

El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora

José Francisco Guerrero López
Rafael Pérez Galán
Universidad de Málaga

Resumen

La hiperactividad es algo más que un trastorno simple, negativo y defectuoso. Las personas con TDAH tienen un potencial latente del que nadie habla (como la creatividad, el ingenio, la hiperconcentración, la sensibilidad, entre otros). Ser hiperactivo es positivo si tenemos la habilidad de comprender y tratar el trastorno desde una perspectiva educativa diferente ya que el alumnado con TDAH es uno de los colectivos que suman más amonestaciones, sanciones y expulsiones en los centros educativos de nuestro país. Sin embargo, estos niños pueden tener éxito académico y, posteriormente, en su vida laboral y afectiva, si previamente hemos sabido comprenderlos y actuar con un proceso educativo adecuado a su idiosincrasia y si hemos sabido otorgar cierto grado de organización y reencauzamiento en sus mentes a veces infravaloradas. Para ello, las administraciones públicas educativas deben desarrollar estrategias de formación eficientes para formar a un profesorado que, muchas veces, asiste desorientado e impotente a un comportamiento caótico, desordenado e impulsivo que puede provocar serios conflictos no sólo en la enseñanza sino en el mismo clima de convivencia escolar.

Abstract

Hyperactivity is more than a simple, negative and defective disorder. People with ADAH have a latent potential which nobody talks about (like the creativity, wit, hyperconcentration, sensitivity, etc.) To be a hyperactive is positive if we have the ability of understanding and treating the disorder from a different educational perspective, because the students with ADAH is one of the collectives which adds more punishments, sanctions and expulsions in the educational centres of our country. However, these children can succeed academically and later in their job and affective life, if we have previously been able to understand them and act with an appropriate educational process to their idiosyncratic aspects and if we have given certain organizational level and

guidance in their minds sometimes underestimated. For these reasons, the public educational administrations must develop sufficient formative strategies to train a teaching staff that sometimes is disoriented and impotent towards a chaotic, disordered and impulsive behaviour which can provoke serious conflicts not only in the teaching but in the same climate of school living.

Palabras clave

TDAH (hiperactividad)- exclusión social- problemas de conducta en las aulas- potencial de aprendizaje- intervención educativa- propuestas de mejora.

Keywords

ADAH (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)- social exclusion- behavioural problems in classrooms - educational intervention - betterment proposals

Introducción

Aunque es difícil decir con seguridad quién fue el primero que definió este trastorno (1) normalmente se atribuye al pediatra George Frederic Still, quién, en un artículo de la revista *The Lancet* de 1902, el que es considerado el padre de los pediatras británicos, describió algunos casos de niños a los que había visitado que tenían dificultades para controlarse, que mostraban síntomas de “descontrol”, o niños con defectos en el control moral, falta de inhibición volitiva y, en general, tenían un carácter escandaloso, poco sincero y obstinado. Este médico británico lanzó la hipótesis de que esa enfermedad no era debida a una mala crianza ni a una bajeza moral, sino producto bien de una herencia biológica, bien de una lesión en el momento del nacimiento. Como ha ocurrido con otros trastornos, en los años siguientes a una primera descripción, varios autores observaron que niños que habían sufrido daño cerebral presentaban cuadros conductuales parecidos a los que había descrito Still, lo que llevó, muy tempranamente, a sospechar que la hiperactividad era un trastorno neurológico. Aunque, ya a principios del siglo XX también, empezaron a aparecer otras teorías que argumentaban que el origen de este trastorno había que buscarlo en el ambiente y en factores sociales (Rappoport, 1986). Hacia la segunda mitad del siglo XX, algunos autores comenzaron a hablar de “disfunción cerebral mínima”. Ésta fue descrita por primera vez por Clements (1966) y por Strauss (1977) como un trastorno de la conducta y del aprendizaje que experimentaban algunos niños con una inteligencia normal.

Durante la década de los setenta, Virginia Douglas (1972), en Canadá, empezó a analizar y a revisar los síntomas asociados a la hiperactividad y algo más adelante descubrió cuatro características básicas (Douglas y Peters, 1979) que debían considerarse en un cuadro clínico: 1) déficit en la atención y en el esfuerzo; 2) impulsividad; 3) problemas en la autorregulación del nivel de

excitación sexual, y 4) necesidad de reafirmación inmediata. En 1980 se le dio la nueva denominación de trastorno por déficit de atención, un nuevo concepto que aún tardaría años en llegar a nuestro país.

Una de las aportaciones más valiosas que se han realizado en el estudio e intervención educativa de este trastorno (2) ha sido la de Russell Barkley quién ha desarrollado, desde el año 1997, un modelo psicoeducativo con el que trata de explicar el funcionamiento cognitivo de las personas con TDAH. Este modelo se centra en tratar de explicar qué factores neurológicos y psicológicos pueden estar interviniendo en el mismo, y aporta información de gran utilidad para comprender mejor el TDAH. Barkley enfoca el TDAH como un trastorno que afecta a los procesos de inhibición o autocontrol entendiendo por autocontrol o autorregulación la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que inició ante la aparición de un estímulo; proteger su pensamiento de distracciones externas o internas, y elaborar una nueva respuesta más adecuada que sustituya a la primera. Para poder realizar procesos, Barkley (1998, 2000, 2001) y, años más tarde, Brown (2008) afirman que debemos poner en marcha una serie de funciones, que denomina funciones ejecutivas. Prácticamente todas las personas con TDAH tienen algún tipo de alteración en sus funciones ejecutivas y tienen dificultades para recordar lo que se tiene que hacer y “también les cuesta razonar, controlar las emociones y hacer planes” (Barkley, 2009: 6). Recientes estudios parecen mostrar que la maduración de las funciones ejecutivas es más importante de lo que se creía en los primeros cinco años de vida (García Molina, Enseñat-Castellops y otros, 2009), y que existe cierta evidencia neuroanatómica para ello (Rubia, 2008), lo que podría dar la razón a aquella vieja hipótesis tan profética de Norman y Shallice (1986) de que existe en el cerebro una especie de “sistema supervisor atencional” que controlaría todas esas funciones. Datos como esos hacen que los criterios diagnósticos sobre el TDAH se revisen con urgencia y otorguen la importancia que tienen las funciones ejecutivas, en ese sentido parece ser que está previsto que en 2010 se publiquen revisiones actualizadas del DSM-V, donde también aparecerán nuevos subtipos de este trastorno. Al margen de lo que podíamos llamar “el lado oscuro” del TDAH existe un aspecto mucho más optimista y positivo de estas personas, una dimensión diferente (y complementaria a la anterior) de la que han hecho gala muchos personajes célebres de la historia (Guerrero López, 2006b) que lograron reencauzar el mal funcionamiento de sus funciones ejecutivas. Entre otros, posiblemente, Albert Einstein. Herman Minkowski, el tutor de matemáticas del hombre que revolucionó para siempre la imagen que la humanidad tenía del universo y del tiempo decía que Einstein era un vago. Resulta curioso que este profesor se basara en su propio “zángano” (otros de los “delicados” adjetivos que utilizó para definirlo; Pyenson, 1990) discípulo para construir unas teorías por las que sería reconocido por la Academia de París y que dijera “estar impresionado” por la teoría de la Relatividad General de Einstein (Thorne, 1995) cuando solamente unos años antes había dicho de él que tenía un “pobre dominio de la matemática” y por supuesto que era “un perro holgazán” (Davis, 1996). Los trastornos de conducta del científico en el aula y en el hogar, su falta de atención y su impulsividad, preocupaba no solamente a sus profesores sino también a sus padres. En una carta del padre de Einstein en la que pide trabajo para su hijo dice de éste que se encuentra profundamente disgustado, que cree

que se ha equivocado de camino, que se encuentra frustrado, que se siente un fracasado y un caos en sus relaciones afectivas. Es cierto que Einstein nunca se había llevado bien con sus profesores, era irrespetuoso y se rebeló contra todo principio de autoridad (Thorne, 1995), él mismo dijo que era muy negligente y desorganizado en las aulas, en general. Sus calificaciones, por supuesto, estaban por debajo de la media de sus compañeros de clase. Pero tenía algunas virtudes, otro “estado” digno de ser “observado”, otro “lado” en el que también se encontraba “por completo”, y eso ya había sido observado por algunos de sus profesores y por su familia. Por ejemplo era extraordinariamente intuitivo y creativo, tanto que supo que Newton y toda la física desde los griegos hasta el siglo XX estaba equivocada. Tenía también la capacidad de “hiperconcentrarse”, de hecho las mejores ideas de su vida le llegaron en esos momentos que hoy llamaríamos de “flujo” aunque fuera tumbado en la cama. Y tenía sentido del humor y un ingenio y sensibilidad que compensaba su aparente falta de rigor.

