

TDA Y TDAH

DRA. AMANDA CÉSPEDES CALDERÓN
INASMED CHILE

Abordar la problemática del niño , del adolescente y del adulto TDA y TDAH es una responsabilidad compartida, por cuanto cada conjunto de rasgos neuropsicológicos define una plataforma de vulnerabilidad. Así, los rasgos cognitivos plantean desafíos pedagógicos ineludibles; los rasgos emocionales adaptativos definen una psicopatología variada y de cierta severidad, que debe ser conocida por psicólogos y psiquiatras; en la esfera neurológica, los tics, la tartamudez, las migrañas, las convulsiones, los trastornos del lenguaje suelen ser acompañantes habituales del sda; desde el punto de vista pediátrico, estos niños presentan patología de tipo inmunológico, ortopédico, oftalmológico, audiológico, fonoaudiológico, odontológico, etc.

Entender al niño TDA y TDAH requiere tener presentes ciertos principios neuromadurativos que sirven como plataforma diagnóstica:

1.-MADURACIÓN DE LAS FUNCIONES PSICOLINGÜÍSTICAS Y DE PENSAMIENTO LÓGICO:

Las funciones psicolingüísticas maduran en 3 fases bien definidas:

<p>6 MESES A 5 AÑOS DE EDAD: ES LA ETAPA DE APARICIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL LENGUAJE VERBAL EN SUS ASPECTOS BÁSICOS : ADQUISICIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA FONOLOGÍA ,</p>
--

DE LA SINTAXIS, DEL VOCABULARIO GENERAL Y ACTIVO, DE LA PRAGMÁTICA. EN EL ÁMBITO DEL PENSAMIENTO LÓGICO, ES LA ETAPA DE ADQUISICIÓN DEL CONTEO , DE LAS HABILIDADES DE PRECÁLCULO (NOCIONES ESPACIALES, TEMPORALES) Y DEL PENSAMIENTO DEDUCTIVO CONCRETO. EL DISCURSO (EXPRESIÓN VERBAL) ES DESCRIPTIVO.

5 AÑOS AL PERÍODO PUBERAL: ES LA ETAPA DE ADQUISICIÓN DE LAS HABILIDADES INSTRUMENTALES : LECTURA, ESCRITURA, OPERATORIA BÁSICA. SE ENRIQUECE EL LENGUAJE, AMPLIANDO SUS FUNCIONES; A LOS 9 AÑOS SE DA INICIO A UN ESBOZO DE FUNCIONES METALINGÜÍSTICAS , DEPENDIENDO DE LA COMPETENCIA LINGÜÍSTICA Y BAGAJE CULTURAL. EL PENSAMIENTO LÓGICO SE HACE DEDUCTIVO ABSTRACTO. EL DISCURSO ES NARRATIVO.

EDAD PUBERAL A FINES DE LA ADOLESCENCIA: ES LA ETAPA METACOGNITIVA EN LO LINGÜÍSTICO Y EN EL PENSAMIENTO LÓGICO. SE CONSOLIDAN Y AMPLÍAN LAS HABILIDADES DE CONCEPTUALIZACIÓN, CAPACIDAD INFERENCIAL Y PENSAMIENTO LÓGICO INDUCTIVO. EL DISCURSO SE HACE ARGUMENTATIVO.

Las habilidades psicolingüísticas y de pensamiento lógico simbólico tienen su asiento anatómico y funcional en el hemisferio izquierdo y parte del cerebelo. Tanto en los niños con TDA y TDAH como en los niños sin dificultades neuromadurativas, estas habilidades son permanentemente apoyadas por las potentes habilidades cognitivas

innatas, que tienen su asiento en el hemisferio derecho y que, en la mayoría de los niños con TDA constituyen un poderoso recurso compensatorio a los déficit de hemisferio izquierdo. Las habilidades cognitivas innatas son :

- IMAGINACIÓN, FANTASÍA Y JUEGO
- MANEJO DEL ESPACIO
- MANEJO DEL RITMO Y DE LA MELODÍA
- MANEJO KINÉSICO (MOVIMIENTO)
- INTERÉS POR EL MUNDO NATURAL Y LA EXPERIENCIA DIRECTA
- HABILIDAD INTERPERSONAL
- ESTILO COGNITIVO DIVERGENTE

SINDROME DEL DÉFICIT ATENCIONAL SIN HIPERACTIVIDAD TDA

TERESITA , 6 AÑOS. ES LA ÚNICA NIÑITA ENTRE 5 VARONES Y LA MENOR. PRESENTÓ TRASTORNO FONOLÓGICO SINTÁCTICO DEL LENGUAJE, ACTUALMENTE ESTÁ CON FONOAUDIÓLOGA. ES MUY SIMPÁTICA, DIVERTIDA, SE DISTRAE MUCHO, HAY QUE DARLE LAS INSTRUCCIONES EN FORMA INDIVIDUAL; ES MUY CONVERSADORA; TODAVÍA NO SABE DIBUJAR BIEN Y MUESTRA GRAN RECHAZO A APRENDER A LEER. ELLA VA AL COLEGIO A JUGAR, LLEVA MUCHAS MUÑECAS Y BLOCKS DE DIBUJO. SI BIEN ES ENCANTADORA, SUELEN RECHAZARLA PORQUE ES DESATINADA Y PREGUNTA “ TONTERÍAS”. TIENE UN CLARO TRASTORNO DEL LENGUAJE. EN EL TRABAJO PERSONAL NUNCA TERMINA LO QUE INICIÓ, SE DISTRAE CONVERSANDO CON LAS COMPAÑERITAS DE ATRÁS, DE LOS LADOS Y DE ADELANTE. EN LOS CUMPLEAÑOS SE

TRANSFORMA, VOLVIÉNDOSE INQUIETA, IMPULSIVA, DOMINANTE Y EGOCÉNTRICA.

