta de la facilidad con que encuentran “razonables” muchas cosas que “les apetece”? Y, ¿se han percatado de la rapidez con que encuentran ustedes **argumentos razonables para no hacer lo que no les apetece**? Sean honrados con sus hijos y su modelo influirá poderosamente en ellos. Quizás no lo vean de inmediato pero si están dispuestos a confiar en nosotros hagan esto con sus hijos:

Piensen en voz alta sobre los acontecimientos de la vida cotidiana, expresando sus sentimientos y emociones sobre ellos; comenten cómo valoran las cosas, permitiendo que sus hijos les pidan aclaraciones y ofreciéndoselas. Lleven a sus hijos con ustedes a diversos lugares, supermercados, tiendas, cines, a reparar el coche, a la tintorería, al banco,..., durante el trayecto de un lugar a otro, vayan hablando con ellos, cuénteles cosas de ustedes, compartan con ellos sus planes, sus preocupaciones, sus gustos, sus temores, sus alegrías y satisfacciones. Háganles saber lo que ustedes opinan de los líderes nacionales o internacionales, de la religión, el deporte, la cultura, la política o sobre la situación mundial. No hablen mucho rato ni con frases muy complicadas. Hagan pausas y comprobarán como sus hijos empiezan a hablar con ustedes. Aprovechen ese momento para escucharles, preguntarles,...

Muestran aprobación de la mayoría de las cosas que les dicen y reserven las críticas para lo que pueda ser realmente importante. Feliciten a sus hijos cuando muestren actitudes y valores que ustedes desean inculcarles. Guarden silencio cuando no compartan algo y expresen su disconformidad con lo que no les parezca bien.

Si quieren que sus hijos sean ordenados, permitan que les vean a ustedes... ordenando. Si no les ven pueden creer que las cosas se ordenan solas...

Si quieren que sus hijos digan la verdad, permitan que les oigan asumiendo sus responsabilidades; que no les oigan decir mentiras...

Si quieren que sus hijos reflexionen antes de actuar, no les den respuestas rápidas, sino que, con frecuencia, les pueden decir: *espera un momento que lo piense...*

Si no quieren que sus hijos griten, no griten ustedes.

En pocas palabras, hagan partícipes a sus hijos de sus pensamientos, sus ideas y sus valores; expresen sus emociones y sentimientos en voz alta y permítanles que observen sus estilos de vida, sus hábitos de comportamiento. Si hacen esto, evitarán muchos problemas y se ahorrarán una pasta en Psicólogos...

Por otra parte, si usted cree que no puede seguir la mayoría de estos consejos, solicite ayuda a un profesional experto en el Asesoramiento y Orientación en Educación Aseriva.

LOS NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN SIN HIPERACTIVIDAD

Cada vez son más numerosos los Padres que solicitan ayuda, tanto a las Asociaciones de Padres de Niños Hiperactivos, como a los profesionales de la Psicología, con relación a alguno de sus hijos que presenta problemas de atención pero sin hiperactividad:

- a) No se mueve excesivamente; puede que sea un niño activo, pero puede pasar mucho tiempo tranquilamente sentado, callado, realizando una actividad tranquila o con un juego reposado.
- b) No tiene problemas para terminar sus tareas o los juegos. Puede tardar porque se queda "ensimismado", abstraído, como "en la luna", pero, cuando se lo propone puede estar pintando, dibujando, haciendo rompecabezas o construcciones, un tiempo muy largo.
- c) En general, hace todas las cosas con lentitud: lavarse, vestirse, preparar sus materiales escolares; incluso piensa con cierta lentitud.

Con relación al resto de problemas que se mencionan en esta Guía, estos niños comparten muchos:

- a) Tienen retrasos en habilidades de autonomía
- b) Presentan retrasos en el aprendizaje de la lectura, escritura y cálculo
- c) Pueden tener dificultades para hacer amistades; si bien no son tan rechazados por los compañeros y amigos. Incluso, en bastantes de estos casos son muy apreciados por los iguales
- d) No tienen graves problemas de disciplina en el Colegio (al menos en los cuatro primeros cursos de Educación Primaria)
- e) Se les olvidan las cosas
- f) Acumulan retrasos escolares y pueden llegar a tener fracaso escolar
- g) En ocasiones, también presentan problemas de conducta; con más frecuencia a partir de los nueve años

Estos niños han venido siendo considerados un subtipo clínico de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) denominado: "predominantemente inatento".