Los maestros y los padres de Edison tampoco tuvieron ningún pudor en llamarlo “tonto”, “despistado”, “incapaz de terminar nada que empieza”, “inquieto”, etc. Sus profesores y profesoras no soportaban la incapacidad del inventor para permanecer sentado, su inatención y su poca habilidad para escuchar (Hartmann, 1998, 2003). Pero el “impulsivo” y “alocado” de Edison, el “tonto”, el “inquieto”, el “alocado”, el hombre “que nunca terminaba nada de lo que empezaba”, logró “terminar” mil noventa y nueve inventos. (Scandar, 2001). Podíamos decir algo parecido de Alejandro Magno y de su impulsividad sin límites (Guerrero López, 2005), de Cristóbal Colón, de Kant, de Pablo Picasso, Abraham Lincoln, Edgar Allan Poe, Salvador Dalí, Bernard Shaw, Harrison Ford, Dustin Hoffman, la poetisa Emily Dickinson, el escritor John Irving, etc. de músicos como Mozart o Beethoven y de multitud de deportistas (campeones olímpicos en las últimas olimpiadas) o cantantes famosos de grupos musicales, entre otros. Incluso de todo un director de los servicios de salud mental de New York, como es el psiquiatra Luis Rojas Marcos, según confesión propia (2004).

Al igual que hay niños que requieren ciertas herramientas y adaptaciones para su correcta inclusión/integración en cualquier tarea que emprendan, también deben ser depositarios de las mismas aquellos que poseen déficit de atención con o sin hiperactividad. Es importante darle un apoyo necesario cuando lo necesita al igual que se apoya al enfermo con problemas de regulación de glucosa con insulina; al niño con poca visión, gafas para que observe la realidad de forma más nítida; al sujeto con problemas motóricos, ayudas materiales y de acceso al currículo. De igual forma, se le debe ofrecer al niño que presenta problemas de concentración, impulsividad y movimiento permanente. Sabemos que el tratamiento farmacológico, la terapia y ciertas dosis de comprensión hacen posible una mejor adaptación y autorrealización de las personas con TDAH. La farmacología ha compensado notablemente los déficit de aquellas sustancias químicas necesarias para inhibir impulsos, controlarlos o, por defecto, impulsarlos, ya que, en síntesis, el problema radica, fundamentalmente (3), en un proceso de transmisión de dopamina (que es una sustancia química cerebral que nos ayuda a mantenernos preparados para la acción sin dejar que los estímulos irrelevantes nos distraigan) defectuoso

(Rapin, 1987; Tallis, 1982) que provoca que el sujeto con TDAH disponga de menores niveles de dopamina que los sujetos normales (son casi legendarios los estudios de Zametkin, 1990 y los de Lou, -especialmente los de 1990, 1996 y 1998- demostrando que en el córtex frontal, la zona donde existen más dopaminas, existen menores niveles de reabsorción de la glucosa y menor actividad sanguínea, lo que mostraría que existen menos actividad y por lo tanto menos dopaminas y quizás una mielinización más lenta (Kinsbourne, 1984; Van-Wielink, 2005). Esta disfunción química afecta sobre todo a las áreas del cerebro responsables de la inhibición del comportamiento inadecuado (los lóbulos frontales y los ganglios basales; la misma zona que Zental -1985- intuyó que había que optimizar), por lo que se manifiesta en un déficit en el autocontrol que impide a los sujetos hiperactivos internalizar y aplicar adecuadamente las cuatro funciones ejecutivas necesarias para implicarse con éxito en actividades mentales, a saber, memoria de trabajo, internalización del lenguaje autodirigido, control de las emociones y de la motivación y reconstitución. Así pues, hablamos de un problema orgánico-constitutivo y como tal hay que tratarlo. Sabemos (Cavas Toledo, 2006, Díaz-Heijt y otros, 2006) que el metilfenidato, como fármaco más utilizado en el tratamiento del TDAH, es el más eficaz (últimamente existen otros fármacos –atomoxitina- que actúan como inhibidores de la recaptación de la noradrelina). Los niños con TDAH tratados con este fármaco mejoran sustancialmente los síntomas del trastorno, muestran un mejor rendimiento escolar, y presentan mejoras considerables en la conducta y en la interacción social con los compañeros. En el plano cognitivo las investigaciones confirman que la atención de los niños hiperactivos aumenta significativamente cuando se les administra metilfenidato. En el plano académico, el metilfenidato mejora la ejecución de tareas escolares, como llegar puntual a la escuela, el trabajo individual, tareas en pequeños grupos y atención a las explicaciones del profesor, fundamentales para provocar mejoras académicas. Este fármaco, tras ciertos estudios realizados (Roselló, Amado, Presentación, 1999; Roselló, Pitarch, Abad, 2002) disminuye la agresividad, mejora el autoconcepto de los niños con TDAH, las habilidades comunicativas y la percepción de las claves situacionales.

Como ya observaron Safer y Allen (1979) y más recientemente Soutullo (2003, 2004) o Mardomingo Sanz (2008) la combinación de tratamiento farmacológico y la intervención educativa ayudan a mejorar otros síntomas no propios del trastorno (y por supuesto el trastorno en sí) pero frecuentemente asociados, como las conductas negativistas y agresivas, las interacciones con los compañeros, la relación padres-hijos y las habilidades lectoras (el 59% de los casos tratados con medicación remite pero sí se mezclan la medicación con un enfoque educativo-terapéutico remiten el 70% de los casos; Mardomingo Sanz, 2008).

Hasta no hace mucho, se ha definido la hiperactividad como un trastorno donde ciertos niños manifestaban una conducta impulsiva, poca concentración y un estado de nerviosismo permanente. Cada vez más, los niños desarrollan en las escuelas inclusivas (Thomas, 2007) y en diferentes ámbitos sociales estas conductas, que provocan un desajuste constante en dichos espacios. Muchas veces, las familias y, también, los maestros no saben cómo actuar ante este tipo de manifestaciones atípicas, que no encajan en un modelo de

sociedad cambiante, con estructuras bastante complejas y dinámicas. Sin embargo, apreciamos en este tipo de comportamientos y trastornos ciertos rasgos positivos, que parece encajan perfectamente en esta nueva configuración social y cultural, si sabemos reinterpretarlo y comprenderlo adecuadamente. Es curioso cómo niños con dificultades en el aprendizaje y problemas de adaptación al sistema han sido capaces de tener éxito en la vida académica y profesional, mientras que otros han fracasado estrepitosamente (Hallowell y Ratey 2001), por lo que es posible que, al margen de factores azarosos también sea debido a que los que han tenido éxito han podido tenerlo en parte por profesionales que han sabido reinterpretar y comprender adecuadamente aquello que acaecía dentro de ellos y que no podían determinar con claridad ni, por supuesto, decir qué era realmente lo que les sucedía y les ayudaron en su “resiliencia”, en la superación de sus adversidades y conflictos.