Conocido también como “inmadurez neurológica” o “inmadurez del desarrollo”, es una variante madurativa cerebral de origen genético, que se expresa en varios miembros de una familia . Tiene un excelente pronóstico cuando se aplican medidas de apoyo tempranas y sistemáticas. El diagnóstico temprano es más frecuente en varones, mientras que en las niñas se diagnostica tardíamente y muchos TDA en niñas no son reconocidos. Los varones con TDA suelen mostrar inquietud situacional, mal llamada “hiperactividad”, mientras que las niñas son más tranquilas pero excesivamente conversadoras, algo impulsivas y desorganizadas.

Los chicos (as) SDA constituyen un 10 a 12 % de la población infantil; si se les suma el SDAH (que abordaremos en un próximo número de C&A) el SDA/SDAH está presente en un 15% de la población infantil y adolescente. Más de los 2/3 de estos chicos conservarán sus características cuando adultos, pero muchos las equilibrarán con sus talentos, logrando una vida plena, si bien no exenta de dificultades. Los chicos y chicas SDA se reconocen mirando su árbol genealógico : abundantes antecedentes de familiares con similares características, desde hermanos hasta tatarabuelos que fueron en su época considerados “ oveja negra” por su pobre desempeño escolar o su conducta díscola y aventurera. Luego, les reconoceremos por su personalidad intensa, alegre, lúdica, divergente y por sus talentos, sustentados en las fuertes habilidades innatas: destrezas artísticas, deportivas, musicales, teatrales, para los negocios, etc. etc. , todas ellas habilidades para la vida que les

llevarán a triunfar más tarde en la medida que se haya preservado en ellos la confianza en sus capacidades, la autoestima, la certeza en el amor incondicional de los suyos, la capacidad de aprender de sus errores y el valor del empeño, del tesón y de la perseverancia. Finalmente y no por ello menos importante, debemos aprender a reconocer y a respetar en la mayoría de estos chicos (un 75% de ellos, para más precisión) la existencia de ritmos, modalidades y armonías distintas y peculiares en lo cognitivo , que determinan la existencia de los llamados “ Trastornos del Aprendizaje” . Este término es no solo equívoco, sino peligroso, porque tiende a ser mirado como un “trastorno”, es decir, como una enfermedad que debe ser erradicada. Y por lo tanto, no es de competencia de la escuela ni de la familia, sino de los “ólogos” que velan por la salud de los niños. Este enfoque es errado. Los niños SDA aprenden con otros ritmos, con modalidades cognitivas diferentes, únicas, propias; sus talentos son potentes pero disarmónicos, y por desgracia, aquellos mejor desarrollados no son útiles para efectos escolares, solo sirven para las celebraciones de fin de año o para proezas deportivas. Por lo tanto, no son los chicos con problemas de aprendizaje quienes en rigor deben “mejorar”: son las formas de enseñar hoy todavía en boga en las escuelas, que marginan a todo niño que emplea sus propios recursos para salir airoso de un desafío que a menudo les parece tan inalcanzable como implacable.

EL PREESCOLAR TDA

- LA GRAN MAYORÍA PRESENTA UN TRASTORNO LEVE O MODERADO DEL LENGUAJE VERBAL EXPRESIVO (DENOMINADO TRASTORNO FONOLÓGICO SINTÁCTICO” O “RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE”)
- ES INQUIETO , ALGO MALDADOSO Y CON UN NEGATIVISMO MÁS ACENTUADO QUE LO HABITUAL

- SE DESBORDA EMOCIONALMENTE CON FACILIDAD, APARECIENDO CONDUCTAS ANSIOSAS, IMPULSIVAS Y/O DISFÓRICAS (ENFADO, DISGUSTO) QUE SE EXPRESAN EN BERRINCHES Y “PATALETAS”.
- ES TORPE EN SU MOTRICIDAD FINA
- EN EL TRABAJO DE AULA, SUELE DEJAR SUS TRABAJOS A MEDIO CONCLUIR, NO ESCUCHA INSTRUCCIONES, SE MUESTRA INQUIETO, PORFIADO Y SE OFUSCA CON FACILIDAD. PUEDE SER EXCESIVAMENTE DEPENDIENTE DEL ADULTO
- IMPRESIONA COMO UN NIÑO DE MENOR EDAD TANTO EN LO COGNITIVO COMO EN LO EMOCIONAL CONDUCTUAL
- ES MUY SENSIBLE A LAS REPRIMENDAS Y CASTIGOS, RESPONDIENDO CON MAYOR DOCILIDAD AL TRATO FIRME PERO CARIÑOSO Y CENTRADO EN LA PERSUASIÓN MÁS QUE EN EL CONTROL

