

“EL QUE NO ATIENDE NO ENTIENDE...”

(Consideraciones sobre el síndrome A.D.H.D. dirigida a padres y educadores que tienen a su cargo niños en edad de preescolar y escolaridad primaria con **trastornos del aprendizaje** y que deben constituirse, además de su tarea específica, en agentes sanitarios a los efectos de pesquisar y colaborar para establecer el diagnóstico adecuado y generar un tratamiento efectivo.)

Dr. José Félix NANI
Doctor en Medicina
Docente Autorizado y Profesor Asistente de Pediatría—U.B.A.

a) consideraciones generales sobre el Síndrome:

De las actuales investigaciones neurobiológicas surge la interpretación que **la percepción, el aprendizaje y la memoria**, están íntimamente ligados entre sí, generando los fenómenos Biológicos, Psicológicos y Cognitivos que representan los componentes de mayor jerarquía de la conducta humana.

Somos quienes somos por lo que aprendemos y por lo que recordamos, de allí al existir la posibilidad de aprender y luego almacenarlo en la memoria, necesitamos fundamentalmente contar con **un nivel de atención adecuado**.

Daré una definición que me parece integradora del término **ATENCIÓN**, definiéndola como “ un proceso activo del cerebro de selección de la información ,a los efectos de elaborarla y estar posteriormente en condiciones de emitir una respuesta, determinando su trascendencia.”

El trastorno atencional, denominado A.D.H.D. no es una conducta especial, con indicadores fijos e inamovibles, sino un conjunto de síntomas que generan un Síndrome Clínico Específico con evolución y sintomatología muy rica y a la vez muy individual para cada persona, en áreas de la Motricidad, el Aprendizaje y el Comportamiento.

Quiero referirme en especial, a la indispensable tarea que deben realizar los Padres y Docentes para el diagnóstico temprano de la problemática.

Nadie como ellos estará en condiciones de advertir los primeros síntomas, a los cuales me referiré primordialmente en esta comunicación. Esta tarea para “el Hogar y la Escuela” es la de observar e involucrarse ante la presunción que el niño no evoluciona como es debido o esperado.

Tanto los Docentes como los Padres deben asumir la responsabilidad que les compete y recordar que el niño no se cura o se mejora solo o con el mero pasar del tiempo. Esto no es real!

Lo único que se logra con esa manera de actuar, es dejar que la sintomatología sea más visible y de difícil control y que factores de suma importancia, como lo es la autoestima del niño, y los antecedentes en el Colegio, sean distorsionados hasta niveles de difícil pronóstico.

b) Diferenciar el A.D.H.D. del T.E.A.

Como dije al principio, “**el que no atiende no entiende y (agrego) no aprende....**”

Por esta razón es necesario, al observar alguna dificultad en la escolaridad del niño, hacer el diagnóstico diferencial entre los denominados “Trastornos Específicos del Aprendizaje” (TEA), con aquellos que la problemática del rendimiento escolar se deban al Déficit Atencional (ADHD). En esta diferenciación está el secreto del buen diagnóstico y por ende del adecuado tratamiento.

Realizaré un escueto y rápido repaso de lo que se entiende como Trastornos Específicos del Aprendizaje (T.E.A.).

Son en general, alteraciones en el desempeño del alumno y **en áreas de la lectura, la escritura y del cálculo matemático**. Su evaluación se debe realizar con test específicos para cada una de las áreas mencionadas, tratando de compararlo con otros niños de igual edad, nivel escolar, estimulación e inteligencia.

Podremos así encontrarnos con:

A) dificultad para leer (Dislexia), acompañada habitualmente por rechazo manifiesto a leer o escribir. Se observan confusiones de grafemas parecidos: (b-d) ó inversiones: (or-ro) u omisiones: (plato-pato).

B) Trastorno en las habilidades matemáticas (Discalculias), donde se observan dificultades en el ordenamiento, la coordinación y en la operación matemática.