Un colectivo de riesgo en situación de exclusión social

Las niñas y los niños de exclusión social normalmente proceden de familias desestructuradas y poco favorecidas socioculturalmente. Sobre ese grupo recae buena parte de las amonestaciones, sanciones y expulsiones en nuestros centros educativos, esto es bien conocido por los profesionales de la enseñanza, pero resulta mucho menos conocido otro sector de las clases que acumula todo tipo de sanciones y de fracaso escolar sin una “causa aparente” (el alumnado “típico” de exclusión social sí es percibido como alumnos-as con una “causa” que explica su comportamiento: la exposición de la infancia a todo tipo de estímulos criminalizadores). Pero mucho menos percibidas y menos comprendidas las razones que tiene el alumnado con TDAH que expliquen su comportamiento teniendo en cuenta que su procedencia sociocultural es muy diversa. Esto es debido a que algunos-as maestros-as piensan que los sujetos procedentes de familias conflictivas y con privación sociocultural educan o es normal que eduquen a sus hijos e hijas en un modelo agresivo y poco socializado que se escenifica en el aula en problemas de conducta e indisciplina, lo que lleva alguna tolerancia o a algunos argumentos que legitiman y justifican, al menos relativamente, su comportamiento en las clases. Sin embargo, al no tener información suficiente de que los alumnos y alumnas con TDAH tienen un déficit que le impide controlar su conducta, atribuyen su comportamiento en el aula a cuestiones como “gamberrismo”, “mala educación”, “sobrepotección”, “holgazanería” etc... Con lo que la imagen de su comportamiento es percibida como algo gratuito y sin motivo y los y las TDAH se convierten en sujetos mucho más impopulares que otros niños y niñas que “sí” tienen “motivos” que justifique su conducta en las clases. Hay que tener en cuenta que los niños y niñas con TDAH que son expulsados de los centros educativos o que fracasan escolarmente, si se dan las circunstancias familiares, sociales, las tragedias o la más pura esencia de la mala suerte, pueden verse abocados a profundizar en su lado más oscuro. Como ese 25% de personas con TDAH que parecen que incurren en actos delictivos (Orjales Villar, 2003) o que se encuentran en las cárceles y como todos esos estudios (y toda la alarmista propaganda mediática) que exponen la relación entre hiperactividad y delincuencia. Rutter llegó a afirmar que *“Los lazos (entre la hiperactividad) y la delincuencia están indicados por cuatro resultados bien*

establecidos" (1988: 129). Unos lazos que el prestigioso director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Londres encontró entre hiperactividad, déficits atencionales y trastornos de conducta, haciendo un seguimiento de chicos que iban a algunas clínicas y observando que tenían mayor riesgo, más tarde, de ser delincuentes. También realizó unos estudios familiares que le mostraron la asociación entre hiperactividad, delincuencia, alcoholismo y sociopatía y una serie de características que Rutter había conocido de un estudio de Douglas y Peters (1979) donde un grupo de delincuentes compartían las mismas características de un grupo de jóvenes hiperactivos. Es cierto que, a veces es difícil separar las conductas inadaptadas de las hiperactivas y que evidentemente pueden ir juntas. Y por supuesto que es posible que entre los jóvenes que tienen una carencia afectiva, cultura, social, económica y que presentan en la escolarización una conducta disruptiva-inadaptada y en la calle un comportamiento conflictivo que les puede llevar a la predelincuencia y a la delincuencia y a la búsqueda de una desinhibición estimuladora existan algunos con TDAH. Pero, de hecho, muy probablemente, son entidades diferentes que pueden compartir algunas características (fracaso escolar, aspecto descuidado, absentismo escolar, escaso rendimiento académico, reacciones vandálicas y agresivas, amenazas a profesores y padres, poco autocontrol, no comprensión de las normas etc...) aunque pueden darse una mezcla "explosiva" entre jóvenes con conductas desadaptadas que además tengan TDAH (como los del estudio de Rutter). La gran diferencia (Guerrero López, 1990) entre los trastornos por déficit de atención y las conductas desadaptadas es que éstas se deben más a factores socioambientales que a alteraciones genéticas de los neurotransmisores (Hudziak, 2003; Ferrando-Lucas, 2006). Por lo que en este caso más que de causas (que de un principio causa-efecto Aristotélico) habría que hablar, de factores de riesgo (marginalidad, padres con antecedentes delictivos etc...) para las conductas desadaptadas como afirman las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1978) o el propio Rutter en otros trabajos suyos, si bien en las investigaciones que citamos no dice nada de los factores de riesgo ni estudia otros tipos de aspectos más comunes y menos catastróficos; los que podrían relacionar a las personas TDAH con la creatividad y el ingenio. Porque casi todos los autores subrayan la parte más negativa que se viene arrastrando desde que se "descubrió" en los colegios del sórdido Londres de Dickens al "Mister Hyde" de los TDAH. Es como si viésemos los aspectos más negativos de las personas sordas, ciegas, síndrome de Down, autistas, con déficits motóricos o simplemente las relaciones entre ciertas conductas y las personas sin ningún tipo de déficit que manifestaron algunos comportamientos antisociales (y ello no etiquetaría al resto de las personas). Esos estudios se centran en un extremo de la conducta hiperactiva: en la de aquellos que cruzaron el umbral de una puerta que les llevó a lo peor que había en ellos o en ellas, por lo que esos trabajos son incompletos y se detienen en el lado más oscuro y que en esas estadísticas se encuentran los más desafortunados TDAH, esos seres que tenían ciertas predisposiciones como hemos visto anteriormente y se encontraron frente a las más adversas circunstancias sin mucha "resiliencia". Seres desvalidos que, teniendo un déficit, se encontraron con el ambiente más terrible que les llevó a las drogas, al alcohol o a la conducta delictiva. Porque es evidente que las personas con TDAH tienen

tendencia (como todas las personas pero ellos más) a no controlar algunas situaciones. Ana Miranda, Laura Amado y Sonia Jarque (2001) siguiendo a Barkley nos dicen que en los próximos años se denominará al TDAH “trastorno por déficit en el control inhibitorio”. En efecto, Barkley nos señala que: *“El Trastorno del Desarrollo del Autocontrol (TDAC) puede ser el nombre más apropiado para el TDAH. El término TDAH se queda corto”* (2001:99). Para este psiquiatra el TDAH más que un problema de déficit de atención sería un trastorno del autocontrol, de la organización y dirección de la conducta hacia el futuro y de la fuerza de voluntad y de la motivación.

Una de las mayores sorpresas que nos llevamos a la hora de evaluar las conductas hiperactivas en mi ciudad (Guerrero López, Pérez Galán y otros, 1995) fue los diversos subgrupos de TDAH que nos encontramos en las aulas. El grupo que más destacaba ante los maestros y maestras (y ante los que los evaluábamos) eran el compuesto por los niños y niñas que saltaban constantemente, que salían de clase sin pedir permiso, que daban carreras sin sentido y que, hasta sentados o sentadas se retorcían en la silla buscando un acomodo imposible. Sin embargo, en nuestra evaluación final, fueron los menos numerosos del conjunto de TDAH. Esto ya lo podíamos intuir (4), en primer lugar, porque en el año 1972, Virginia Douglas ya alertó -sin demasiado éxito inicialmente- en un congreso celebrado en Canadá y en una posterior publicación (1972), que lo realmente significativo de la conducta de estos niños y niñas no era la hiperactividad sino la falta de atención y, en segundo lugar, por la clasificación que hizo Eric Taylor en 1991 de los niños y niñas con TDAH (sobreactivos, hiperquinésicos, hiperactivos etc...; sólo algunos subgrupos serían realmente “hiperactivos”, es decir manifiestan una actividad motriz excesiva e innecesaria). Pero aún sabiendo esto, nos impactó comprobarlo con nuestras humildes estrategias metodológicas. En la evaluación que hicimos en veintidós colegios de primaria (Guerrero López, Pérez Galán y otros 1995) con una escala (Guerrero López, Sampere, I.) que construimos para esa evaluación y con entrevistas estructuradas a directores y profesores tutores, vimos con asombro la relación entre las conductas más problemáticas del aula y las expulsiones en los colegios. Y llegamos a la conclusión de que en estos centros los alumnos y alumnas que más amonestaciones y sanciones recibía y que mayor número de expulsiones provocaba eran los TDAH. Levemente, pero por encima incluso de los alumnos y alumnas desadaptados (en situación de exclusión social por marginación, procedencia étnica etc...). Entrevistamos a varias madres cuyo estado de ánimo era la desesperación porque no pensaban que lo mejor para sus hijos con TDAH fuese la expulsión del colegio. En ese sentido se han manifestado desde distintas asociaciones de hiperactividad, por ejemplo desde APNADAH, en Valencia, cuya presidenta alertó en 2007 de la situación de los 16.000 alumnos/as con TDAH que se piensa existen en Valencia y que son rechazados por sus compañeros (porque no pueden estar quietos) y por los profesores, si bien unos se preocupan por estar informados y otros los etiquetan como “vagos y maleducados” (Domingo, 2007). Podemos encontrar manifestaciones parecidas de todas las asociaciones de TDAH de España como la denunciada por la Fundación de Ayuda a la Infancia de Castilla y León (Fundacyl) que advierte de la situación de 3000 niños y niñas hiperactivos de Valladolid dado que el 80% de ellos tienen problemas en el colegio por falta de formación especializada del