Como a los niños con TDAH, se les han prescrito medicamentos a base de metilfenidato, pero la realidad es que los resultados obtenidos con este tratamiento farmacológico han sido mucho menos eficaces que en los casos de Niños Hiperactivos (prácticamente inútiles)

En el momento actual, ya se han empezado a publicar algunos trabajos científicos que apoyan la hipótesis de que estos niños son muy diferentes de los Hiperactivos (11). Comparten con ellos muchas dificultades, especialmente las relacionadas con la atención. Verdaderamente se puede afirmar de ambos que presentan "déficit de atención", pero los déficit de cada grupo son diferentes entre sí.

Todos los niños Hiperactivos tienen "Déficit de Atención Sostenida", esto es: les cuesta mucho mantener la atención, pero cuando atienden, aunque sea poco tiempo, se puede afirmar que "atienden bien". Obviamente, algunos de estos niños pueden presentar también dificultades de Eficacia Atencional, costándoles trabajo percibir los detalles significativos de las cosas y de las situaciones, pero son una minoría dentro de este grupo.

Por el contrario, los niños a quienes nos estamos refiriendo, no presentan de manera generalizada "déficit de atención sostenida", aunque algunos sí, pero a partir de una cierta edad. En cambio, estos niños ponen de manifiesto, desde el comienzo de su escolaridad un claro "Déficit de Calidad o Eficacia Atencional". Es decir: les cuesta percibir los detalles significativos de las cosas y de las situaciones, lo que constituye un serio problema para los aprendizajes de toda índole.

Debido, muy probablemente al empeño de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, DSM-IV y IVTR), en considerar a ambos grupos de niños formando parte del mismo problema, llevamos un notable retraso en las investigaciones realizadas sobre estos niños y muchas contradicciones en los resultados de las investigaciones con los anteriores.

Prueba de ello es que no se han publicado libros sobre los Niños con Déficit de Atención sin Hiperactividad, ni se dispone de investigaciones específicas con estos niños.

Sin embargo, en la actualidad se dispone de instrumentos eficaces para distinguir claramente a niños con diferentes capacidades atencionales: Escalas Magallanes de Atención Visual, EMAV (12) y Escalas Magallanes de Identificación de Déficit de Atención (13)

Algunas Asociaciones de Padres (14) han comenzado a tomar esta diferencia en consideración, estableciendo dos líneas paralelas de asesoramiento e intervención con ambas clases de niños. Por otra parte, el equipo de profesionales que dirigen los autores de esta Guía (15), ha diseñado un Protocolo de Evaluación e Intervención para estos niños, mediante el cual se diseñan Programas de Intervención PsicoEducativa, adecuándolos al Perfil de Aptitudes y Habilidades de cada Niño o Adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

El propósito de esta Guía no es ofrecer a los Padres un libro técnico; por lo tanto, las afirmaciones contenidas en el texto son asumidas enteramente por los autores de la misma, quienes disponen de la información bibliográfica pertinente en las cuales las sustentan. En algunas ocasiones se ha considerado de interés citar algunas obras para conocimiento de los lectores.

- (1) Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad (García Pérez y Magaz, 2003: pág. 28)
- (2a) ENFÓCATE. Programa de Entrenamiento en Focalización de la Atención (García Pérez, 2000)
- (2b) ESCUCHA. Programa para la Mejora de la Atención Auditiva (Cañoto y López, 2000)
- (3) EVHACOSPI. Test de evaluación de las habilidades cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales (García Pérez y Magaz, 1998)
- (4) I.C.P.S., Interpersonal Cognitive Problem Solving (Spivack y Shure, 1992)
- (5) ESCePI. Entrenamiento en Habilidades Cognitivas de Solución en Problemas Interpersonales (García Pérez, Magaz y otros, 1997)
- (6) Puede consultarse la página en castellano del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos: www.nimh.nih.gov/publicat/spadhd.htm
- (7) Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad (García Pérez y Magaz, 2003; pág. 67)
- (8) S.O.S. en el Aula, Ayudas para Profesores de Niños Hiperactivos e Inatentos (García Pérez, 2006)
- (9) Materiales de Motivación en Casa y en Aula (Valencia C. y otros, 2001)
- (10) Bauermeister, J.J., Barkley, R. y otros (2006)
- (11) Necesidad de Seguridad y Autoestima (vídeo) (García Pérez, 1998)
- (12) EMAY. Escalas Magallanes de Atención Visual. (García Pérez y Magaz, 2000)
- (13) ESMIDAs. Escalas Magallanes de Identificación de Déficit de Atención. (García Pérez y Magaz, 2006)
- (14) ALIANZA POR LOS TDAs (www.aportodas.org)
- (15) Grupo ALBOR-COHS (Alcalá de Henares, Madrid, Barakaldo, Bilbao, Santander y Murcia)

LIBROS, MATERIALES Y PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TDAs y OTROS PROBLEMAS DE CONDUCTA o APRENDIZAJE

ÁVILA C. y POLAINO-LORENTE, A. (1999): *¿Cómo vivir con un niño hiperactivo?* Madrid: Narcea.