EN LA EDAD ESCOLAR :

TODAS LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES. LAS RABIETAS DAN PASO A CONDUCTAS OPOSICIONISTAS

SE BENEFICIAN ENORMEMENTE CON EL USO DE METILFENIDATO COMO REGULADOR DE LA CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN . UNA MINORÍA SE BENEFICIA CON EL USO DE ATOMOXETINA

REQUIEREN HASTA MUY TARDE (8° INCLUSO) DE MEDIACIÓN O “ANDAMIAJE” PARA ESTUDIAR Y REALIZAR SUS DEBERES

CON APOYO, A LOS 15 – 18 AÑOS MUESTRAN UN NIVEL PROMEDIO DE HABILIDADES COGNITIVAS Y ADAPTATIVAS

LLEGAN A LA EDUCACIÓN SUPERIOR , SI BIEN LOS PRIMEROS AÑOS SON AZAROSOS

SU DIVERGENCIA LES HACE SER LÚDICOS, INGENIOSOS, CREATIVOS, AUDACES , ORIGINALES (EN LA MEDIDA QUE MANTENGAN ALTA SU AUTOESTIMA)

LES ENCANTA HACER, SON ARTESANOS INNATOS

ES FRECUENTE EN ELLOS :

REACCIONES ADAPTATIVAS EN LA LÍNEA DE LA ANSIEDAD Y DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA, ESPECIALMENTE CONDUCTA OPOSICIONISTA

OJO CON LOS FRACASOS ACADÉMICOS : NO APRUEBAN LOS EXÁMENES DE INGRESO A PREKINDER EN COLEGIOS EXIGENTES; SUELEN REPROBAR EL PRIMERO BÁSICO PORQUE NO APRENDEN A LEER, O EL 5° BÁSICO POR LA INMADUREZ COGNITIVA .

EN LA EDAD PREPUBERAL SUELEN HACER EPISODIOS DEPRESIVOS LEVES, REACTIVOS A SOBREEXIGENCIA O

SINTOMÁTICOS A CUADROS INFECCIOSOS QUE DESESTABILIZAN SU SISTEMA INMUNOLÓGICO

FINALIZADA LA PUBERTAD SE NIVELAN CON EL RESTO EN LA MEDIDA QUE HAYA EXISTIDO UN APOYO SISTEMÁTICO E INTEGRAL . RESPONDEN MUY BIEN AL USO DE RITALIN EN DOSIS PROMEDIO (0,2 A 0,4 MG/KG/CADA 4 HORAS) . ESTE FÁRMACO SE DEBE ADMINISTRAR IDEALMENTE DESPUÉS DE LOS 6 AÑOS O 6 AÑOS Y MEDIO.

¿SDA SIN HIPERACTIVIDAD? ¡PERO SI SON HIPERACTIVOS!.

El niño con SDA SIN HIPERACTIVIDAD está lejos de ser un niño tranquilo y dócil. Por el contrario, suele mostrarse terco, inquieto y difícil de manejar, siendo su inquietud muy notoria antes de los 7 años de edad. Sin embargo, esta inquietud obedece a causas muy específicas que le otorgan un sello especial y favorable : es una “ hiperactividad” de fácil solución.

Las causas de la inquietud y terquedad del niño SDA radican en su frágil capacidad de autocontrol del temperamento, fragilidad que es máxima los primeros cinco a seis años de edad , y explican la facilidad con la que profesores, psicólogos, pediatras y neurólogos infantiles (sin nombrar a las vecinas y a las mamás de los compañeros de curso) diagnostican “ SDA CON HIPERACTIVIDAD (SDAH) ” , rotulando al chico de modo no inocente; el SDAH es una condición neuromadurativa muy distinta y que plantea desafíos no menores. Confundir ambas condiciones puede tener adversas consecuencias que pagará el niño.

Autocontrolar el temperamento depende de la maduración de ciertas estructuras cerebrales cruciales para la adaptación social. Es uno de los pilares de la llamada “inteligencia emocional”. Estas estructuras comienzan a madurar lentamente alrededor de los dos años de edad; alcanzan un primer nivel de eficacia entre los siete y los trece años, para culminar su plena maduración al ingreso a la edad adolescente. Por su estrecha relación con los genes polimórficos responsables del fenotipo llamado SDA SIN HIPERACTIVIDAD, dichas estructuras suelen madurar tardíamente en estos chicos, de modo que el resultado será un niño que mostrará dificultad de autocontrol por los primeros quince años de la vida. Dicha dificultad será máxima los primeros cinco a seis años de edad. Las manifestaciones de dicha dificultad de autocontrol serán la inquietud situacional, conductas ansiosas, impulsividad y/o disforia (intolerancia a las frustraciones). Lo importante es que esta dificultad de autocontrol suele ser provocada por situaciones ambientales, externas al niño, de modo que basta reconocer y modificar dichas situaciones para que la inquietud y terquedad desaparezcan. Por esta razón, llamamos “inquietud situacional” a la “hiperactividad” del SDA sin hiperactividad.