profesorado que piensa que son unos “gamberros”, unos “payasos” y que están alborotando las clases constantemente. Por toda España los padres y madres de niños con TDAH tienen que ir cambiando de colegio a sus hijos ante las reiteradas sanciones y expulsiones. Y para que eso no ocurra, para que las profesoras y profesores sepan que tienen ante sí a una persona con algunos déficits de origen biológico, el conocimiento sobre ellos y ellas y la formación de las administraciones públicas al profesorado es muy importante al igual que el diagnóstico. Hay que recordar que el TDAH es el motivo de consulta psicológica mayor de este país y el problema de conductas disruptivas más grave de las aulas. Como afirma Ana Miranda (2001) entre un 30% y un 40% de niños con TDAH de Educación Primaria repiten un curso escolar y asisten a aulas de apoyo. Y las escuelas y nuestro profesorado no disponen de los medios mínimamente razonables para la educación de los TDAH como piensa Isabel Rubió (presidenta de una de las asociaciones de hiperactividad más numerosa de España) que afirma que existe una gran escasez de recursos y de ayuda para estos niños (Martín, 2004) por lo que las asociaciones suplen esas carencias. Por eso, pensamos, que los niños y niñas con TDAH son los grandes olvidados-as de los déficits. Especialmente las niñas, porque hay que tener en cuenta además, que dentro de los TDAH, las niñas están poco diagnosticadas, si tenemos en cuenta que aproximadamente hay una proporción de 3 niños TDAH por cada niña y que en las consultas aparece solamente una niña cada diez niños quiere decir que muchas niñas TDAH pasan desapercibidas en cuanto al origen de su comportamiento (Idiazábal Alecha, 2004, 2006). Y, si bien las niñas con TDAH tienen menos riesgo de presentar trastornos de conducta que los niños, no obstante, tienen más trastornos de pánico y más riesgos de padecer depresión y también es posible que sean más propensas al abuso de sustancias (Idiazábal Alecha dice que un 4% de niñas con TDAH presentan algún abuso de sustancias y de alcohol y más tabaquismo que los niños).

Casi todos los manuales al uso hacen una descripción diacrónica negativa del TDAH, sin pararse, por un momento, en una definición, tratamiento y sintomatología que tenga en cuenta aspectos positivos del trastorno (algunos de esos aspectos heterodoxos ya fueron resaltados por Stevens -1999- y por Hallowell y Ratey -2001-). Y hablan de dificultades en la concentración, de negativa atención, de impulsividad exagerada, de ciertos grados de agresividad, de sujetos maleducados, sinvergüenzas, de inadaptados..., Y es cierto; los TDAH presentan un lado negativo que podíamos aglutinar en las siguientes características:

- Funciones ejecutivas alteradas (atención, autorregulación, planificación etc...)
- El “Sistema Supervisor Atencional” no está maduro
- No saben controlar sus reacciones emocionales
- Excesiva actividad en algunas tareas que no son las relevantes y exigida en el clima “cartesiano” del aula (hablar mucho, distracciones constantes...)

- Impulsividad cognitiva, motórica y conductual
- Exceso de ansiedad flotante
- Cierta incapacidad más que no recibir mensajes para dejar de recibirlos
- Cambios constantes en actividades que realiza en el aula (y fuera del aula; en el patio, pasillos, recreo, comedor...)
- Incapacidad para aprender de sus errores con los maestros-as y no lograr reconducir su conducta en el aula por lo que su proceso de escolarización se puede volver cada vez más caótico y “fracasado”.
- En ocasiones, la impulsividad le puede llevar a enfrentamientos “físicos” con otros compañeros (de los que se suele “arrepentir” instantes después).
- No saben como planificar su tiempo a la hora de realizar las tareas escolares debido a su mala organización vital.
- En muchos casos se convierten en los “payasos” de las clases (los que no saben aún que tienen un TDAH).
- A veces, siento consciente de todo lo anterior, siguen cometiendo una y otra vez los mismos errores.

Es evidente que todas esas características no pasan desapercibidas a los maestros y maestras. Pero, los alumnos y alumnas con TDAH también tienen unos aspectos positivos (como veremos en el siguiente epígrafe) que tampoco deben pasar desapercibidos al profesorado así como el hecho de que el código genético de este alumnado no viene necesariamente impreso con unos estigmas y códigos insoslayables que los condenen en nuestras aulas (y más grave aún: fuera de las aulas de nuestros colegios).

Propuestas de acción y de mejora

Antes de comenzar la valoración y el diagnóstico y de empezar a aplicar los programas basados en la intervención educativa, el profesorado debe tener en cuenta no solamente los aspectos negativos de este alumnado que ya vimos anteriormente sino también su lado más positivo. Brevemente éstas podrían ser algunas de las características más positivas y heterodoxas que el profesorado debe potenciar y servirse de ellas para su proceso de enseñanza con este alumnado:

- Hiperconcentración (deben saber que, a veces, manifiestan esta virtud cuando les interesa algo)

- Espíritus libres y apasionados-as (en principio estas son cualidades positivas si se saben “explotar” adecuadamente) llenos de ingenio e intuición.

- Deben saber también que en muchos casos manifiestan ciertos talentos para el deporte (cuidando que no sean de “riesgo extremo”, la actividad física viene bien a cualquier persona con alguna diversidad funcional, Guerrero López, Perán Mesa y Gil Muñoz, 2006a), los descubrimientos, la cocina, la música, la expresión artística (pintura, cómics), la literatura, la capacidad de inventar objetos, artilugios y maquinarias, entre otros, además de una buena capacidad para vender, emprender negocios imposibles, etc.

- El profesorado debe ser consciente de que estos alumnos y alumnas, lejos de suponer un obstáculo, pueden contribuir en las aulas con su idiosincrasia peculiar (sentido del humor, creatividad, sensibilidad, despreocupación infantil, ingenuidad, forma “pura” y romántica de aprender y responder al profesorado, incluso con sus extravagancias, etc.).

- El profesorado debería tener en cuenta que este alumnado no ha sido bien considerado en todos los años de escolarización por lo que cierto acercamiento comprensivo a ellos podrían valorarlo más que otros alumnos estableciéndose un apego afectivo que puede contribuir a que les suba la autoestima y la motivación intrínseca por aprender y por dejar que se “intervenga” con ellos con programas de intervención educativa.

