

## “LA HIPERACTIVIDAD SE EMPIEZA A DETECTAR A PARTIR DE LOS 5-6 Ò 7 AÑOS”

adolescencia ya es demasiado tarde, los problemas son ya más difíciles de tratar. Si se empieza a intervenir con ellos desde los 5-6-7 años y se mantienen los tratamientos y las terapias, la adolescencia, aun siendo mala, siempre será mucho mejor que si no se hace nada, evidentemente”.

El doctor Verdú señala que un adolescente hiperactivo se suele caracterizar “no tanto por la hiperactividad motriz, sino por los problemas de fracaso escolar, rendimiento y conductas de riesgo, porque son impulsivos. Suelen ser proclives a consumo de drogas ilícitas y actividades socialmente



La psicóloga Isabel Gómez presentó el acto.



A la izqda. en primera fila, la responsable de la asociación TDAH, Amaya Nogués.

poco admitidas: hurtos, robos, maltratos, problemas de violencia, conductas disociales... La relación con los demás suele ser complicada porque muchas veces son rechazados por su manera de ser, les duran poco las relaciones personales, los amigos... De hecho, más adelante, en la vida adulta, el porcentaje de fracasos matrimoniales, de fracasos universitarios y conductas como abuso de alcohol y drogas es más alto que en la población en general”.

No obstante, ante este panorama, el doctor Verdú quiere lanzar un mensaje positivo: “se sabe que cogido a tiempo, bien manejado y tratado, el pronóstico mejora notablemente en la gran mayoría de ellos”

Hay muchos genios que después se supo que padecían ese síndrome, como Einstein, aunque hay que tener en

cuenta, apunta el doctor Verdú, “que tenía un coeficiente intelectual muy alto. También hay otros hiperactivos que han triunfado en el deporte, porque se ha canalizado su energía hacia ahí. Siempre se fija uno en esos ejemplos, pero la gran mayoría tiene problemas. También hay otros hiperactivos que van madurando con el paso del tiempo.”

Psicoterapia, educación adaptada a sus necesidades y tratamiento farmacológico son las claves para tratar a quienes padecen TDAH con un “pronóstico bastante bueno”, asegura este neurólogo.

Los avances han sido relevantes en cuanto al diagnóstico. “Antes eran niños malos, vagos, traviesos... Eran los niños que expulsaban del colegio, los que no valían para estudiar. Ahora se sabe que no son voluntariamente así, sino que

involuntariamente funcionan de esa manera y la concienciación social está permitiendo reconocerlos y poner los recursos disponibles de la manera más precoz posible para que el futuro de estos niños sea bueno”

Por su parte, la psiquiatra Beatriz Pérez indica que la medicación es imprescindible “en la mayoría de los casos. Además, mejora notablemente el pronóstico y la facilidad para hacer otros abordajes, el apoyo escolar, las orientaciones conductuales a los padres también son más fáciles de realizar cuando el niño, a través de la medicación, está más calmado”.

Los padres, no obstante, son reticentes a la hora de administrar fármacos a sus hijos. Así lo reconoce esta psiquiatra infantil, quien asegura que “de hecho, este asunto es el que genera más dudas y más preguntas en las consultas. Te preguntan si es necesario iniciar medicación, si se puede posponer, qué hacemos, qué efectos secundarios tiene...” Para tratar este síndrome hay dos tipos de medicaciones: “por un lado, los neuroestimulantes, que son el metilfedinato en distintas formas, y otra es la atomoxetina, que es más nuevo. Sobre todo con el metilfedinato hay mucha experiencia de uso desde hace muchísimos años y es una medicación bastante segura. Lo que genera muchas dudas es si tiene algo que ver con las anfetaminas, porque son estimulantes o si esto va a generar problemas de abuso. Luego también los niños pierden un poco de apetito. Y eso es lo que genera más problemas”.