Entre estas situaciones, las más comunes son :

- Miedo (especialmente cuando el niño tiene temor a alguien que es significativo para él)
- Fatiga, cansancio
- Falta de sueño
- Tedio, aburrimiento
- Desmotivación (cuando no entiende una clase, por ejemplo)
- Dolor físico
- Hambre
- Enojo, frustración

- Sobreestimulación (exceso de TV, videojuegos, ruido ambiental)
- Alergias alimentarias (comida “ chatarra”)

La más frecuente y fácil de identificar es la inquietud provocada por miedo. Lamentablemente, suele ser la más difícil de abordar y modificar, pues quienes la provocan son adultos cuyo estilo relacional es desde el mal talante, la amenaza o la intimidación pero no están dispuestos a cambiar. Por el contrario, perciben que en su actitud seca, severa y distante radica su autoridad. Algunos padres que intimidan a los niños creyendo que así les controlan y ejercen autoridad, están dispuestos a modificar su actitud cuando comprenden que ese cambio bastará para que desaparezca la inquietud; los asombrosos resultados les invitan a mantener el saludable cambio. Hoy día, la causa más común de “hiperactividad situacional” es el malsano conjunto de inadecuados hábitos de vida al interior de los hogares: comida chatarra, exceso de estimulación, disputas, malos tratos, ausencia de horarios, etc. suelen afectar de modo severo la precaria capacidad de autocontrol del niño SDA , desencadenando una inquietud excesiva perfectamente evitable.

Si tuviésemos que definir de modo operacional el SINDROME DEL DÉFICIT ATENCIONAL (en todos sus “ subtipos”) diríamos simplemente que se trata de la expresión en el niño de una dificultad de grado variable para administrar sus inteligencias cognitiva y social. La mayoría de los chicos con SDA presenta una dificultad para administrar su inteligencia cognitiva y una minoría, la inteligencia social. Dicha dificultad deriva de problemas madurativos en los 2/3 de los niños con SDA, mientras que el 1/3 restante obedece a disfunciones cerebrales de diverso origen, y puede o no darse asociada a inmadurez o disfunción psicolingüística.

RECURSOS DE ADMINISTRACIÓN INTELECTUAL: organización- planificación- monitoreo, concentración- persistencia - memoria de trabajo-flexibilidad- autocontrol cognitivo del temperamento. En su conjunto, conforman la denominada COGNITIVE SELF REGULATION o ESTILO REFLEXIVO INTELECTUAL y están orientados a lograr un óptimo resultado frente a una tarea intelectual

La dificultad de administración intelectual y de habilidades psicolingüísticas y de razonamiento lógico simbólico determinan la presencia de dificultades de aprendizaje, las que se expresan en el área de la lectura (dificultades en la mecánica y la comprensión lectora, expresión escrita, capacidad de conceptualización, pensamiento inferencial) y en el área de las matemáticas.

TDA Y TRASTORNOS DE LA LECTURA

Si tratamos de sintetizar las funciones que subyacen al desarrollo de las habilidades verbales y luego psicolingüísticas desde la edad preescolar hasta los veinte años , podemos ver que numerosas áreas cerebrales participan en ellas, específicamente el área de Wernicke, área de Broca, girus angularis, girus supramarginal, cerebelo y región prefrontal, todas ellas profusamente interconectadas por gruesos paquetes de fibras mielinizadas y todas situadas en el hemisferio izquierdo pero trabajando en forma complementaria y armoniosa con el hemisferio derecho . En consecuencia, veremos diversas manifestaciones de inhabilidad psicolingüística según las distintas combinaciones de disfunción, desde el chico que lee bien pero con

una lentitud exasperante o el niño que lee velozmente pero transformando las palabras hasta que el contenido del texto se hace incoherente (por ejemplo “ Lalo tiene un patio. Todos los días le da la camisa y le limpia la cara” en vez de “ Lalo tiene un patito . Todos los días le da la comida y le limpia la cama”) hasta el niño que año tras año permanece “ amarrado a la letra”, descifrándolas para lograr entender la palabra mientras que a su lado en el aula se sienta un chico cuya lectura es perfecta en velocidad y prosodia pero es incapaz de comprender el contenido de la lectura.

En cada uno de estos chicos subyacen al interior de su cerebro sutiles disfunciones en las áreas de dominio psicolingüístico, la mayoría de ellas resultante de una lenta conectividad sináptica en las regiones corticales izquierdas y/o una lenta mielinización de las vías de conexión (una minoría de niños presenta disfunciones severas y daños en dichas estructuras por causas genéticas o perinatales). Todos ellos verán transcurrir la vida escolar unidos por similar drama: ser incapaces de aprender desde el texto y de expresarse a través del discurso escrito; como consecuencia, se equilibrarán constantemente en la cuerda floja de las calificaciones insuficientes, arriesgando reprobación el año. Pero todos ellos están también unidos por similares fortalezas: un fácil aprendizaje por contexto y una fácil expresión de su interioridad a través del juego, la representación, las habilidades de liderazgo y carisma social, la música, el baile, el deporte, la plástica o el amor por la naturaleza y los animales. Algún investigador les llamó portadores de “una discapacidad invisible”... Pero es probable que esa “ discapacidad” sea la vía para que se expresen potentes talentos que algún día brillarán si luchamos por ayudarles a no perder la confianza en sus talentos a pesar del fracaso académico. Estos chicos interpelan al sistema escolar desde sus dificultades , pero argumentando tácitamente que , si dicho sistema se atreviese a

abrirse a nuevas metodologías centradas en las inteligencias múltiples, podrían mostrar ampliamente sus espléndidos talentos, los que más tarde en la vida les ayudarán a ser creativos, originales y osados, si bien llevarán consigo una profunda inseguridad y un inmenso miedo a no ser capaces...