Una vez informado sobre estas cuestiones tan poco conocidas y para llegar a conceptualizar este trastorno desde otra perspectiva es necesario valorar y diagnosticar cuántos alumnos y alumnas con este déficit tiene el profesorado en sus aulas. Según Halowell y Ratey (2001), la mayoría de las personas que descubren que padecen TDAH, tanto si se trata de niños como de adultos, han sufrido mucho. La experiencia emocional del TDAH está repleta de vergüenzas, humillaciones y autocastigos. La esperanza, afirman ambos autores, se recobra con el diagnóstico. Más que con otras enfermedades, suele suceder que el diagnóstico del TDAH tiene un gran poder terapéutico. Pero, sobre todo, nuestro interés se basa principalmente no sólo en desarrollar criterios negativos del síndrome, sino abordar el diagnóstico desde unos parámetros más cualitativos y menos contaminados de estadística, números y valores descriptivos. Nuestra pretensión se basa principalmente en que los sujetos con TDAH entiendan que la repercusión de un desajuste estructural les origina situaciones de inadaptación, no provocadas por ellos mismos sino por el efecto que producen en él la propia dinámica de su desarrollo tanto interno como externo. Así pues, mientras que con otras afecciones médicas el diagnóstico conduce al tratamiento, con el TDAH el diagnóstico ya es, por sí mismo, y no pocas veces, el tratamiento. Una vez que se ha efectuado el diagnóstico, el siguiente paso es aprender cuanto se pueda sobre el trastorno. Cuantos más conocimientos se tengan, mayor será la capacidad de tener una actitud constructiva durante el tratamiento en aras a resolver las propias necesidades, y mejor comprenderá la persona la historia de su vida en términos de TDAH. Existe una lista verdaderamente larga de personas -como vimos en la introducción- que han alcanzado la fama en la edad adulta, después de haber tenido una escolarización desastrosa debido a

no habérseles diagnosticado, con prontitud y comprensión, algún trastorno del aprendizaje. Lamentablemente todavía es mayor la lista de personas cuyo espíritu ha quedado truncado en el colegio y, que por tanto, no han tenido la oportunidad de desarrollar su potencial (Pérez Galán, 2006). Por tanto, a medida que adquieren conocimientos, las personas con TDAH, sobre este síndrome, van cambiando. Se adquiere un poder que nunca antes se había tenido, y ese poder reside en la información sobre el trastorno. Esa información se va integrando en la persona y, de manera silenciosa y sutil, provoca que ésta se pueda situar en un nuevo plano. Por todo esto, hay que decir la verdad, cuanto antes, al niño y al colegio ya que esto evita que el TDAH se convierta en un estigma. Ayuda a normalizar el síndrome. Y para ello hace falta que, tanto la familia como la escuela, adopten roles diferentes y asuman un protagonismo distinto. La familia y la escuela, lejos de ser instituciones básicas de socialización primarias, de ser depositarias de unos valores básicos y de desarrollo integral de los niños, deben ser quienes provoquen en los niños la búsqueda de su nueva identidad. Deben ser agentes facilitadores de entornos de aprendizaje naturales y críticos, conjuntamente con los maestros. Deben ser redescubridores de potenciales ocultos de niños con problemas de TDAH y favorecedores de ambientes de aprendizaje, con el fin de canalizar de manera sistémica sus verdaderas capacidades. Los mejores padres y los mejores maestros son los que saben escuchar e interpretar sus distintas voces y manifestaciones. Son los que recrean situaciones óptimas partiendo de lo mejor de cada uno de ellos. Los mejores profesores, advierte Ken Bain (2007), son los que invierten en sus estudiantes. Sus prácticas resultan de una preocupación por el aprendizaje que sienten interesante y comunican con convicción. Lo más importante, manifiesta este autor es que nuestra docencia debe comunicar que hemos hecho una inversión en nuestros estudiantes, y que hacemos lo que hacemos porque nos importan como personas y como estudiantes.

Dado que esta es, como venimos exponiendo a lo largo de estas páginas, una de las causas más proclives a ser estigmatizado, amonestado, sancionado y expulsado de nuestros centros educativos (y esto sin entrar en la problemática del TDAH adulto y sus desajustes emocionales, afectivos y laborales por no “saber” que tiene un trastorno “tratable” que nunca le ha sido diagnosticado) y, evidentemente de los mayores argumentos para fracasar escolarmente y abandonar el entorno educativo de forma prematura, creemos que el maestro-a deberá saber si las conductas que presentan ciertos alumnos y alumnas en sus aulas son susceptibles de poder conceptualizarse como TDAH. Una de las pretensiones fundamentales del profesorado sensible a esta problemática es conocer sí tienen a alumnos con TDAH y que éstos entiendan y sepan la identidad de su trastorno, lo redefinan, y que los maestros y padres actúen en consecuencia y adopten una postura cercana y comprensiva hacia el sujeto con TDAH. Buena parte del éxito en esa tarea radicará en el trabajo interdisciplinar de estos profesionales, en el intercambio de ámbitos en los que debe trabajarse de forma simultánea a la hora de la intervención sistémica del TDAH (pediatras, psicólogos, pedagogos, etc.). Muchas veces, las familias y, también, los maestros no saben cómo actuar ante este tipo de manifestaciones atípicas, que no encajan en un modelo de sociedad cambiante, con estructuras bastante complejas y dinámicas. Si saben interpretar y comprender

adecuadamente a este alumnado quizás se pueda evitar que una parte de ese 4% (en algunas estadísticas un 5% o más) de alumnas-os que tienen TDAH que se encuentran en nuestras aulas mejoren sus procesos educativos significativamente y no pasen a engrosar las listas del absentismo, del fracaso escolar y tampoco acceden a problemas de conducta mucho más graves. Para ello puede resultar muy útil que en nuestros centros educativos se les explique a las maestras y maestros que deben informar al niño o niña que ha habido personas famosas que han tenido TDAH, y decirles que, en cierto modo, es una “suerte” que él o ella lo sea también. Luego se les puede hablar a estos alumnos y alumnas de los aspectos positivos deteniéndose en ellos con minuciosidad y en último lugar que se les puede comentar brevemente los aspectos negativos (los que deben modificarse y reeducarse).

Después de esa primera fase de valoración inicial, las administraciones públicas educativas deberían realizar cursillos de formación para los profesionales de la enseñanza donde se les capacite para construir autoinformes e historias de vida (con una larga tradición en los modelos etnográficos) y son útiles para personas que no han sabido hasta ese momento que tenían TDAH. El psiquiatra E. Halowell después de asistir a un congreso en Estados Unidos –cuando tenía treinta años- salió eufórico al saber que él tenía TDAH (“¡Existe un nombre para lo que yo tengo, y yo que pensaba simplemente que era un poco tonto!”2002: 4) y escribió diversos autoinformes e historias de vida que le ayudaron a comprenderse y a ser comprendido por su entorno. En esos cursillos de formación no se debería olvidar otras técnicas cualitativas como las entrevistas trianguladas (entrevistar a un mínimo de tres personas sobre el comportamiento TDAH), las observaciones participantes en el contexto donde se encuentra el niño o niña (colegio, hogar...), los seguimientos a través de un diario de campo y observaciones en vídeo complementado con las entrevistas en profundidad a los padres. Todas estas técnicas son muy prácticas para conocer a estas personas. Un abordaje singular para acercarse a los procesos de pensamiento del niño o niña hiperactivo-a es a través de la Estimulación del Recuerdo y las fotografías (utilizadas normalmente en otros ámbitos y no con los TDAH). También se puede observar al niño o niña en las situaciones cotidianas en la que se desenvuelvan -barrio, hogar y escuela a través de registros observacionales.

Todos los instrumentos que hemos enumerado hasta ahora supondrían un acercamiento menos intrusivo, más original y más comprensivo y humano a la conducta del niño-a con TDAH. Aunque siempre se puede recurrir -con la ayuda de profesionales de los equipos de apoyo- para complementar y evaluar más “objetivamente” a las técnicas más clásicas existentes: por ejemplo la Consulta de los “DSM” de los “ICD” (si bien son muy genéricos –a la espera de que se publique en 2010 una parte más específica para el diagnóstico de las personas con TDAH) puede servir de orientación) y de las Escalas diagnósticas, cuestionarios, inventarios etc. (Inventario de situaciones en el hogar (ISM) de Barkley, Escala de puntuaciones de autocontrol (E.P.A.) de Kendall y Wilcox, Escalas de atribución, Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad de Farré y Carbona, Inventario de Connors compuesto por dos escalas la TRS (39 ítems) -para profesores- y la PSQ (93 ítems) para los padres, Cuestionario Revisado de Problemas de Conducta de

Achenbach, El CCB (cuestionario clínico-biográfico) -cátedra de psiquiatría de Sevilla y la Escala Magallanes de Atención Visual (EMAV) entre otras muchas. También se pueden "ecologizar" otros test y cuestionarios que sean de nuestra invención (relativamente fáciles de construir si no requieren más validez que la ecológica) y se pueden construir cuestionarios "cualitativizados". No pensamos que sea necesario —en cualquier caso no para realizarlas por los agentes educativos- pruebas de alergias alimentarias, ni electroencefalogramas, PET (pueden consultarse el trabajo en ese sentido de Sánchez González, 2003), ni pruebas similares (tampoco los actómetros ni los cojines establimétricos, etc.). Después de la valoración inicial y de una primera entrevista podemos realizar una intervención educativa a través de varios programas educativos y psicopedagógicos.

