

ISABEL ORJALES VILLAR

DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Manual para padres y educadores



INDICE

Prólogo.....	13
--------------	----

PARTE I

ENTENDIENDO EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON Y SIN HIPERACTIVIDAD

¿Qué es la hiperactividad?.....	19
Un trastorno diez veces más frecuente en los varones.....	21
Las niñas con Déficit de Atención con Hiperactividad.....	22
Un pronóstico de riesgo.....	23
El efecto «bola de nieve» del déficit de atención con hiperactividad.....	24
La detección.....	26
El déficit de atención con hiperactividad: ¿herencia o ambiente?.....	28
Bases neurobiológicas del déficit de atención con hiperactividad.....	30

PARTE II

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO HIPERACTIVO

La conducta del niño hiperactivo.....	36
La conducta desatenta.....	36
La conducta hiperactiva y la falta de autocontrol.....	38
La conducta impulsiva.....	40
La desorganización y la falta de autonomía.....	42
Los problemas graves de comportamiento.....	43
El funcionamiento cognitivo del niño hiperactivo.....	45
Dificultad en la atención controlada frente a la automática.....	46
Dificultad en procesar varios estímulos de forma simultánea.....	47
Dificultad en distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes.....	47
Dificultad para mantener la atención de forma continuada.....	48
Dificultad para atender a estímulos que aparecen con una frecuencia lenta.....	49
Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma más superficial.....	50
Mayor sensibilidad a las variaciones del contexto o del ambiente de trabajo.....	50

Estilos de procesamiento cognitivo inadecuados para el aprendizaje escolar.....	51
El predominio del procesamiento impulsivo sobre el procesamiento reflexivo.....	51
El predominio del procesamiento global (poco analítico) del niño hiperactivo.....	53
La falta de flexibilidad cognitiva en el procesamiento de la información.....	56
Dificultades para organizar la información.....	56
Falta de estrategias de solución de problemas.....	57
Dificultades de aprendizaje: ¿fracaso escolar?.....	57
Dificultades en la comprensión y fluidez lectora.....	58
Dificultades en el cálculo y en la resolución de problemas matemáticos.....	61
Dificultades de escritura y coordinación.....	63
Dificultades perceptivo-espaciales.....	63
Dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación.....	64
El desarrollo socioemocional del niño hiperactivo.....	64
La baja tolerancia a la frustración.....	66
La baja autoestima o autoestima aparentemente inflada.....	67
La aparición de sentimientos depresivos.....	69
El desfase entre la capacidad intelectual y emocional: la inmadurez.....	71
La necesidad de llamar la atención.....	71
La dependencia de la aprobación de los adultos.....	72
Las dificultades en las relaciones sociales.....	72

PARTE III

COMO SABER SI MI HIJO O MI ALUMNO ES HIPERACTIVO: EL DIAGNÓSTICO

Los padres y profesores: los primeros pasos del diagnóstico.....	77
Los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría.....	79
Un cuestionario para la valoración de la hiperactividad infantil: los cuestionarios de Conners.....	80
Cómo valorar la hiperactividad motriz.....	83
Cómo distinguir entre conductas hiperactivas y agresivas.....	85
El diagnóstico del equipo multiprofesional.....	86
La exploración psicopedagógica.....	86
Pruebas intelectuales.....	87
Batería de pruebas pedagógicas.....	88
Batería de pruebas cognitivas.....	89
La exploración neurológica.....	96
La exploración neurofisiológica.....	97

PARTE IV

EL TRATAMIENTO DEL NIÑO HIPERACTIVO

El papel de los especialistas	102
El tratamiento farmacológico	103
El tratamiento cognitivo-comportamental	105
Las técnicas comportamentales.....	106
Las técnicas cognitivas.....	115
Ofrecer modelos de conducta reflexiva con aplicación de buenas estrategias de solución de problemas.....	115
Técnicas para aprender a autoevaluarse correctamente.....	116
Entrenamiento para atribuir de forma adecuada las consecuencias de los éxitos o los fracasos.....	121
Utilización de autoinstrucciones para aprender a pensar.....	124
Entrenamiento en estrategias de solución de problemas.....	131
El papel del profesor	131
Estrategias y técnicas para facilitar la labor del profesor en el aula.....	134
Modificar las condiciones del ambiente del aula para favorecer la concentración en clase.....	135
La estructuración de la tarea en tiempos cortos para ayudar al niño a terminar las tareas.....	137
Las técnicas comportamentales aplicadas al aula.....	139
El autorrefuerzo positivo colectivo para el control del comportamiento y la mejora del rendimiento escolar.....	146
El profesor como modelo de conductas reflexivas y de autocontrol.....	151
La utilización de las autoinstrucciones en el aula.....	151
El papel de los coterapeutas.....	155
El «protagonista de la semana» para mejorar la autoestima.....	156
La «Técnica de la tortuga» para favorecer el autocontrol.....	159
El papel de los padres	162
Coordinar el intercambio de información entre el neurólogo, el psicopedagogo y el profesor de aula.....	164
Proporcionar un ambiente familiar estructurado.....	165
No activar al niño con su comportamiento.....	167
Poner límites educativos claros y adecuados a la capacidad del niño.....	168
Favorecer la autonomía personal del niño.....	169
Crear buenos hábitos de estudio.....	170
Modelar conductas reflexivas.....	171
Reforzar su autoestima.....	172
Generalizar la utilización de autoinstrucciones.....	175
Favorecer el contacto controlado con otros niños.....	176

PARTE V

SOLUCIONES PARA LOS PROBLEMAS MÁS INMEDIATOS

Como poner límites educativos: el problema del control del comportamiento	179
Por qué los niños necesitan límites educativos	180
Los premios	185
¿Qué es un premio?	185
¿Son necesarios los premios?	187
¿Cómo saber cuándo premiar y cuándo castigar?	188
Tipo de premios	190
Cómo deben aplicarse los premios	191
Los castigos	201
¿Qué es un castigo?	201
Tipos de castigo	202
¿Cómo deben aplicarse los castigos?	202
Como aumentar las conductas positivas y eliminar las negativas	212
¿Por dónde empiezo si deseo modificar el comportamiento de mi hijo?	220
Cómo mejorar la conducta en casa	227
Pide las cosas de malos modos o lloriqueando	227
Cuando le invitan a un cumpleaños, suele portarse mal y por ese motivo no suele ser muy popular entre sus amigos	229
En un restaurante no para quieto y siempre acaba tirando algo	231
No deja hablar a los mayores por teléfono, interrumpe siempre	232
Nunca está solo en su cuarto	234
Falta al respeto cuando se siente frustrado	236
Se le llama 10 veces a cenar y no acude hasta que mamá grita	238
Olvida los libros que tiene que traer para hacer los deberes	239
«Se pasea» por el límite, parece como si fuera a quebrantar la norma pero no lo hace	240
Siempre tiene todo el cuarto revuelto	241
No deja recogido el baño	242
No sabe qué deberes debe hacer	243
No prepara las cosas para el colegio	244
Sólo estudia si mamá estudia con él	245
Sólo estudia el día antes del examen	247
Se pelea frecuentemente con su hermano/a	248
Como mejorar la conducta en clase	252
No termina las tareas, se dispersa y parece poco motivado	252
Se levanta continuamente del asiento	255
Se levanta constantemente para enseñar la tarea no terminada al profesor	257