C) El trastorno en la expresión escrita (Disgrafía), se evalúa por la calidad de la letra, habitualmente defectuosa, cuando no ilegible

Estas tres alteraciones descritas son las de mayor jerarquía y frecuencia, pero pueden ser acompañadas de trastornos de la expresión del lenguaje, que a partir de los 5 años de edad ya es importante y jerarquizado, comprendiendo y explicando sus ideas por sí mismo.

Actualmente algunos autores consideran que un 30% a 35% de los niños con A.D.H.D. presentan comorbidamente agregados, los síntomas del T.E.A.(trastorno específicos del aprendizaje).

Es allí donde el equipo deberá hacer el diagnóstico adecuado, **porque los tratamientos son diferentes y específicos** en cada uno de los problemas y se pueden cometer error o perder un tiempo precioso, si no se conoce bien el tema que estamos tratando.

c) El diagnóstico estará hecho por profesionales que sepan del tema.

En esta diferenciación diagnóstica está la clave del éxito del futuro tratamiento, requiriendo estrategias Médicas, Psicológicas, Pedagógicas y Foniátricas. Luego y en conjunto, se logrará el diagnóstico definitivo e iniciaremos el tratamiento.

Tengo una gran preocupación al considerar que si existen 10 veces más niños con Déficit Atencional que Débiles Mentales, ¿cual será la razón por la que no existan programas para capacitar Docentes a cargo de grado común, siendo esta problemática tan frecuente? Creo que se debe a la dificultad de hacer el diagnóstico, al desconocer el Síndrome y poner en la misma bolsa a todos los Trastornos del Aprendizaje o también a la evidente resistencia a reconocer la entidad nosológica

De allí que la elección de los profesionales sea de suma importancia. **No deberá intervenir el que NO sepa del tema.**

Muchos de estos niños pasan años siendo tratados como psicópatas o mal educados o neuróticos o débiles mentales y marginados sin tratamiento adecuado. **¡¡¡Me consta!!!**

Es necesario recordar que el Síndrome de Déficit Atencional, no es causado por problemas ni Psicológicos, ni Afectivos, ni Sociales, ni tampoco por un mal manejo académico del Docente o del Colegio. El tratamiento medicamentoso genera, la mayoría de las veces, una modificación espectacular en la evolución de la enfermedad, pero se requiere también la terapia Psicológica y Pedagógica; cambios en la organización y en horarios para realizar tareas y juegos, etc. Es decir que instituímos una terapia integral y a la vez comportamental, que actuará sobre el aquí y el ahora del niño, pautándolo y siendo acompañado por su familia en el empréstito.

No quiero en esta comunicación referirme a los mecanismos Neurobiológicos ni Genéticos responsables del Síndrome, ya que estos aportes están muy bien descriptos y probados en generosa Bibliografía Científica de fácil acceso. Tampoco lo haré sobre los fármacos usados, pero hago la salvedad que sin la terapéutica farmacológica, no es posible ninguna mejoría.

Como Médico cuya tarea fundamental es la de atender asistencialmente pacientes, quisiera aportar detalles prácticos y de fácil observación a los efectos de alertar a Padres y Educadores tanto de la conducta motora como de la cognitiva, del comportamiento psicosocial familiar y de la escolaridad del niño con Déficit Atencional. **Es la idea primordial de esta comunicación.**

Pasaré a enunciar y describir síntomas, algunos de manifestación en edades tempranas, que serán de gran ayuda para conformarnos una idea sobre la entidad que nos ocupa.

d) ¡¡¡Desde bebito era difícil!!!!

Al investigar historias familiares, observamos que la mayoría de estos niños tienen desde que son bebés, antecedentes de inquietud o de insomnes, molestos ante los ruidos y con demandas imperiosas a la hora de alimentarse o solicitar brazos y cuidados constantes. Seremos cuidadosos para diferenciar sintomatologías que puedan adjudicarse a normas de crianza inadecuadas, creándole hábitos inapropiados al niño. Esto no es una enfermedad, sino vicios de mala crianza, que al adecuarlos con consejo Pediátrico, mejoran. Para el A.D.D. esto no alcanza.