TDA Y MATEMÁTICAS

Las dificultades en las matemáticas son variadas pero se organizan en torno a cuatro ejes centrales:

- Estilo cognitivo de tipo impulsivo / inatentivo asociado a insuficientes o inadecuadas estrategias de trabajo (organizar los datos, aplicar correctamente los algoritmos, planificar los tiempos, atender focalmente, mantener información útil en la memoria de trabajo verbal, terminar la tarea sin interrupciones, se deja dominar por la ansiedad y la ofuscación)
- Dificultad para comprender lingüísticamente los enunciados de los problemas
- Dificultad para comprender los conceptos matemáticos
- Ansiedad de desempeño

Como consecuencia de estas dificultades, el alumno con SDA recurre a recursos propios, los que intentan compensar sus falencias pero se estrellan contra la rigidez de los sistemas pedagógicos de enseñanza de las matemáticas, que buscan homogenizar los procedimientos. Los recursos empleados por los alumnos SDA son :

- Persistencia del razonamiento deductivo concreto más allá de los 8 años de edad

- Recurre a la intuición cuando está dominado por la ansiedad, intentando aproximarse al resultado
- Recurre al razonamiento lógico perceptivo (este estilo se pone de manifiesto cuando el alumno resuelve exitosamente un problema pero sin emplear el procedimiento esperado. Cuando el profesor le pregunta cómo llegó a dicho resultado, el niño responde “no lo sé, pero está correcto”. Algunos profesores desconfían y asumen que el alumno le copió a un compañero.
- Echa mano a sus talentos innatos (dibujar, crear un ritmo, moverse)

Los niños SDA permanecen en el estadio declarativo del aprendizaje de las matemáticas (¡ y de otras asignaturas!) por un prolongado tiempo. Si no se ha detectado en forma oportuna su dificultad, llegará a la Enseñanza Media arrastrando un penoso bagaje de secuelas, las que actúan cerrando un círculo vicioso de desencanto-desaliento- evitación de la asignatura – empeoramiento de la dificultad. Estas secuelas son :

- Desconocimiento de las matemáticas como un lenguaje conceptual, lo cual les impide acceder a la matemática avanzada
- Una pertinaz insistencia (son obligados a ello) en intentar aprender matemáticas sin que ellas tengan sentido , por cuanto no hay comprensión
- Negativa a la ejercitación (es comprensible, ya que nadie está dispuesto a ejercitar lo que no tiene sentido)
- Emociones negativas asociadas a la asignatura, a los profesores de matemáticas y a las evaluaciones

Abordar la discalculia atencional exige :

Oportunidad en el diagnóstico (En lo posible, alrededor de los 7 a 8 años de edad)

Aplicación inmediata de un Programa de Apoyo en aula. El empleo de un psicofármaco específico (metilfenidato) tiene una significativa correlación con el mejor desempeño en la asignatura, especialmente por modificación del estilo impulsivo, incremento de la atención focal , de la memoria de trabajo y mayor eficiencia cognitiva.

Enseñanza de las matemáticas en una relación uno/uno con un profesor especializado (psicopedagogo) o un profesor de matemáticas que conozca el SDA

¿ QUÉ FACTORES EXPLICAN LA EXISTENCIA DE NIÑOS CON TDA?

El TDA es multifactorial, con un peso importante del factor genético pero acentuado por factores ambientales como estrés, sobreexigencia académica, prácticas erróneas de crianza, malos hábitos de vida.

SINDROME DEL DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD

EL SINDROME DEL DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD (SDAH) ES UN TRASTORNO DEL DESARROLLO POCO FRECUENTE (3% DE LA POBLACIÓN INFANTIL) ; SU CARACTERÍSTICA CENTRAL ES LA DIFICULTAD DE GRADO VARIABLE PARA AUTOREGULAR EL TEMPERAMENTO . COMO RESULTADO, EL NIÑO SDAH SE MUESTRA DESDE MUY PEQUEÑO COMO EXTREMADAMENTE IMPULSIVO E IRREFLEXIVO.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

- ❖ SUELEN DEBUTAR EN LA VIDA CON TRASTORNOS DEL CICLO SUEÑO VIGILIA DE APARICIÓN MUY TEMPRANA O PRESENTAN DESDE RECIÉN NACIDOS UNA PERMANENTE IRRITABILIDAD, QUE NO SE RELACIONA CON HAMBRE U OTRA INCOMODIDAD

- ❖ LA HIPERACTIVIDAD SE HACE EVIDENTE AL COMENZAR A CAMINAR, EXIGIENDO UNA SUPERVISIÓN CONSTANTE DEBIDO A LOS RIESGOS DE ACCIDENTES MENORES. BUSCAN TREPAN, COLGAR POR LAS BARANDAS O CRUZAR INTEMPESTIVAMENTE LAS CALLES.