Se dispersa con facilidad. No escucha cuando se explica algo en clase.....	258
Se frustra fácilmente, cuando no le sale un ejercicio lo rompe.....	259
Molesta a los compañeros de pupitre.....	260
Juega en clase con pequeños juguetes que se trae de casa.....	261
Hace gracias para que todos se rían de él.....	262
Cuando sabe algo que ha preguntado el profesor, se levanta de su asiento con la mano levantada gritando «yo, yo, seño, yo...».....	263
Quiere ser el primero en la fila y acaba peleándose con todos.....	264
Se entretiene cambiándose de ropa y sale siempre el último en gimnasia.....	265
Se acelera después de una actividad agitada (un juego durante el recreo o la clase de gimnasia) y está «como una moto» después.....	266
Corre y se desliza por los pasillos, rara vez está en la fila.....	267
El apoyo a los aprendizajes.....	267
La mala caligrafía.....	268
La práctica de caligrafía.....	269
Refuerzo de la caligrafía correcta en las tareas de clase.....	271
El material de escritura.....	272
Razonar por qué debe cambiar su letra.....	272
Las faltas de ortografía.....	272
El rechazo a la lectura.....	277
La lectura lenta.....	281
Para niños que todavía leen silabeando.....	281
Para los niños que siguen la lectura con el dedo o se saltan líneas al leer.....	284
La mala comprensión de instrucciones escritas.....	286
Dificultades en la realización de problemas matemáticos.....	290
Para niños que se «comen» palabras al leer el enunciado.....	291
Para niños que equivocan al anotar los datos en el papel.....	292
Para niños que no entienden los problemas a pesar de leer el enunciado detenidamente.....	292
Para niños que no saben cuándo deben sumar, restar, multiplicar o dividir.....	294
Material.....	294
Para niños que suman con los dedos y muy lentamente.....	299
Para niños que no se saben las tablas de multiplicar.....	300
Como ayudarle a mejorar sus relaciones con los compañeros.....	301
Cómo mejorar la percepción social.....	307
Discriminar entre expresiones faciales de distintas emociones.....	307
Interpretar las actitudes emocionales de los demás.....	310
El entrenamiento en solución de problemas sociales.....	312
El entrenamiento en habilidades sociales básicas.....	317
Como solucionar conflictos defendiendo tus derechos y respetando los derechos de los demás.....	328

Como disminuir la hiperactividad motriz: la relajación y otros trucos	333
Adaptar la exigencia de autocontrol a las capacidades del niño	334
Cómo podemos evitar las situaciones que nos ponen nerviosos	335
Introducción a la relajación.....	337
Toma de conciencia de la función respiratoria	339
Cómo influye la música en la relajación	340
Práctica de una sesión de relajación.....	341
Generalización de la relajación	342

ANEXOS

ANEXO 1	
Palabras para el entrenamiento en lectura globalizada	345
ANEXO 2	
Lecturas fraccionadas para el entrenamiento en rastreo ocular.....	349
ANEXO 3	
Fichas para el entrenamiento en comprensión de instrucciones escritas	361
ANEXO 4	
Ejemplos de representación gráfica de enunciados de problemas matemáticos.....	373
ANEXO 5	
Enunciados de problemas matemáticos para determinar la operación matemática a efectuar	381
ANEXO 6	
Lista de sumas simples para agilizar el cálculo mental.....	387
ANEXO 7	
Guía por edades para la exigencia de hábitos de autonomía	391
ANEXO 8	
Expresiones faciales para el entrenamiento en discriminación de sentimientos	409
ANEXO 9	
Estrategias para la solución de problemas sociales.....	413
Bibliografía	431

PRÓLOGO

Hacerse mayor tiene muchos inconvenientes, pero también algunas ventajas, como, por ejemplo, negarse a escribir un prólogo por razones obvias, de cansancio, indisposición, o cualquier otra razonable excusa. El autor de estas líneas ha de reconocer, **malgré lui même**, que a pesar de sentirse mayor, no ha podido gozar en esta ocasión de ninguna de sus ventajas y, en consecuencia, se ha visto inexorablemente forzado y urgido a realizar la tarea que la autora de este libro le encomendó.

Dicho esto, ha de admitir que está muy agradecido por el encargo que inicialmente afrontara con cierta desazón y que, al fin, resultó ser un espléndido regalo que se le hacía. En realidad, tal agradecimiento procede de lo mucho que ha aprendido con la lectura de este manuscrito.

Este resultado, no obstante la inicial «resistencia» del prologuista, era esperable. Se cumplen ahora siete años desde que Isabel Orjales defendiera —con toda brillantez y la más alta calificación académica obtenida por unanimidad— su tesis doctoral en la Universidad Complutense, sobre la «Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperkinético», de la que, quien esto escribe, era a la sazón su director.

Su trayectoria a lo largo de este sexenio ha sido prístina, progresiva y por sobrelevación. Esto quiere decir que no ha dejado aquellas primeras inquietudes abandonadas en la «mochila» académica de una tesis doctoral que, como cualquier otra y en el mejor de los casos, su destino es el de ser superada. No, Isabel Orjales ha continuado trabajando con niños hiperactivos a lo largo de todo este tiempo. Y, lo que es más importante, ha seguido actualizando sus conocimientos sobre este particular y poniéndose al día en alguno de los centros de investigación más prestigiosos acerca de este problema en los EE.UU. Su reciente incorporación, como profesora de nuestra Universidad, corona al fin una trayectoria profesional de la que, con toda justicia, hemos de esperar muchos frutos.

El libro que tienes entre tus manos, querido lector viene a llenar un vacío, no precisamente irrelevante, en la actual bibliografía española disponible sobre este particular. La doctora Orjales, como la excelente pedagoga que lleva dentro, va respondiendo a las más relevantes cuestiones que hoy se plantean, con todo derecho, los padres y profesores de los niños hiperactivos.