En edades tan tempranas es posible que ocurran acontecimientos de gran significación para el niño, como puede ser la llegada de un hermanito, las desavenencias o separación de sus padres, la pérdida de algún familiar cercano, el cambio de niñera, la mudanza, etc. Pero esencialmente

corroboraremos que resuelta la problemática o al menos mejoradas, con nuevas condiciones en su entorno, el niño se calma, se estabiliza, respeta consignas y se establece un mejoramiento en la mayoría de las áreas en la que se desorganizó.

El niño pequeño con A.D.H.D. no modifica sus conductas irritativas ante la resolución de las problemáticas antedichas, porque obedecen a otra causal biológica, no a trastornos de crianza.

Cuando analizamos al niño, deberemos recordar su edad y por ende sus posibilidades madurativas y atencionales, dado que a los 3 años es posible fijar la atención no más de 10 minutos y 15 minutos a los 5 años de edad, en juegos compartidos o en tareas encomendadas. Solo la T.V. y lo que le interese de sobremanera logra entretenerlo.

Recordemos que muchas veces, niños con o sin A.D.H.D., pueden presentar trastornos sensoriales, tanto visuales como auditivos. Realizaremos interconsultas con especialistas para determinar si ve u oye bien.

e) La alta complejidad nos ayuda poco.

El examen Neuropediátrico y los antecedentes clínicos son de especial valor , porque ninguna de las prácticas como ser la Tomografía Computada, ni tampoco la Resonancia Magnética, aportan datos sobre otra cosa que no sea la “LESIÓN CEREBRAL” y nuestro niño NO LA TIENE . Lo que la patología a la nos estamos refiriendo, presenta alteraciones en neurotransmisores químicos que no son detectados por las referidas imágenes del cerebro ni tampoco por el estudio electroencefalográfico, que nos diagnosticará con certeza Epilepsia, u otras lesiones, pero no se encontrarán signos exclusivos del síndrome A.D.H.D. Sin embargo, algunos autores observan algunas ondas eléctricas en el trazado, en edades que ya deberían haber desaparecido y le dan a esta inmadurez del trazado eléctrico, importancia en el diagnóstico.

Por lo tanto, habiendo recurrido a las técnicas más modernas del Diagnóstico, nos seguimos quedando para realizar el mismo, con el examen clínico, la averiguación de los antecedentes que nos aportan Madres y Educadores y con los Test especializados. Actualmente se determinan los niveles de los neurotransmisores que intervienen en la patología, pero eso es otro tema. Sin lugar a dudas, la mejoría que se observa a poco de iniciado el tratamiento, nos corrobora el diagnóstico.

e) El signo precoz : la motricidad

Es la observación de la Motricidad la que enriquece el diagnóstico temprano. Desde el comienzo de la deambulación son notorios los constantes tropiezos con muebles y objetos que se interpongan en su camino, dejándole secuelas de moretones o heridas suturadas y cuando no algún yeso, en su atropellado aprendizaje motor.

Observaremos con atención que ese deambular permanente no tiene un propósito definido. Anda y hace camino hacia cualquier lado. Corre con inestabilidad, rápida y torpemente, mueve los pies y patalea al estar sentado, postura en la que es casi imposible mantenerlo y que tampoco le agrada.

Juega en el Jardín Infantil solo, aunque este rodeado de otros niños y sale corriendo cuando menos se lo espera nadie. Trae la ropa desaliñada, sucia y a veces rota; pierde útiles y prendas frecuentemente. (no recuerda donde las dejó).

Cuántas Madres le preguntan al Médico Pediatra que hacer en la mesa familiar, porque el niño se levanta sin autorización y casi no come en ella, sin importarles las reprimendas o castigos que se le impongan. Tampoco la Docente puede tenerlo mucho tiempo sentado y/o entretenido.