- ❖ PRESENTAN DIFICULTADES DE GRADO VARIABLE EN INTEGRACIÓN SENSORIAL

- ❖ DESDE PEQUEÑOS SE MUESTRAN IMPULSIVOS: MALDADOSOS, PORFIADOS, NO APRENDEN DE LA EXPERIENCIA ; AGREDEN FÁCILMENTE CUANDO SE OFUSCAN; SON OPOSICIONISTAS Y DESAFIANTES; TEMPRANAMENTE SE MUESTRAN INTOLERANTES A CUALQUIER FRUSTRACIÓN, MOSTRÁNDOSE RABIOSOS

- ❖ EL 30% A 50% PRESENTA TRASTORNO DE LENGUAJE FONOLÓGICO SINTÁCTICO EN LA EDAD PREESCOLAR, EL CUAL ES SEVERO, ALCANZANDO CARACTERÍSTICAS DE DISFASIA EXPRESIVA. MÁS TARDE PRESENTAN TRASTORNOS SEVEROS DEL APRENDIZAJE.

- ❖ EL 50% A 70% RESTANTE MUESTRA EXCELENTE DESARROLLO COGNITIVO, DESTACANDO EN HABILIDADES PSICOLINGÜÍSTICAS Y DE PENSAMIENTO LÓGICO PERO CON SIGNIFICATIVAS DIFICULTADES DE ADMINISTRACIÓN COGNITIVA (PROCESOS EJECUTIVOS) Y MUY ESPECIALMENTE , DE ADMINISTRACIÓN SOCIAL (DESATINO SOCIAL, IMPULSIVIDAD, DESCRITERIO)

- ❖ ANTES DE ENTRAR AL COLEGIO YA ES EVIDENTE LA DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN (DEJAN LAS ACTIVIDADES A MEDIO EMPEZAR, NO ESCUCHAN INSTRUCCIONES) , LO CUAL, UNIDO A LA IMPULSIVIDAD Y SU INNATO OPOSICIONISMO, DA ORIGEN A LA LLAMADA “HIPERACTIVIDAD”. EN LA EDAD PREESCOLAR COMIENZAN A VIVIR SUS PRIMERAS EXPERIENCIAS DE RECHAZO, DEBIDO AL CANSANCIO DE LAS EDUCADORAS FRENTE A UN NIÑO INMANEJABLE. NO ES RARO QUE SE LES CANCELE LA MATRÍCULA EN EL JARDÍN INFANTIL.

- ❖ SU ESTILO DE PENSAMIENTO ES DIVERGENTE POR MUCHO TIEMPO (HASTA DESPUÉS DE LA PUBERTAD), EL CUAL, UNIDO A SU INSUFICIENTE PRAGMÁTICA Y MENTALIZACIÓN, LES LLEVA SER DESATINADOS Y FALTOS DE CRITERIO SOCIAL.

- ❖ AL INGRESAR A LA ENSEÑANZA BÁSICA, MUESTRAN SEVERA DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, PARA ORGANIZAR, PARA PLANIFICAR, PARA PERSISTIR Y PARA CAMBIAR DE ACTIVIDAD(RIGIDEZ) , DIFICULTAD PARA MANEJAR INFORMACIÓN SIMBÓLICA , LO CUAL IMPLICA DIFICULTAD PARA APRENDER A LEER , PARA APRENDER UN SEGUNDO IDIOMA, PARA EXPRESARSE POR ESCRITO , DISORTOGRAFÍA (POR INSUFICIENTE MEMORIA DE TRABAJO Y ESTILO IMPULSIVO) , DISGRAFÍA (POR DIFICULTAD PARA ORGANIZAR EL ESPACIO GRÁFICO) , DIFICULTAD PARA APRENDER MATEMÁTICAS (POR DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN SIMBÓLICA, DIFICULTAD EN LA MEMORIA DE TRABAJO, INSUFICIENTE CAPACIDAD DE RAZONAMIENTO LÓGICO , DE MANEJO DE LA TEMPORALIDAD)

- ❖ SUS TRABAJOS SUELEN SER MUY POCO PROLIJOS, A MEDIO TERMINAR, REFLEJAN IMPROVISACIÓN Y DESORDEN MENTAL; SON PRESENTADOS EN ESTADO DEPLORABLE, ARRUGADOS, SUCIOS, LO CUAL PARECE NO SER ADVERTIDO POR EL CHICO.