La claridad y sencillez, de que hace gala, ayuda mucho a la comprensión de su contenido por el lector. La autora explica qué es la hiperactividad y cuáles son las principales características del niño hiperactivo. Para este fin no escamotea ningún esfuerzo, focalizando con todo acierto tanto los aspectos comportamentales como cognitivos —estos últimos peor atendidos, casi siempre, en la literatura científica—, que tan significativos y propios son de estos niños.

La autora no se detiene en repetir —una vez más— lo ya sabido, sino que con una audacia casi beligerante y desde luego innovadora, afronta el importante tema del desarrollo socioemocional de estos niños. Un problema este que, generando tantas consecuencias nocivas para el niño, sus compañeros, profesores y padres, no obstante, apenas si se le dedica la necesaria atención en las actuales nosologías psiquiátricas internacionales, como el CIÉ 10 y el DSM-IV. Todo lo cual es muy de agradecer.

En la parte III de este libro se aborda una cuestión irrenunciable: cómo saber si mi hijo o mi alumno es hiperactivo. En la parte IV, Isabel Orjales se detiene pormenorizadamente en analizar los diversos modos terapéuticos para afrontar este problema. Contra lo que es usual en la literatura científica, la autora no plantea conflictos interprofesionales un tanto artefactuales, sino que —desde una posición conciliadora e integradora— defiende la autonomía profesional de los especialistas, de los profesores y de los padres.

Queda puesto de manifiesto así, que la autora busca más lo que une que lo que separa, lo que multiplica que lo que divide, de manera que el esfuerzo cooperativo de cuantas personas intervienen en la educación y rehabilitación de estos niños se ordene únicamente a servirles como es debido.

Por último en la parte V, el lector encontrará un apretado elenco de soluciones y estrategias —muy asequibles y fáciles de operativizar— para solucionar la mayoría de los problemas domésticos, casi inmediatos y siempre cercanos que plantea el comportamiento de estos niños: desde cómo mejorar su conducta en casa, a cómo apoyarles en los aprendizajes que realizan, disminuir su hiperactividad o resolver los conflictos a que ésta pudiera dar lugar en la convivencia con sus compañeros.

Padres y profesores disponen, con este libro desde ya, de una nueva brújula que les señale el norte hacia donde deben dirigir sus pasos para hacer que sus hijos y alumnos hiperactivos crezcan en toda su estatura. Son muchos los aspectos que en esta nueva «carta de navegación» se ofrecen a profesionales y padres para ayudarles a que el niño hiperactivo arribe a un puerto seguro. Para ello es preciso manejar el timón con la suficiente serenidad, de forma que el comportamiento infantil no resulte vulnerado en exceso por la borrasca de la hiperactividad.

La impulsividad no conduce a estos niños hacia la independencia, sino al riesgo y vulnerabilidad. Es preciso, por eso, la presencia continua en la torre doméstica o escolar de un «vigía», de cuyo afecto esté siempre el niño seguro. Es conveniente que aprenda pronto el niño que el amor de sus padres, aunque se reparta como es natural entre sus hermanos y él, no se divide por ello, que no se empobrece ni disminuye como una escasa cuota que ha sido previamente fijada.

Los padres, por su parte, han de aprender a no ir a la deriva con sus hijos hiperactivos, pero también sin desmayo ni estremecimiento alguno. Persuadidos como están de que el corazón humano no se aleja por mucho tiempo de lo que más le duele —y vaya si duelen los hijos hiperactivos!—, se esforzarán por aceptar al niño hiperactivo tal y como es, pero también sin dejar de plantear su ruta, sin arrojarle en los brazos de la permisividad que, de seguro, podría hacer que la frágil y joven embarcación zozobrase.

La confianza y seguridad que los padres prestan al hijo son buenas compañeras de viaje en esta travesía, por cuanto que salen garantes de que el niño alcance su propio destino. Es conveniente que, de cuando en cuando, padres y profesores robustezcan la necesaria fortaleza y vigoricen sus esperanzas. Dos actitudes que son compatibles con el victimismo plañidero. Por eso, cuando este último emerja amenazante en el contexto familiar o escolar, es conveniente apelar a otros muchos recursos positivos de los que también dispone el niño hiperactivo. Basta para ello con recordar su mirada ingenua y traviesa, su entusiasmo instantáneo y perecedero con cualquier leve rayo de luz, el gorgoteo de su risa cuando algo le sale bien o el modo en que se aprieta en los brazos de su padre y esconde sus ojos dolientes, porque le han reñido, porque se siente culpable, porque no sabe cómo poner fin a sus múltiples travesuras de cada día.

Es buena la paciencia, pero también ella tiene sus límites. Cuando la paciencia es llevada demasiado lejos, se muda en cobardía. Ninguna madre, ningún padre debieran experimentar temor —y mucho menos manifestarlo— ante un hijo hiperactivo. El temor arroja de sí el amor. Y el hijo hiperactivo necesita, de modo muy especial, el amor de sus padres. Y, desde luego, el amor de los padres es compatible con el sufrimiento.

Acaso por eso, lo más conveniente sea transformar el sufrimiento en amor. También porque la vida de cualquier persona vale tanto cuanto valen sus amores. De nada servirá a los padres el pequeño placer que pudieran obtener, a costa de volver las espaldas a sus hijos, si ambos —padres e hijos hiperactivos— no llegan juntos a donde han de llegar.

Lo mismo cabe decir a cuantos terapeutas y profesores emplean generosamente los días de sus vidas en «sacar» la mejor persona posible que clandestinamente subyace agazapada y como a escondidas en la intimidad de los niños hiperactivos. Isabel Orjales nos ha dado un buen ejemplo de ello, tanto con su vida profesional como directora del «Child Institute», como con su vida de entrega a la investigación, del que este libro es una buena muestra.

Isabel no se ha mirado amargamente —no ha dispuesto de tiempo para ello— en el espejo. Más bien ha tomado libremente la iniciativa de ir al encuentro de los problemas de aristas vivas, contra los que se estrellan, de forma inmisericorde en tantas ocasiones, los niños hiperactivos.

Y los ha afrontado con la fortaleza de quien sabe que es verdad que las personas no lo somos del todo, sino cuando situamos nuestro centro fuera de nosotros mismos, cuando saliendo de nosotros alcanzamos el equilibrio y la armonía en la misma medida en que lo ha sido nuestra donación desinteresada. Por todo ello, Isabel, muchas gracias.