Unos modelos que debemos tener en cuenta son aquellos que están relacionados con la metacognición y el autocontrol (muchos de ellos basados en las obras de Luria (1979) y Vygotski (1983). Los autores incardinados en este modelo piensan que el cambio educativo y terapéutico en los niños hiperactivos se consigue alterando sus procesos metacognitivos y cognitivos (funciones ejecutivas, percepción, atribuciones, expectativas, estrategias de procesamiento etc.). Dentro de este tipo de tratamiento destaca el Entrenamiento en Autoinstrucciones (que comienza con un viejo programa de Meichenbaum en 1974) muy bien descrito por Orjales Villar (2003) y en el que el maestro-a ejecuta una tarea mientras habla consigo mismo y el niño-niña ejecuta la misma tarea bajo sus instrucciones (e instruyéndose a sí mismo en voz alta. En parecida concepción resaltaría la Terapia de Control Cognitivo (TCC), diseñada por Santostefano.

Un programa "clásico" es el que propuso Barkley en 1987 y que denominó "Entrenamiento de Padres" (para realizarlo una familia o un grupo de ellas). Aunque la terapia individual es el punto de partida para la mayoría de las personas con TDAH, algunas formas adicionales de psicoterapia serán muy útiles: la terapia familiar, la terapia de pareja y, sobre todo, la terapia de grupo. Los grupos pueden movilizar la energía positiva de una manera realmente notable; La terapia grupal es importante ya que el desarrollo humano se produce en un entorno y espacio concretos, con unos agentes específicos, con los que comparte experiencias, vivencias, incertidumbres y fracasos. Y es en este microsistema ecológico donde adquieren significado los comportamientos humanos, unas veces atípicos; otras, cercanos a unas formas de realización y desarrollo "más normalizados". Cuando los grupos son dirigidos de una forma adecuada, constituyen una terapia para el TDAH segura, económica y con elevado índice de éxito. De hecho, en la terapia individual con niños es posible que no acaben de surgir los problemas reales, dado que estos problemas sólo se manifiestan en un grupo. De esta forma, la terapia de grupo para niños puede tratar esos problemas a medida que van surgiendo, in situ, en el lugar donde se producen, en el grupo. Estamos convencidos, y coincidimos con las aportaciones de Barkley (Barkley, 1990, 1998), de que el abordaje del abanico de dificultades y posibilidades que presentan los niños con TDAH requiere la adopción de una adecuada estructuración ambiental y, por supuesto, de una asertiva preparación e intervención grupal en la aplicación de técnicas más eficaces para el manejo del comportamiento del niño hiperactivo. Los

compañeros (también padres y profesores, de ahí el programa de “entrenamiento de padres” creado por Barkley) pueden actuar asimismo como modelos de autocontrol y facilitar la interiorización de normas, reglas y fases que hay que seguir en el procesamiento de la información en la resolución de problemas. Por tanto, habría que reconsiderar nuestra forma de interpretar los problemas de comportamiento en niños con TDAH, creyendo que todas las soluciones pasan por cambiar al niño, olvidando el importante papel que el contexto, esto es, la estructuración de las relaciones en el aula, juega en el desarrollo de la competencia social. Aunque la conducta social e individual es modificable, la consolidación y la generalización de las nuevas habilidades adquiridas depende, en gran manera, del apoyo del contexto en el que aparecen tales conductas (Miranda Casas, 2001).

No hay que olvidar tampoco las Técnicas de Autocontrol, por ejemplo la propuesta por Valett, consistente básicamente en ejercicios de relajación, actividades físicas, mantenimiento de la atención etc.. que el niño va “autoevaluando” (se ven los resultados desde el primer día de aplicación). La Economía de Fichas de Safer y Allen suele ser una técnica muy exitosa (y cualquiera que se tome en serio los “contratos previos” puede comprobarlo) y tiene tal moldeabilidad que se pueden adaptar a casi todos los programas. Relacionado con el anterior aunque mucho menos conocido sería el Programa Helping the Noncompliant Child (enseña a los padres la modificación de conducta). Muy conveniente también, especialmente para las niñas con TDAH cuya autoestima es muy baja, sería el Programa de Actividades para el Desarrollo de la Autoestima de Marchargo Salvador, el Programa de Autocontrol del prolífico Vallés Arándiga, el Entrenamiento de Autocontrol de Kendall, el Entrenamiento en Habilidades Sociales (por ejemplo el programa de Goldstein, el Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social — PEHIS- de Inés Monjas Casares, El Programa de Entrenamiento en Habilidades Metacognitivas para Maestros de niños Hiperactivos o el Programa de Morganett (que en España se publicó con el nombre de “Técnicas de Intervención Psicológica”).

Por otro lado nos parecen muy eficaces aunque atípicos en el campo del TDAH el empleo del Programa de Enriquecimiento Instrumental de Feuerstein (PEI), la IBP de Ashman y Conway y el Programa de Inteligencia de Harvard (PIH). Para niños y niñas más pequeños existe la Técnica de la Tortuga de Schneider (para los que dicen que son costosos los programas esta técnica, que en realidad es un cuento muy bello, ocupa un folio y “cuesta” unos céntimos), el Curso de Relación Progresiva para Niños de Ramírez Cabañas, el programa Enfócate del grupo Albor (especialmente la parte para fomentar la atención; es muy ameno para los niños-as TDAH) y los Cuadernos de Atención de García López y Aparicio Guerrero. Para adultos con TDAH puede ser conveniente el Entrenamiento ABC en Relajación de Smith (que es un compendio de técnicas que incluye la Relajación Muscular Progresiva, el Entrenamiento Autógeno, Técnicas Respiratorias, Estiramientos Yoga, Imaginería y Meditación) y la Terapia Racional-Emotiva de Ellis (2003a, 2003b) y otros programas cognitivos-conductuales como los de Beck (2003) y Lazarus (2003). También sería recomendable realizar una actividad física intensa (artes marciales incluida) y algún tipo de actividad artística (pintura, talleres de escritura, teatro,

música). Y para los más adultos (es posible que un 50% de niños-as siga siendo TDAH de adulto; Ramos-Quiroga, 2008) existe un programa desde el año 2002 creado por el servicio de psiquiatría del hospital universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, llamado Programa Integral del Déficit de Atención en Adultos (PIDAA). Y también sería necesario para los adultos intervenir con programas que mejoren su inteligencia emocional (Goleman, 1998) ya que un subgrupo de estos adultos no diagnosticados suelen presentar una personalidad adictiva (Canto-Ortiz, J. Fernández-Berrocal, P. Guerrero López, J.F. y Extremera Pacheco, N. 2008 y Canto-Ortiz J. Guerrero López, J. F. y Fernández-Berrocal, P. 2007). Con todo ello es posible que las sanciones, amonestaciones y expulsiones de los niños y niñas de nuestros colegios sea inferior (y no vayan configurándose como un colectivo en situación de exclusión social) y logre reencauzarse no solamente su comportamiento en el aula sino fuera de ella y alcancen un nivel académico-cognitivo más coherente con el que le correspondería (en función de su capacidad intelectual y su nivel de comprensión) si no fuera por las limitaciones y la problemática que manifiestan en las aulas y en el hogar debido a un trastorno que cada vez va siendo más comprendido aunque aún faltan normativas y marcos legales y formativos para que se lleve a cabo con éxito todo los procesos educativos de estos alumnos-as tan originales y creativos, y con esa forma tan pura y hermosa (e incomprendida) de aprender.