- ❖ PRESENTAN MUY BAJA CAPACIDAD DE AUTOCONTROL : SE TORNAN ANSIOSOS, AGRESIVOS E IMPULSIVOS CON GRAN FACILIDAD, LO CUAL, UNIDO A UNA POBRE CAPACIDAD REFLEXIVA

MEDIADA POR EL LENGUAJE, FACILITA LAS REACCIONES DISFÓRICAS Y LA RABIA

- ❖ PRESENTAN ATRIBUCIONALIDAD EXTERNA (RENUEVES A ACEPTAR SU RESPONSABILIDAD EN LAS CONSECUENCIAS DE SUS ACCIONES)

- ❖ PRESENTAN LOCUS DE CONTROL EXTERNO. COMO CONSECUENCIA, SU DESARROLLO MORAL ES MUY TARDÍO (MORAL DE LA OBEDIENCIA IMPUESTA, LES RESULTA MUY DIFÍCIL DIFERENCIAR LO BUENO Y LO MALO)

- ❖ LA “COMORBILIDAD” NEUROLÓGICA ES MUY FRECUENTE : TICS, GILLES DE LA TOURETTE, JAQUECAS, EPILEPSIA, TARTAMUDEZ , ENURESIS NOCTURNA

- ❖ LA “COMORBILIDAD “PSIQUIÁTRICA ES SEVERA Y FRECUENTE: TRASTORNOS ANSIOSOS, TOC, ENFERMEDAD DEPRESIVA MAYOR, BIPOLARIDAD , TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, ESPECIALMENTE PERSONALIDAD OPOSICIONISTA DESAFIANTE Y DISOCIAL, Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Y ADICTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Las causas del TDAH son muy variadas, pero tienen en común el producir disfunciones de grado variable en las regiones subcorticales de los circuitos prefrontales , módulos funcionales complejos de tipo córticosubcortical cuyo papel es administrar la inteligencia cognitiva y la inteligencia emocional del niño

en pos de un objetivo, el que puede ser primordialmente cognitivo como primordialmente social.

LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES :

- PREMATURIDAD (NACIMIENTOS DE PRETÉRMINO Y NIÑOS PEQUEÑOS PARA SU EDAD GESTACIONAL) ESPECIALMENTE NACIDOS CON PESOS INFERIORES A 1.500 GRAMOS
- SUFRIMIENTOS FETALES Y PERINATALES
- ACCIÓN DE NEUROTOXINAS DURANTE LA MIGRACIÓN NEURONAL, ESPECIALMENTE NICOTINA Y ALCOHOL
- ACCIÓN DE NEUROTOXINAS DURANTE el ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO Y LOS PRIMEROS 36 MESES DE VIDA (ESPECIALMENTE PLOMO)
- PROCESOS DE APEGO INSUFICIENTES O PATOLÓGICOS
- FACTORES GENÉTICOS

El TDAH es una condición neuromadurativa que acompaña a quien lo sufre por toda la vida. Después de los veinte años de edad, la hiperactividad suele atenuarse, pero persiste la impulsividad, la fácil disforia y el descriterio social, asociados a la psicopatología, que suele agravarse por efectos del estrés (crisis laborales, matrimoniales, etc.)

EL SDA NORMOACTIVO O DE PREDOMINIO INATENTIVO ES MÁS INAPARENTE EN NIÑAS

EN NIÑAS SE DIAGNOSTICA TARDÍAMENTE O PERMANECE NO DIAGNOSTICADO

LAS NIÑAS SE MUESTRAN MÁS EMPEÑOSAS, CON MENOR IMPACTO DE LA FALTA DE PERSISTENCIA SOBRE SU TRABAJO ACADÉMICO PERO TIENDEN A PRIVILEGIAR EL HACER SOBRE EL PENSAR

LAS NIÑAS SUELEN SER DESCRITAS POR PADRES Y PROFESORES COMO “CONVERSADORAS”, INSISTENTES, “CENTRO DE MESA”

LOS VARONES SUELEN SER DESCRITOS COMO INQUIETOS, DESORDENADOS, IMPULSIVOS, TEMPERAMENTALES O EXCESIVAMENTE INDEPENDIENTES

EN VARONES SUELE ASOCIARSE A DESÓRDENES DE ANSIEDAD Y/O DEL ÁNIMO LEVES, POR LO GENERAL REACTIVOS

EL SDAH (CON HIPERACTIVIDAD) ES MÁS SEVERO EN NIÑAS

- EN NIÑAS PREESCOLARES SE PUEDE CONFUNDIR CON UN TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN

- LAS NIÑAS MUESTRAN CON MAYOR FRECUENCIA ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN LA LÍNEA LÍMITE , TRASTORNO OPOSICIONISTA Y OPOSICIONISTA DESAFIANTE

- LOS VARONES MUESTRAN PREDOMINIO DE LA CONDUCTA OPOSICIONISTA DESAFIANTE EN LA EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, Y DISOCIAL EN LA ADOLESCENCIA

EL TRASTORNO DE CONDUCTA ES CONSUSTANCIAL AL TDAH. EL MÁS HABITUAL ES EL TRASTORNO DE CONDUCTA OPOSICIONISTA EN EL SDA NORMOACTIVO, EL TRASTORNO DE CONDUCTA OPOSICIONISTA DESAFIANTE EN EL SDAH , Y EL TRASTORNO DISOCIAL EN EL ADOLESCENTE CON SDAH Y FACTORES AMBIENTALES ADVERSOS

Son factores de riesgo de Trastornos de Conducta:

ERRORES EN EL ESTILO DE CRIANZA PARENTAL (PADRES EXCESIVAMENTE NORMATIVOS, INCONSISTENTES, CON ESTILOS ANTAGÓNICOS, IGNORANTES DE LA FASE DE OPOSICIONISMO PROPIO DEL PREESCOLAR)