Profesor Dr. Aquilino Polaino-Lorente

*Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense
Sierra de Madrid, 6 de enero de 1998*

PARTE I

ENTENDIENDO EL DÉFICIT DE ATENCIÓN
CON Y SIN HIPERACTIVIDAD

editorialcepe.es

editorialcepepe.es

¿QUÉ ES LA HIPERACTIVIDAD?

Prácticamente todos hemos oído y utilizado más de una vez el término *hiperactivo*, por lo general, como un calificativo más o menos benigno con el que nos hemos referido a aquellos niños que presentaban una actividad motriz por encima de lo normal. Este uso popular del término ha hecho que asociemos al niño hiperactivo con un niño malcriado, travieso o con graves problemas de conducta.

Los profesionales que trabajamos dentro del campo de la psicopatología infantil, al utilizar este término, nos referimos a un cuadro sintomatológico de base neurológica que puede degenerar en problemas importantes, pero que poco tiene que ver con el niño travieso o malcriado al que nos referíamos y que, sólo en algunos casos, puede ser asociado a problemas de conducta.

¿Cómo es, entonces, un niño hiperactivo?

En realidad, cuando se habla de niño hiperactivo nos referimos a lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual de Diagnóstico Estadístico ha denominado con un nombre más largo y mucho más específico: el **DESORDEN POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**. El término hiperactivo se utiliza en textos sobre psicopatología infantil como una abreviatura algo confusa. El déficit de atención con y sin hiperactividad afecta a niños muy diversos. Veamos algunos ejemplos:

Julio

La primera vez que vi a Julio pululaba sin rumbo por el patio, avanzaba como un torbellino, dando vueltas y repartiendo codazos y empujones a todo aquel que pillaba en su camino. Sus quiebros eran tan rápidos e impredecibles que en poco tiempo había tenido contacto, más o menos benigno, con todos los muchachos de su grupo. Seguí observándole durante un rato, recopilando la información que debería aportar al final

del día a la dirección del centro en mi calidad de pedagogo de apoyo. De esta información dependía en gran medida la aceptación de Julio en el centro. Casualmente el niño reparó en mí, me observó durante unos segundos y me devolvió una sonrisa. En los siguientes minutos continuó trotando y volteando siempre alrededor de la puerta donde yo me encontraba. Sonreía abiertamente buscando una respuesta afectiva por mi parte. De la entrevista con la madre supimos que el niño venía de un preescolar masificado (40 alumnos por aula), en donde prácticamente a diario una sola profesora se ocupaba de dos grupos corriendo una mampara y uniendo dos clases. Julio había sido descrito por la profesora como deficiente mental, incapaz de controlarse en el aula y de atender lo suficiente como para aprender. Los padres habían acudido al pediatra quien, durante un año, había suministrado cierta dosis de tranquilizantes sin mejoría aparente. El niño acabó siendo visto por un equipo psicopedagógico de la Comunidad de Madrid, quien lo remitió, como posible hiperactivo, a nuestro centro de integración. El tiempo de recreo tocó a su fin con el marcador de golpes y empujones indudablemente a favor de Julio. Al llegar al aula, tiró dos sillas en un intento de tomar asiento, y tras descubrir que los asientos no eran fijos, se cambió cinco veces de silla en el período de una hora. La explicación de la ficha que todos debían realizar no atrajo su atención y permaneció entretenido en manosear dos piezas de madera que había cogido de la estantería, en tirar de la coleta a la niña del asiento contiguo, hacer disparos al aire y deslizarse debajo de la mesa haciendo correr un coche imaginario.

Carlos

Carlos tenía 6 años, delgado y menudo como una espiga, su mirada no parecía posarse dos segundos en un mismo objeto. Su profesora se refería a él del siguiente modo: «Le aprecio un montón. Es un niño noble y, por el momento, no tiene muchos problemas con los compañeros. Curiosamente le quieren, aunque estar sentado a su lado sea un verdadero martirio. Constantemente se mueve, da patadas, incordia con el lápiz y a menudo raya la ficha del que tiene al lado. Su intención es noble, pero su comportamiento siempre es desajustado. Habla siempre en el momento inoportuno, si sabe una cosa no puede esperar a contarla. Trabaja bien pero es inconstante, termina rápido y se salta partes importantes. Le cuesta un montón adecuarse al ritmo cuando hacemos un dictado. En la fila siempre hay problemas, al principio los chicos reaccionaban con violencia, ahora se lo toman mejor. Come poco, no parece estar suficiente tiempo concentrado en la comida. Es disperso, se evade con el vuelo de una mosca». Los problemas de atención de Carlos quedan reflejados en el siguiente comentario: «se levanta frecuentemente a sacar punta a su lápiz, algunas veces porque de este modo tiene una excusa para levantarse, otras porque aprieta mucho al escribir y rompe de verdad la mina. Así que interrumpe con frecuencia su tarea para buscar un sacapuntas, si lo encuentra con facilidad en su mesa revuelta, le ves levantarse con decisión y dirigirse hasta la papelería que está en el otro extremo de la clase. Pero sólo unos pasos después se desvía de su recorrido y se acerca a la estantería para jugar con una bola de Navidad (por suerte para mí colgada a conciencia). Segundos más tarde abandona la bola para echarse sobre la mesa de otra niña que está pintando,

interrumpe su trabajo y le tira «cariñosamente» de la oreja. Ella se duele, protesta y Carlos abandona esa mesa para dirigirse a la de enfrente. El sacapuntas quedó atrás. Así pulula durante un rato y cuando le llamo la atención y le pregunto qué hace vuelve a su sitio como si hubiera olvidado qué fue lo que le movió de allí».