BARKLEY, R. (1995, 1999): *Niños Hiperactivos*. Barcelona: Paidós.

BAUERMEISTER, J. (2007, reedición). *Hiperactivo, Impulsivo, Distraído. ¿Me Conoces?* Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

BELTRÁN, J. y TORRES, A. (2003). *Programa de Entrenamiento en Habilidades Metacognitivas para Maestros de Niños Hiperactivos*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

BORNAS, X., SERVERA, M. y GALVÁN, M.R. (2000): *PEMPA: Programa para el Desarrollo de la Reflexividad y el Autocontrol en niños de 4 a 8 años*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

CAÑOTO, R. y LÓPEZ, A. (2000): *ESCUCHA: Programa para la mejora de la Atención Auditiva*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GANDARIAS A., MAGAZ, A., GARCIA PEREZ, E.M. y LÓPEZ, M.L. (1998): *AVANCEMOS. Entrenamiento en Habilidades Sociales para Adolescentes*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (2007): *Protocolo de Evaluación General y Específica de los TDAs*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. (2006): *S.O.S. en el Aula. Ayudas para Padres y Maestros de Niños Hiperactivos e Inatentos*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (2006): *Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención (EMA-DDA)*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (2006): *Escalas Magallanes de Identificación de Déficit de Atención (ESMIDAS)*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. (1998): *ENFÓCATE. Programa de Entrenamiento en Focalización de la Atención*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. (1997): *Rubén, el Niño Hiperactivo*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. (1997): *¡Soy Hiperactivo-a! ¿Qué Puedo Hacer?* Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (2003): *Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (2002): *Ratones, Dragones y Seres Humanos Auténticos*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (2000): *Escalas Magallanes de Atención Visual: EMAS 1-2*. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (1997): ESCEPI. Entrenamiento en Habilidades Cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales. Bilbao: Grupo ALBOR-COHS.

GARCÍA PÉREZ, E.M. y MAGAZ, A. (1997): EVHACOSPI. Evaluación de Habilidades Cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GARCÍA PÉREZ, E.M. (2000): Educar, Cómo y Por Qué. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

GREEN C. y CHEE, K., E. (2000): El niño muy movido o despistado. Barcelona: Medici.

KIRBY, E.A. y GRIMELY, A.K. (1992): Trastorno por Déficit de Atención. México: Limusa.

MEICHENBAUM, D. (1981): Una perspectiva cognitivo- comportamental del proceso de socialización. Análisis y Modificación de Conducta, vol.7, nº14-15.

MEICHENBAUM, D. y GOODMAN, J.: Entrenar a niños impulsivos a hablarse a sí mismos: un método para desarrollar el auto-control. Capítulo 26 de La terapia racional-emotiva con niños. Bilbao: DDB.

MIRANDA, A. y otros (1999): El Niño Hiperactivo. Intervención en el aula. Castellón de la Plana: Universidad Jaime I.

ORJALES, I. (1999): Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: CEPE

POLAINO-LORENTE, A. y otros (1997): Manual de Hiperactividad Infantil. Madrid: Unión Editorial.

TAYLOR, E. (1986): El Niño Hiperactivo. Barcelona: Martínez-Roca

TORO TRALLERO, J. (2002): Mitos y Errores en la Educación. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

VALENCIA, C. y otros (2002): Materiales de Motivación en Casa y en el Aula. Bilbao: COHS Consultores en CC.HH.

VÍDEOS (editados por el Grupo ALBOR-COHS)

García Pérez, E.M.: Necesidad de Seguridad y Autoestima

García Pérez, E.M.: Niños Hiperactivos e Inatentos, lo que los Padres y Profesores Deben Saber

García Pérez, E.M.: Rubén el Niño Hiperactivo

Para conocer más detalles sobre estos materiales puede consultar la página web:
www.gac.com.es

PÁGINAS WEB CON INFORMACIÓN EN CASTELLANO SOBRE TDAs:

www.aportodas.org

Páginas de la "ALIANZA POR LOS TDAs"

www.aesi-tda.org

Páginas de la "Asociación Española para el Estudio Interdisciplinar de los TDAs"

www.cit-tdas.com

Página donde puede encontrar Centros Profesionales que trabajan con planteamientos bio-psico-sociales empleando los instrumentos y métodos más actuales

www.tda-h.com

Primer portal de información en castellano sobre los TDAs
Contenidos mantenidos por el Grupo ALBOR-COHS

Página de la "Fundación CALVIDA"

www.calvida.com