ERRORES EN LA EDUCACIÓN EMOCIONAL DEL NIÑO (ESPECIALMENTE EN COMUNICACIÓN Y CONTENCIÓN EMOCIONAL)

PRESENCIA DE ANSIEDAD EXCESIVA EN EL NIÑO (CONSTITUCIONAL O REACTIVA)

INADECUADOS HÁBITOS (DE SUEÑO, DE ALIMENTACIÓN, DE RECREACIÓN)

EN LA ETAPA ESCOLAR EL OPOSICIONISMO SE PRESENTA EN FORMA SITUACIONAL:

- CUANDO EL NIÑO SE TORNA ANSIOSO
- CUANDO EL ADULTO ES COERCITIVO

CUANDO NO HAY ADECUADA CONTENCIÓN EMOCIONAL. NO SE PRESENTA FRENTE A ADULTOS SERENOS, AFECTUOSOS, QUE HACEN USO DEL BUEN HUMOR Y HÁBILES EN ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN AFECTIVA.

EL TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE SE PRESENTA EN NIÑOS CON TDAH DE GRADO SEVERO , CON INSUFICIENTES ESTRATEGIAS DE MENTALIZACIÓN, QUE HAN PUESTO A PRUEBA LA PACIENCIA DE LOS ADULTOS, QUIENES YA HAN OPTADO POR RECURRIR AL MALTRATO PSICOLÓGICO Y/O FÍSICO, A LA COACCIÓN POR LA FUERZA O A LA NEGLIGENCIA AFECTIVA.

EL ABORDAJE DEBE SER SISTÉMICO, PONIENDO EL ÉNFASIS EN EL TRABAJO CON LOS PADRES, Y DISEÑANDO UN PROGRAMA DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL CON EL NIÑO.

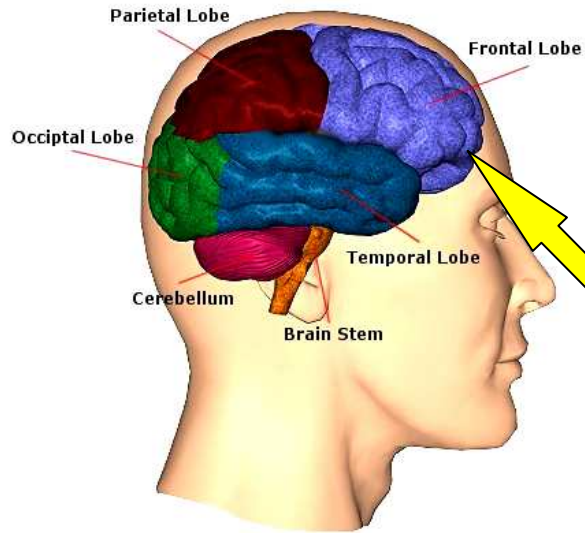
FRENTE A UN NIÑO TDAH QUE PRESENTABA UNA CONDUCTA RAZONABLEMENTE DÓCIL Y SE TORNA NEGATIVISTA DESAFIANTE EN FORMA ABRUPTA, ES NECESARIO SOSPECHAR UN TRASTORNO DEL ÁNIMO SUBYACENTE.

LO HABITUAL ES QUE EXISTA UN TRASFONDO BIPOLAR, DE MODO QUE SE DEBE TENER EXTREMO CUIDADO CON LOS ANTIDEPRESIVOS, SIENDO PREFERIBLE EMPLEAR ESTABILIZADORES (ÁCIDO VALPROICO, CARBAMACEPINA) O NEUROLÉPTICOS EN DOSIS BAJAS.

EL TRASTORNO DISOCIAL ES FRECUENTE EN ADOLESCENTES CON TDAH ESCASAMENTE REFELXIVOS, CON MUCHA IRA Y RESENTIMIENTO ACUMULADOS, Y QUE CARECEN DE CONTENCIÓN EMOCIONAL (VIVEN EN HOGARES EXTREMADAMENTE DISFUNCIONALES, SUS PADRES PRESENTAN VARIADA Y GRAVE PSICOPATOLOGÍA, HAN RECIBIDO MALTRATO PSICOLÓGICO Y FÍSICO REITERADO).

REQUIEREN DE UN RIGUROSO PROGRAMA DE ABORDAJE MULTIMODAL, A MENUDO ABORTADO POR NO PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES.

EL ADOLESCENTE CON SDA RESIDUAL ACARREA UN CONJUNTO DE SECUELAS POCO EVIDENTES, LA MAYORÍA DE LAS CUALES ES ERRÓNEAMENTE INTERPRETADA COMO RASGO MADURATIVO, PEREZA, APATÍA, ETC. LAS SECUELAS COGNITIVAS EJERCEN UN IMPACTO MUY ADVERSO SOBRE EL DESEMPEÑO ACADÉMICO, CRONIFICANDO EL STATUS DE “ MAL ALUMNO” QUE SUELEN ACARREAR ESTOS CHIQUILLOS,



**RECURSOS DE
ADMINISTRACIÓN DE
LA INTELIGENCIA**