Ana

Ana tenía 8 años de edad, su profesor la remitió al departamento de orientación como posible niña hiperactiva dentro del programa de detección y prevención de la hiperactividad infantil. Ninguno de sus profesores anteriores la había considerado hiperactiva, puesto que Ana no se levantaba del asiento como hacían muchos de sus compañeros varones hiperactivos, ni tenía un rendimiento por debajo de la media. Sin embargo, las pruebas cognitivas y la valoración comportamental mostraron un importante déficit de atención, hiperactividad motriz fina y precipitación ante tareas de solución de problemas, síntomas todos que coincidían con un cuadro de Déficit de Atención con Hiperactividad. Ana presentaba, además, mucha ansiedad, lo que contribuyó a dificultar el diagnóstico, ¿era la ansiedad la que provocaba los síntomas de hiperactividad o era la hiperactividad la que aumentaba la ansiedad de esta niña en su intento de adaptarse a las exigencias del entorno? Al principio, los padres de Ana se mostraron bastante reacios a aceptar que su hija fuera hiperactiva. Simplemente, Ana era un modelo de responsabilidad, obediencia y estudio. Reconocían los síntomas de ansiedad debido a que hacia la mitad de curso y durante los dos últimos años, Ana había manifestado tics nerviosos que desaparecían por completo durante las vacaciones, asimismo, lloraba desconsoladamente cuando estaba enferma y no podía ir al colegio por temor a perder el ritmo en los estudios y ante los exámenes, pedía con angustia una y otra vez que repasasen con ella una lección que ya había demostrado saberse. Poco a poco, los mismos padres se dieron cuenta de que los síntomas de desatención estaban también presentes. Ana podía pasar tres horas sentada haciendo los deberes, no se levantaba ni aunque llamasen al timbre o su hermano pequeño entrase molestando en su habitación, pero la realidad es que, en todo ese tiempo, su rendimiento era ínfimo. Hasta que el programa de intervención no redujo la ansiedad, no se pudo aclarar la situación. El déficit de atención con hiperactividad era lo que había provocado la aparición de un trastorno ansioso, éste había sido reforzado por los esfuerzos que hacía Ana para mantener su imagen de niña perfecta ante los ojos de sus padres y de su hermano pequeño. Ana hacía un esfuerzo sobrehumano por superar sus dificultades dedicando a sus tareas escolares un esfuerzo y un tiempo por encima de lo normal. La ansiedad en estos momentos era tal que comenzaba a jugar en su contra.

Un trastorno diez veces más frecuente en los varones

Se estima que de un 3% a un 5% de los niños menores de 10 años padecen DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. Esto significa que es más que probable que los profesores tengan de uno a tres niños hiperactivos en una misma clase.

Este trastorno es indudablemente más frecuente en los varones que en las niñas en una proporción de 10 a 1. Por cada diez niños hiperactivos encontramos una niña hiperactiva.

Aunque dedicaremos un capítulo especial a explicar la sintomatología básica de la hiperactividad infantil, podemos comenzar anotando que son dos los síntomas fundamentales:

- DÉFICIT DE ATENCIÓN
- IMPULSIVIDAD E HIPERACTIVIDAD MOTRIZ.

En la actualidad los expertos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) han acordado que se pueden distinguir, dentro de los niños hiperactivos, dos subgrupos con una sintomatología parecida:

1. Aquellos en los que **predominan los problemas de atención.**
2. Aquellos en los que **predomina la impulsividad y la hiperactividad motriz** sobre los problemas de atención.

Las niñas con Déficit de Atención con Hiperactividad

Hemos visto que, por cada niña hiperactiva podemos encontrar 10 niños hiperactivos. Pero esto no quiere decir, que el déficit de atención con hiperactividad no se observe entre las niñas.

Dada su menor incidencia entre mujeres, el Déficit de Atención con Hiperactividad ha sido estudiado preferentemente en varones, limitándose los estudios con niñas para investigar la frecuencia del trastorno. No conocemos, por ejemplo, estudios que traten de dilucidar cómo se enfrenta una niña y un niño a los problemas que les causa su déficit de atención, su impulsividad y su hiperactividad motriz. Sin embargo, desde la experiencia clínica parecen atisbarse algunas diferencias importantes en el modo en que niños y niñas encaran este trastorno. Estas diferencias, a pesar de no haber sido corroboradas experimentalmente (no hay estudios), deben ser muy tenidas en cuenta por los padres y profesores.

Todos los hiperactivos, ya sean niños o niñas, tienen que enfrentarse a un mayor número de fracasos que los niños sin este trastorno: cometen más errores, les cuesta más seguir la clase, organizarse, controlar sus rabietas, etc. Esta frustración constante es vivida por cada niño de manera diferente.

En mi experiencia clínica he tenido la ocasión de observar un mayor número de varones que se enfrentan a la frustración mostrando problemas de conducta, desobedeciendo, enfrentándose a la autoridad, descargando la rabia descontroladamente, etc. Entre las niñas hiperactivas, sin embargo, parecen más frecuentes comportamientos como: una ansiedad desmedida, intentos de controlar el fracaso dedicando más horas de estudio, comportamientos de tipo obsesivo e hipercontrolado (como por ejemplo, pedir que se les pregunte la lección ocho veces para preparar un examen, repetir la ficha una y otra vez hasta que queda bien, borrar demasiado, dispersarse, hablar constantemente con los compañeros, etc.), y un exagerado celo en el cumplimiento de las normas (hiperadaptación a las normas).

Por supuesto, que este tipo de conductas no son exclusivas de un sexo u otro, ni todas las niñas que presentan estas conductas tienen un déficit de atención con hiperactividad, pero sí son estrategias que, con cierta frecuencia, utilizan las niñas con problemas de atención para intentar adaptarse a las exigencias del entorno. Los profesores y los padres deben tenerlo en cuenta.

UN PRONÓSTICO DE RIESGO

Estudios recientes advierten que un 25% de los niños hiperactivos incurren en actos delictivos, abusan de las drogas o el alcohol y tienen problemas de personalidad durante la vida adulta.

A pesar de esta alarmante observación, muchos de los niños hiperactivos, bien conducidos, pueden llegar a ser personas perfectamente adaptadas al entorno. Es frecuente que las familias relaten que el niño es «clavadito» a su tío Carlos, «ese que está de director comercial en una empresa importante, pero que no acaba de sentar la cabeza», o a su padre, médico, que de pequeño, los curas lo tenían castigado en el pasillo, día sí día también.

En este sentido, consideramos necesario hacer dos puntualizaciones:

- 1.^a Existen diferentes niveles de gravedad en cuanto a este trastorno se refiere.
- 2.^a El Déficit de Atención con Hiperactividad tiene un efecto de bola de nieve.

EL EFECTO «BOLA DE NIEVE» DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El déficit de atención con hiperactividad, a pesar de tener en su base una sintomatología aparentemente simple (problemas de atención, impulsividad e hiperactividad motriz), cuando no se subsana con la intervención adecuada, puede generar problemas muy importantes. ¿Cómo sucede esto así?

Para empezar, los problemas de atención, la impulsividad y la inquietud motriz, son tres características incompatibles con el buen rendimiento escolar y con el comportamiento que se exige en el contexto escolar. No es de extrañar, por tanto, que si al niño le cuesta rendir y centrarse en clase, su comportamiento resulte del todo inadecuado (se levanta, no termina las tareas, etc.).

Si tenemos en cuenta que el rendimiento escolar es la primera prueba de valía personal que experimenta el niño y que de la aceptación de los compañeros de clase depende que el niño tenga una buena o mala autoimagen social, comprenderemos las repercusiones que esta sintomatología va teniendo en el desarrollo de su personalidad.