Notas

1

Hoffman hacia 1854 ya había descrito un síndrome desconocido en unos niños que eran muy impulsivos e inquietos. Por ello hay quién piensa que el TDAH debería llamarse en realidad “enfermedad de Hoffman en honor a ese médico (Miranda Casas, Amado Luz y Jarque Fernández, 2001). También Bourneville en 1897 ya lo había definido antes, más o menos ambiguamente, como “niños inestables” (Garanto Alós, 1986) pero en ninguno con el rigor de Still.

2

Por las limitaciones de espacio que nos hemos propuesto al escribir este artículo no nos vamos a detener en reflexionar si podemos considerar al TDAH como un trastorno o como un estilo cognitivo, una forma “especial” de ser y de comportarse, para profundizar en ese tema puede consultarse, por ejemplo, a Hartmann (1998) o debido a algún problema de maduración que va

desapareciendo (algo que ya, en un libro pionero en España sobre la hiperactividad, Miranda y Santamaría apuntaban en 1986 al hilo de algunas teorías).

3

Superadas ya otras teorías no demostradas como la teoría del hemisferio derecho, las teorías de los campos magnéticos, del ambiente familiar (que no obstante puede agravar bastante la conducta TDAH), la teoría de la dieta (consúltese, p.e. los trabajos clásicos de Kaplan (1989) y Feingold (1975, 1976) etc...En otro lugar ya hemos hablado (Guerrero López, 2006b) de que quizás fueran los camioneros norteamericanos (que tomaban metilfenidato para no quedarse dormidos y sus hijos hiperactivos se tomaban las pastillas accidentalmente y se relajaban y atendían), un psiquiatra llamado Bradley, que en 1937 recetó por error para un dolor de cabeza metilfenidato (Puig y Balés, 2003) y una neuróloga del Bronx (Isabelle Rapin, 1987) los que descubrieron las bases de que el problema que tenían las personas con TDAH era de naturaleza bioquímica-genética (Cantwell -1975- también advirtió que estos niños tenían un déficit “constitucional”).

4

Lo que no podíamos intuir y nos impactó y entristeció es que, debido quizás a ese concepto que aún existe sobre la hiperactividad, no era infrecuente que a algunos de estos niños y niñas, algunos profesionales de la psiquiatría, les recetasen tranquilizantes, ya que a la mayoría de ellos les producía el efecto contrario puesto que se está “tranquilizando” a un cerebro excesivamente “tranquilo” (hipoactivado) y este hecho hacía que se autocompensarán —a través de un proceso homeostático- lo cual tenía como consecuencia inmediata una mayor agudización de sus síntomas “hiperactivos”. Cuando entrevistábamos a las madres y padres en nuestra evaluación nos comentaban que sus hijos e hijas manifestaban un empeoramiento del nerviosismo con esa medicación, algo que coincidía con la información que nos transmitían sus profesores y profesoras. Pero si se piensa que los niños hiperactivos son realmente “hiperactivos” (corticalmente hablando) parece lógico administrarles fármacos que los “des-hiperactivizen” y “tranquilicen” en lugar de fármacos que a otros tipo de niños los activarían como son los estimulantes (el famoso metilfenidato) y que a los niños y niñas TDAH, al “activar” su córtex “dormido” los serenan o los conducen a una bioenergía más normalizada, sobre todo a ese subgrupo de niños y niñas que se mueven de forma innecesaria, arbitraria y excesiva, debido probablemente a un proceso homeostático.

Bibliografía

Ávila, C. y Polaino-Lorente, A. (1999). *Cómo vivir con un niño-a hiperactivo-a*. Madrid: Narcea.

Bain, K. (2007). *Lo que hacen los mejores profesores universitarios*. Valencia: PUV.

- Barkley, R. A. (1990). *Attention-déficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment (2ª edición)*. New York: The Guilford Press.
- Barkley ,R.A. (2000). *Taking charge of ADHD*. Guilford Press: Nueva York.
- Barkley, R.A. (2001). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (2009). La hiperactividad no es un trastorno social ni familiar, sino genético y neurológico. *El País Salud. Revista Mensual de biomedicina y calidad de vida*, 25, 6.
- Bradley, C. (1937). Behavior of children receiving benzedrine. *Am. J. Psychiatry*. 94, 577-585.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1978). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beck, A. T y Shaw, B. F. (2003). Enfoques cognitivos de la depresión. En A. Ellis A. y R. Grieger, *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Brown, T. E. (2008). La funciones ejecutivas del cerebro: seis aspectos de un síndrome complejo. *Revista Adana*. Septiembre, 17 , 3.
- Canto-Ortiz, J: Guerrero López, J.F. Y Fernández-Berrocal, P. (2007). La inteligencia emocional en el consumo de drogas legales. *Actas del I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional en Educación*. Las Palmas de Gran Canarias, 1, 2, 3 y 4 de Diciembre de 2004.
- Canto-Ortiz, J., Fernández-Berrocal, P., Guerrero López, J. F. y Extremera Pacheco, N. (2008). La inteligencia emocional en el tabaquismo. En Sánchez Doreste y J. Gaya Catases, *Inteligencia emocional en educación*. Las Palmas de Gran Canarias: Publicaciones Sice.
- Domingo S. (2007). Los colegios dan de lado a 16.000 niños hiperactivos.20'. Silvia Domingo, (Entrevista a Silvia Domingo, presidenta de Apnadah). 2 de Noviembre.
- Cantwel, D. P. (1975). Familial-genetic research with hyperactive children. En D.P. Cantwell (Ed.), *The hyperactive child. Diagnosis, Management, current research*. Nueva York: Spectrum.
- Clements, S. D. (1966). *Minimal Brain Dysfunction in children. Terminology and Identification*. (USPH Publication N° 1415). Washington, U.S.: Government Printing Office.
- Davis, P. (1996). *Sobre el tiempo*. Barcelona. Crítica.

- Douglas, V. (1972). Stop, look and listen: the problem of sustained attention impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 159-182.
- Douglas, V. I. y Peters, K. G. (1979). Toward a clearer definition of the attentional déficit of hyperactive children. En G. A. Hale y M. Lewis (Eds), *Attention and Cognitive Development* (pp. 173-247). New York: Plenum.
- Díaz-Heijt, R., Mulas F. y Forberg, H. (2006). Alteraciones de los patrones de los marcadores de la dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42 (Supl 2), S19-S23.
- Ellis, A. y Grieger, R. (2003a). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Ellis, A. (2003b). El sentido del humor como psicoterapia. En A. Ellis y R. Grieger, *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Feingold, B. (1975). *Why your child is hyperactive*. Nueva York: Random House.
- Feingold, B. (1976). Hyperkinesis and learning disabilities linked to the ingestion of artificial food color and flavours. *Journal of learning disabilities*, 9, 551-559.
- Fernández-Jaén, A. (2003). Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. Aspectos neurobiológicos. En A. Fernández-Jaén y B. Calleja Pérez, *Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje Multidisciplinar*. Servicio de Neurología Infantil. Hospital "La Zarzuela".
- Ferrando-Lucas, M. T. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Factores etiológicos y endofenotipos. *Revista de Neurología*, 42 (supl.2), S9-S11.
- García Molina, A. Enseñat-Cantellop, J., Tirapu-Ustanoz J. y Roig-Rovira, T. (2009). La maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Revista de Neurología*, 48, 435-440.
- Garanto, J. (1986). *Trastornos de conducta en la infancia*. Barcelona: PPU.
- Goleman, D. (1998). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Guerrero López, J. F. (1990). *Diario de Campo: Estudio sobre los inadaptados*. Málaga: Aljibe.
- Guerrero López, J. F, Sempere Ramírez, I. Y Navas Fernández, C. (1994). Escala de observación para conductas hiperactivas. Grupo de investigación Consolidado de la Junta de Andalucía Nº 5492: "Evaluación psicopedagógica de los trastornos con déficit de atención con hiperactividad en Málaga".