No es extraño, pues, comprobar cómo a medida que avanzan los años, los niños no tratados adecuadamente no sólo acentúan su sintomatología inicial, sino que, además, observan inadaptación escolar, problemas de conducta, autoimagen negativa, una imagen de sí mismos (autoconcepto) errónea (se hipervaloran o se infravaloran) y en algunos casos hasta síntomas depresivos.

Debido a este efecto bola de nieve, los problemas derivados de la hiperactividad infantil son tanto más fáciles de encauzar cuanto más pronto se inicia la intervención.

Esta es la conclusión a la que llegué tras una investigación realizada en varios colegios de Madrid (Orjales, 1991). En dicha investigación se aplicó un tratamiento a chicos hiperactivos de 2.º, 3.º, 4.º y 5.º de EGB con edades comprendidas entre los 7 y los 11 años. Durante mes y medio estos chicos fueron sometidos a diversos programas de intervención recibiendo un total de 30 sesiones de tratamiento. Tras finalizar el estudio, se confirmó que los resultados habían sido mucho más efectivos en los cursos de 2.º y 3.º de EGB que en los de 4.º y 5.º de EGB.

Analizando el caso detenidamente llegué a las siguientes conclusiones:

1. Los niños pequeños tenían menos experiencia de fracaso que los mayores.

2. Los pequeños, no tenían todavía una imagen de sí mismos tan deteriorada por el fracaso.
3. Los mayores, que en años anteriores luchaban por sacar el curso, en la actualidad, se rendían con mayor frecuencia.
4. A los mayores se les consideraba con mayor frecuencia inútiles o vagos.
5. Entre los mayores la falta de base escolar acumulada, hacía que los programas de intervención no sólo tuvieran que tratar procesos como la atención o la reducción de la impulsividad, sino también lagunas escolares como el aprendizaje de las tablas de multiplicar, la modificación de los hábitos de trabajo, la mala letra, la falta de conocimientos básicos y de vocabulario, el mal nivel lector, etc.
6. Los profesores de los menores tendían a interpretar sus problemas como algo fuera del control de los pequeños («tienen dificultades») y consideraban que una de las labores del profesor era sacarlos a delante.
7. Los profesores de los mayores tendían a responsabilizar al niño de su mal rendimiento («no quiere esforzarse») y se responsabilizaban en menor medida de su recuperación.

La necesidad de intervenir con prontitud también ha sido apoyada por los estudios longitudinales realizados en cuanto al pronóstico de los chicos con este problema. Habitualmente, el niño que se muestra hiperactivo durante los primeros años, reduce la hiperactividad motriz durante la adolescencia. Durante un tiempo se creyó que el cuadro de hiperactividad se beneficiaba tanto de la madurez que se afirmaba que en la mitad de los niños hiperactivos desaparecían los síntomas con el paso del tiempo.

En estudios recientes que utilizan criterios diagnósticos más finos, se aprecia, que a pesar del descenso de la hiperactividad motriz durante la adolescencia, otros síntomas se mantienen. La realidad es que sin tratamiento, el déficit de atención perdura después de la adolescencia y los déficits cognitivos derivados de la impulsividad y la falta de estrategias adecuadas de procesamiento de la información se mantienen hasta la edad adulta.

Se ha comprobado que el rendimiento escolar de los niños hiperactivos sigue siendo igualmente pobre tras los años de la adolescencia y que, en general, los que siguen los estudios, cursan carreras medias o se sitúan en puestos profesionales de inferior calidad a la que se esperaría dada su capacidad intelectual.

Un alto porcentaje de los niños hiperactivos mantienen sus problemas de conducta y se observan mayor número de niños con un historial de fracasos y expulsiones escolares. Los que, además, tienen un ambiente social inadecuado, es muy frecuente que adopten conductas predelinquentes, se incorporen a grupos extremistas o marginales o entren en el mundo de las drogas.

Cuando el problema se detecta en los primeros años escolares y el niño recibe la intervención adecuada, un gran grupo de niños y niñas con déficit de atención con o sin hiperactividad solventan el problema sin mayores dificultades.

LA DETECCIÓN

Como hemos comentado en el apartado anterior, uno de los factores de mejor pronóstico de la hiperactividad infantil es la detección precoz y la intervención temprana.

En los niños hiperactivos existe una mayor frecuencia de alteraciones durante el embarazo o parto. Este dato nos puede alertar acerca de posibles dificultades en este sentido. La observación de la conducta hiperactiva, impulsiva y desatenta en las primeras edades resulta también importante. En los primeros años es difícil constatar el déficit de atención, así que la observación se centra en la hiperactividad motriz y en la impulsividad. En este sentido, cabe decir, que la actividad motriz será un buen predictor de hiperactividad cuando se observa en la edad preescolar, pero no cuando es patente en las primeras semanas de vida. Se ha podido comprobar que el exceso de actividad del bebé en las primeras semanas de vida, no es un buen predictor de conductas hiperactivas en el futuro. Al parecer, las diferencias individuales en la actividad y reacción a los estímulos ambientales detectadas en el período después del nacimiento no permanecen estables a lo largo del desarrollo (Taylor, 1991). Aunque podemos decir que la mayoría de los niños hiperactivos han sido bebés que se irritaban con cierta facilidad (llorones) y tenían problemas de adaptación a los ritmos de comidas y sueño, otros niños han sido descritos por sus padres como excesivamente tranquilos durante los primeros meses de vida y tremendamente hiperactivos a partir de la puesta en pie y la marcha.

La época en la que resulta más fácil detectar la hiperactividad infantil es, pues, el período preescolar. En los años preescolares los niños hiperactivos empiezan a destacar por su inquietud (mayor que los niños de su edad), su falta de autonomía (requieren mayor vigilancia y ayuda en las actividades diarias), suelen ser catalogados como desobedientes, suelen dormir poco y despertarse muy temprano, tienen

dificultades con las comidas y falta de conciencia de las normas. Su descontrol y su inmadurez les hace más propensos a sufrir accidentes y a mostrarse irritables y caprichosos (Barkley, 1981; Ross y Ross, 1982). Por lo general se les describe como niños entre inquietos e insoportables, inmaduros, testarudos, temperamentales, inconscientes, entrometidos y con evidentes deseos de ser constantemente el centro de atención tanto de los adultos como de los compañeros de clase. Con frecuencia molestan a los compañeros y pueden no llevarse muy bien con ellos (Ávila y Polaino-Lorente, 1993).

Un niño de estas características no resulta fácil de manejar, lo que a menudo conduce a que los padres se encuentren angustiados y tiendan a adoptar actitudes demasiado protectoras que no siempre son bien vistas por el entorno. En muchos casos, la familia atribuye estos síntomas a inmadurez, a los rasgos familiares, al carácter, a los profesores o a una falta de exigencia por parte de los padres.

Es al inicio de la educación primaria, cuando la permanencia de estos síntomas, unidos a un rendimiento por lo general por debajo de sus posibilidades, empieza a preocupar.

Sin embargo, el colegio no es el único lugar que «descubre» a los niños hiperactivos. Cualquier situación que requiera cierto grado de autocontrol y espera resulta una prueba difícil de superar para estos niños. En los grandes almacenes, la sala de espera del médico, la iglesia, los transportes públicos sobre todo si son de larga duración, y las visitas a casa de amigos o familiares pueden ser un excelente campo de observación de toda clase de conductas inadecuadas.

Por lo general, cuando el profesor comenta las dificultades que provoca en el aula su comportamiento hiperactivo, los padres ya han tenido ocasión de «sufrirlo» en casa y, por lo general, han puesto en práctica todo tipo de estrategias con escasos resultados. Esta situación contribuye a deteriorar la confianza de los padres en sus posibilidades como educadores, a sentirse desorientados, ansiosos y a desarrollar sentimientos de culpa.

Por estos motivos, los problemas escolares del niño hiperactivo dependerán en gran medida de su capacidad intelectual (que puede compensar, en un principio, muchas de sus dificultades), de la actitud de los padres, de su capacidad de adaptarse a la problemática de su hijo y del asesoramiento de los especialistas.

Con una detección temprana y una intervención eficaz, la problemática del niño hiperactivo resulta relativamente controlable. Por lo general, entre los factores

que favorecen una evolución negativa del trastorno se incluyen: la hiperactividad permanente, el bajo cociente intelectual, las alteraciones de conducta asociadas, la falta de equilibrio mental de los padres y las relaciones escolares y familiares difíciles. Si además de estos síntomas, el niño presenta conductas desafiantes, agresividad, negativismo e hiperactividad durante la infancia, es fácil que el pronóstico incluya delincuencia, agresiones, deficiente rendimiento académico y, en general, una adaptación negativa durante la adolescencia. Este sombrío pronóstico no es, sin embargo, aplicable a todos los casos.

Para tranquilidad de muchos padres, no se han encontrado diferencias en la adaptación social adulta de los niños hiperactivos y normales que tenían el mismo cociente intelectual y la misma procedencia social. No obstante, no hay que olvidar que, incluso en los mejores casos, la falta de tratamiento conduce a una mayor frecuencia de dificultades personales durante la adolescencia.

EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: ¿HERENCIA O AMBIENTE?

La mayoría de los especialistas aceptan la existencia de un componente hereditario en el déficit de atención con hiperactividad, no obstante, los datos de que disponemos nos obligan a tomar con cautela estos resultados.

Se ha extraído información interesante de las investigaciones realizadas con niños hiperactivos (adoptados y naturales), con hijos de distintos padres que conviven en una misma familia y con hermanos biológicos:

- a) Un 20 o un 30% de los padres de niños hiperactivos manifestaron conductas de este tipo durante la infancia.
- b) Existe una mayor incidencia de hiperactividad en hermanos de hiperactivos que entre hermanos de niños normales.
- c) La hiperactividad es más común entre varones hijos de ambos padres que de padres distintos.
- d) Los padres coinciden en describir las características propias de la hiperactividad con mayor frecuencia en los gemelos idénticos (monocigóticos) que en los llamados mellizos (dicigóticos).

Muchos padres con hijos hiperactivos confiesan tener o haber tenido síntomas parecidos. En estos casos no es la mejor solución pensar que si nosotros hemos podido superar nuestras dificultades y adaptarnos bien a la sociedad a pesar de nuestra infancia hiperactiva, nuestros hijos también podrán hacerlo sin una ayuda específica. Muchos de nosotros hemos podido contar con unos padres no hiperactivos que, con mayor o menor intuición han sabido proporcionarnos el equilibrio, control y cariño que nos ha permitido ir solventando el problema, por lo menos en su mayor parte. Nuestros hijos tendrán la suerte de contar, además, con unos padres informados y con especialistas más específicamente preparados. Ellos podrán disfrutar de menos complicaciones a lo largo de su escolaridad y de la oportunidad de desarrollar su potencial personal al máximo.

Recordemos, además, que en una proporción elevada de los niños hiperactivos los síntomas se presentan de forma grave, quizá muy distinta a nuestra propia sintomatología.

Aunque, como hemos visto, parece sospecharse un cierto grado de heredabilidad en el cuadro hipercinético, la influencia ambiental también se ha observado determinante. Los modelos de los padres y los patrones educativos pueden condicionar positiva o negativamente el curso de la sintomatología. Se ha demostrado, por ejemplo, que la conducta materna influye en el mantenimiento o la extinción de las conductas hiperactivas. Este hecho, unido a los modelos de conducta hiperactiva presentes todavía en algunos de los padres, contribuye a que el niño encuentre elementos de identificación incorrectos y que su conducta empeore por falta de una disciplina adecuada y por la atención que se presta a su mala conducta en lugar de a sus escasos momentos de buen comportamiento. La intervención, por lo tanto, debe dirigirse con la misma intensidad que al niño hiperactivo, hacia la modificación o afianzamiento de las pautas educativas familiares.

Para resumir, podemos decir que influyen en la evolución positiva de la hiperactividad infantil:

- Una detección temprana del problema.
- La aplicación de un tratamiento sistemático en los primeros años de escolaridad.
- Una familia bien estructurada y organizada.
- La existencia de normas flexibles pero claras en el funcionamiento familiar.

- La capacidad de la familia para adaptar la exigencia a las posibilidades del niño hiperactivo sin caer en la sobreprotección.
- El apoyo escolar bien entendido en los primeros cursos escolares.
- La ausencia de negativismo, agresividad y trastornos de conducta importantes en el niño.
- La remisión de la hiperactividad infantil en los primeros años de escolaridad, aunque persista el déficit de atención.
- La prevalencia del refuerzo social y la ausencia de castigo físico para el control de la conducta (premiar lo positivo más que castigar lo negativo).
- La confianza de los padres en la capacidad intelectual del niño al margen de sus problemas de hiperactividad.
- Un entorno escolar no excesivamente cambiante, la capacidad del profesor de reforzar las conductas positivas y de ignorar adecuadamente las conductas negativas.
- La enseñanza activa y la flexibilidad en los métodos de enseñanza utilizados.