- Guerrero López J. F. (1995). Informe sobre los trastornos de conductas por hiperactividad en Málaga. Grupo de Investigación Consolidado de la Junta de Andalucía Nº 5492: "Evaluación Psicopedagógica de los trastornos de conducta con déficit de atención con hiperactividad en Málaga".
- Guerrero López, J. F. (2005). Prólogo sobre la hiperactividad. En R. Pérez Galán y I. Cebrián Garrido, *Las conductas hiperactivas (TDAH) a través de los diarios de campo*. Málaga: Aljibe.
- Guerrero López, J. F. , Perán Mesa, S. y Gil Muñoz, J. L (2006a). *Cognición, inserción sociolaboral y actividad deportiva en las personas con síndrome de Down*. Málaga: Aljibe.
- Guerrero López J. F. (2006b). Yo soy dos y estoy en cada uno de los dos por completo: de San Agustín al gato de Schröndinger o las dos caras de la persona con hiperactividad (TDAH). En J. F Guerrero López (Coord.), *Creatividad, ingenio e hiperconcentración; las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)*. Málaga: Aljibe.
- Hartmann, T.(1998). *Healing ADD: Simple exercises that Hill change your daily life*. New York: Underwood.
- Hartmann, T. (2003). *The Edison gene: ADHD and the gift of the hunter child*. Rochester, Vermont.
- Halowell, E. y Ratey, J. (2001). *Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad desde la infancia hasta la edad adulta*. Barcelona: Paidós.
- Hudziak, J. (2003). Genética del trastorno por déficit de atención En E. Brown y E. Thomas., *Trastornos por déficit de atención y comorbilidad de niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Idiazábal-Alecha, M. A. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niñas. *AdanaNews*.
- Idiazábal-Alecha M. A, Guerrero-Gallo, D. y Sánchez-Bisba, M. M. (2006). Procesamiento del lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*; 42 (supl. 2), S29-S36.
- Kinsbourne, M. (1984). *Beyond attention deficit: search for the disorder in Add*. New York: Spectrum.
- Lazarus, A. A. (2003). Hacia un estado del ser sin ego. En A. Ellis y Grieger, *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lou, H., Henriksen, L. y otros (1990). Focal cerebral dysfunction in developmental learning disabilities. *Lancet*, 335, 8-11.

- Lou, H. (1996). Etiology and patogénesis of attention déficit hyperactivity disorder (ADHD). Significance of prematurity and perinatal hypoxic-haenodynamic encefalopatý. *Acta Paeditr*, 85, 1266-1271.
- Lou, H. C., Andresen, J., Steinberg, Mclaughlin T, y Friberg, L. (1998). The striatum in a putative cerebral network activated by verbal awareness in normal and in ADHD children. *Eur. Journal Neurol*. 5, 67-74.
- Luria, A. R. (1979). *El cerebro en acción*. Barcelona: Fontanella.
- Mardomingo Sanz, M. J. (2008). ¿Merece la pena tratar el TDAH? *Adana*. 16, 5-7.
- Martín, G. (2004). Niños con TDAH ¿Sólo traviosos? *Economía de la Salud*, Marzo-Abril, 59-62.
- Meichenbaum, D. (1974). Self-instructional training: a cognitive prótesis for the aged. *Human development*, 17, 273-280.
- Miranda Casas, A., Amado Luz, L. y Jarque Fernández, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljibe.
- Miranda, C. A. y Santamaría, M. M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación*. Valencia: Promolibro.
- Norman, D.A. y Schallice, T. (1986). Attention to action: willed and automatic control of behavior. En R. Davidson, G. Schwartz y D. Shapiro, *Consciousness and self-regulation: advances in research and theory*. New Cork: Plenum.
- Orjales Villar, I. (2003). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: Cepe.
- Pérez Galán, R. (2003). *Educación Especial, Atención a la diversidad y LOCE: un enfoque teórico y comprensivo*. Málaga: Aljibe.
- Pérez Galán, R. (2006). La redefinición teórico-práctica del trastorno TDAH desde una perspectiva más comprensiva y positiva: de lo que fue a lo que debe ser. En J. F. Guerrero López, *Creatividad, ingenio e hiperconcentración; las ventajas de ser hiperactivo(TDAH)*. Málaga: Aljibe.
- Puig, C. y Balés, C. (2003). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Ceac.
- Pyenson, L. (1990). *El joven Einstein*. Madrid: Alianza Universidad.
- Kaplan, B. J. et al. (1989). Dietary replacement in preschool-aged hyperactive boys. *Pediatrics*, 83 (1), 7-17.
- Ramos Quiroga, T. (2008). La contra. *Adana.*, 15, 7.

- Rapin, I. (1987). *Disfunción cerebral en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rojas Marcos, L. (2004). Experiencias de un psiquiatra con TDAH. *Adana News*, 6, 8.
- Rutter, M. y Guiller, H. (1988). *Delincuencia juvenil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Safer, D. J. y Allen, R. P. (1979). *Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Santillana.
- Sánchez González. M. C. (2003). El trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. Aportación de las pruebas neurofisiológicas en el diagnóstico y seguimiento. En A. Fernández Jaén y B. Calleja Pérez, *Trastornos por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar*. Servicio de Neurología Infantil. Hospital La Zarzuela.
- Scandar, O. L. (2001). Terremotos y soñadores. *TDAH Journal*. 2. (4), 15-23.
- Soutullo Esperón, C. (2003). Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicina clínica*, 120 (6), 222-226.
- Soutullo Esperón, C. (2004). *Convivir con niños y adolescentes con trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Panamericana.
- Ros Montalbán, S., Peris Díaz, M. D. y Gracia Marco, R. (2004). *Impulsividad*. Barcelona: Ars Médica.
- Rappoport, L. (1986). *La personalidad desde los 13 a los 25 años. El adolescente y el joven*. Barcelona: Paidós.
- Roselló Amado, L. y Presentación, M. J. (1999). Valoración de los efectos del tratamiento farmacológico en niños con déficit de atención y trastornos de hiperactividad. *Revista de Neurología*, 28, 177-182.
- Roselló, B. Pitard, I. y Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 34, 82-90.
- Stevens, H. S. (1999). *Dificultades en el aprendizaje, éxito en el aula*. Barcelona: Apóstrofe Autoayuda.
- Strauss, A. A., Lehtinen, L. E., Kephart, N. C. y Goldenberg, S. (1977). *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*. Buenos Aires: Eudeba.
- Taylor, E. (1991). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Tallis, J. (1982). *Metodología diagnóstica en la disfunción cerebral mínima. Enfoque neuropsicológico*. Barcelona. Paidós.

- Thomas, G. y Loxley, A. (2007). *Deconstrucción de la educación especial y construcción de la inclusiva*. Madrid: La Muralla.
- Thorne, S. K. (1995). *Agujeros negros y tiempo curvo*. Barcelona: Crítica.
- Rubia, K. (2008). Evidencia neuroanatómica sobre la hipótesis del TDAH como retraso en la maduración cerebral. *Adana*, 16, 5-6 (Artículo publicado inicialmente en PNAS- Diciembre 11, 2007, 104 (50), 1963-1964).
- Valett, R. (1990). *Niños hiperactivos. Guía para la familia y la escuela*. Madrid: Cincel-Kapelusz.
- Van-Wielink G. (2005). *Déficits de atención con hiperactividad*. Sevilla: Trillas.
- Villar Chicano, I. (2006). El retrato incompleto de los niños/as con TDAH: evolución terminológica negativa que intentan definirlo desde hace un siglo. En J. F. Guerrero López (Coord.). *Creatividad, ingenio e hiperconcentración; las ventajas de ser hiperactivo(TDAH)*. Málaga. Aljibe.
- Vygotski, S. (1983). *Pensamiento y palabra*. Madrid: Akal.
- Zametkin, Aj, Nordalh, T.E, Gross M, King, A. C et al. (1990). Cerebral glucosemetabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N. England J. Med.* 323, 1361-1366.
- Zentall, S. S. (1985). A contex hyperactivity. En K. D. Gadow y I. Bialer, *Advances in learning and behavioral disabilities.* 4, 273-343.