BASES NEUROBIOLÓGICAS DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

En cuanto a la etiología del déficit de atención con hiperactividad, desde 1971, se vienen barajando diferentes hipótesis:

- **La influencia de la cantidad de plomo en el ambiente.** Se han realizado estudios sobre la influencia del plomo en el ambiente, pero no se ha podido demostrar que exista una relación específica con este trastorno.
- **El efecto de la dieta.** Por el momento no queda claro el mecanismo que relaciona la dieta con el *Déficit de Atención con Hiperactividad*, pero se sospecha que existe cierta relación entre las alteraciones de comportamiento y la alergia a determinados alimentos. La preocupación se ha centrado en la ingestión de azúcar y la presencia de aditivos en la dieta de los escolares y su relación con la hiperactividad infantil. Los resultados de las investigaciones son confusos, pero lo suficientemente interesantes como para que se siga incidiendo en su estudio. Kaplan y su equipo de investigación en un estudio realizado en el año 1989 observaron una mejoría clara en

el comportamiento del 50% de los niños hiperactivos de su estudio que siguieron una dieta exenta de numerosas sustancias elementales (glutamato, azúcares, etc.) y compuestas (colorantes, preservativos, etc.) También se ha observado que la ingestión de azúcar en los niños hiperactivos aumenta su nivel de agitación, no obstante, una dieta sin azúcar no corrige el cuadro hiperactivo. Los resultados de estudios de este tipo son de difícil interpretación, puesto que seguir un régimen alimenticio distinto al habitual implica una modificación de la vida familiar, un aumento de las expectativas sobre la buena conducta del niño, un aumento de la atención positiva hacia el niño y una mayor «paciencia» de los familiares mientras se esperan los efectos de un nuevo tratamiento. ¿Qué es lo que realmente resulta eficaz, el cambio de actitudes de los padres o la dieta? Serán necesarios más estudios a este respecto (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997b).

- **La existencia de una base neurobiológica.** Los estudios neuroanatómicos del sistema nervioso central de los niños hiperactivos realizados con TAC (tomografía axial computarizada) no aportan datos que apoyen la existencia de una lesión estructural en los niños hiperactivos. Quedan aún por determinar si técnicas de análisis más finas como la resonancia nuclear magnética pueden aportar alguna información más a este respecto (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997a). No obstante, la mayor frecuencia de signos neurológicos menores en los niños hiperactivos respecto a los normales y la observación de una sintomatología muy similar de estos niños con aquellas personas que han sufrido lesiones en el lóbulo frontal (Chelune y col., 1986; y McKay y col., 1985) y la desaparición de la sintomatología clínica en ratones lesionados en esta zona cuando se les administraban metilfenidato apoyan la sospecha de los especialistas de la existencia de una posible *disfunción del lóbulo frontal y en las estructuras diencefalo-mesencefálicas* en los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997a).

Desde el punto de vista neuroquímico, la respuesta positiva de los niños hiperactivos a los fármacos estimulantes apoya la hipótesis de una *deficiencia en la producción regulada de importantes transmisores cerebrales* (la dopamina y la noradrenalina). Esta deficiencia en la liberación de la dopamina y la noradrenalina hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas. Los niños hiperactivos, por tanto, mantienen un estado de hipervigilancia, es decir, reaccionan de forma más exagerada a estímulos sensoriales que no despertarían semejante reacción en

niños no hiperactivos. La medicación produce una mejora inmediata porque el metilfenidato y la dextroanfetamina facilitan la acción de la dopamina y liberan noradrenalina, permitiendo ajustar ese desequilibrio en el umbral de estimulación, lo que se traduce en una mejoría en la atención y una reducción de la hiperactividad motriz (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997a).

Los estudios con potenciales evocados parecen haber encontrado diferencias significativas entre los niños normales y los niños hiperactivos (Satterfield y Schell, 1984). Estos estudios permiten estudiar más a fondo los procesos cognitivos, clarificando si la respuesta incorrecta de un niño hiperactivo ante un estímulo se debe a un fracaso en la discriminación de la tarea, a falta de atención o a la impulsividad. Hoy por hoy, los estudios de los patrones en los potenciales evocados permiten establecer diferencias significativas, por ejemplo, entre los niños con trastorno lector y los niños con déficit de atención con hiperactividad (Harter y col., 1988). No obstante, todavía quedan por realizar numerosos estudios en esta línea hasta que los potenciales evocados permitan diseñar programas específicos e individualizados para cada niño hiperactivo.

Éste es un libro claro, fácil de entender y eminentemente práctico, dirigido a padres, profesionales y profesores interesados en el tema de la hiperactividad infantil.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad afecta a un 6 por 100 de los niños en edad escolar y, a pesar de ser un trastorno leve de la psicopatología infantil, produce –de no tratarse a tiempo– un efecto negativo creciente *en forma de bola de nieve* que puede conducir a problemas escolares, adaptativos, cognitivos y comportamentales importantes.

En este libro los lectores podrán encontrar información totalmente actualizada acerca de:

- Qué es y qué no es el Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Cómo pueden los padres, profesores y profesionales valorar si un niño puede padecer este trastorno.
- Los pasos que se deben seguir si se confirma el diagnóstico.
- Cómo pueden intervenir de forma eficaz para mejorar su comportamiento, su rendimiento académico, sus relaciones sociales y su situación emocional.

Aunque esta obra podría haberse desdoblado en dos –una dirigida a padres y otra a profesores–, el objetivo que se ha perseguido al unificarla en un solo volumen es el de poder ofrecer una perspectiva completa de la intervención individual, escolar y familiar.

Guiados por un espíritu pragmático, hemos dedicado la mitad de estas páginas a dar soluciones a problemas concretos, en un intento de CREAR UNA GUÍA PRÁCTICA «DE SUPERVIVENCIA» FRENTE A PROBLEMAS EDUCATIVOS tales como los problemas de comportamiento, las faltas de ortografía, las dificultades en la comprensión de problemas matemáticos, la conducta impulsiva, el retraso lector, la hiperactividad motriz o las malas relaciones con los compañeros, entre otros. Resulta, por tanto, una guía imprescindible no sólo para la intervención con niños con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad, sino también para cualquier padre o profesor que tenga entre manos la educación de un niño que, ocasionalmente, muestre un comportamiento impulsivo, hiperactivo o desatento.



CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR Y ESPECIAL

General Pardiñas, 95 • 28006 Madrid (España)

Tel.: 91 562 65 24 • Fax: 91 564 03 54

clientes@editorialcepe.es • www.editorialcepe.es