Lo que ocurre es que no entiende lo que pasa ni puede permanecer quieto. Esta en su mundo, entretenido y a la vez, cuando se le llama la atención o se lo castiga, cree que es injustamente reprendido por los adultos. El no sabe de qué se trata.

En esta temprana edad se intensifican las primeras manifestaciones de la **Hiperquinesia**.

Recordemos que **la Hiperactividad es diferente**, es el mismo intenso movimiento, pero **con un fin establecido**, útil o no, pero con un destino final, lo que el Hiperquinético ni logra, ni lo intenta. Se mueve mucho y no hace nada.

La interpretación actualizada es que esta conducta motriz desbordada tendría más relación con el Déficit Atencional que con un trastorno de su Motricidad.

El déficit de focalización de la atención, representa un trastorno muy importante y de aparición temprana. Mira, pero no jerarquiza ni lo que ve ni lo que hace y de esa manera comete incorrecciones ante indicaciones de los adultos a cargo. En general son tomadas como torpezas o desobediencias y en realidad lo que ocurre **es que no atendió y por lo tanto no entendió la indicación y repite el error**, lo que origina seguramente una reprimenda o castigo.

Muchas veces, haciendo un esfuerzo titánico, vemos que el niño intenta atender, adaptarse y ser valorado por esa actitud, fundamentalmente en lugares sociales como en casa de familiares o en la Escuela. Pero por lo general esto dura poco, se cansa y reincide mal, vuelve a ser él mismo.

Referirnos a la Motricidad es hacer una auditoria de esta primera etapa de la vida, fundamentalmente cuando esta asociada a la actividad que se desarrolla en conjunto con miembros de la familia o con otros niños, como ocurre cuando ingresa a un Club de minifutbol y todos los allegados lo va a ver jugar y allí se advierte la torpeza o la mala performance y también algunas veces, el desborde conductual durante el partido, ante la presión del público, de los padres y abuelos. ¡ Él quería hacer todo bien y no le sale nada! y entonces.....ACTÚA MAL Y SUFRE.

Es muy frecuente que perciba comentarios descalificatorios al no responder a las expectativas de habilidades y destrezas, como tampoco a las de comportamiento, porque es frecuente que se desborde y se pelee.

En varias oportunidades vi niños que no quieren hacer más ningún deporte ante el temor del fracaso. Esto genera desvalorización, con el agregado que los adultos no son felices por su actuación y él lo sabe. Esta deserción genera otro disgusto más en el seno familiar.

Me referiré a la observación de la Motricidad Fina en la vida cotidiana. Es de suma utilidad evaluar, al tener delante nuestro un niño con cuanta dificultad realiza tareas simples como lo son la de abrocharse los cordones de los zapatos o los botones de la camisa o del guardapolvo; tomar a mano llena el lápiz, ignorando la pinza digital; cortar mal con la tijera; no manejar adecuadamente los cubiertos ni el peine a pesar de haberle enseñado como se hace; verlo escribir torpemente, no respetar el renglón, borrar constantemente lo escrito; no ser confiable para llevar algún objeto frágil en sus manos, porque hay alta probabilidad de que se caiga y se rompa. Es allí donde se observa fácil y objetivamente su torpeza.

g) La Maestra avisó, pero....

El Déficit Atencional y la torpeza motora, es observado por la Maestra Jardinera y más adelante por la Maestra de primeros grados y es habitual que en las reuniones de comunicación con los padres, esta les advierta que su hijo no presenta un rendimiento y/o comportamiento óptimo y que sería necesario consultar con un profesional al respecto.

Es habitual que la primera reacción sea de descalificación hacia la Docente o para las integrantes del Gabinete. Se responsabiliza, según algunos padres, a la falta de "química" entre el niño y la Docente o serán "exageraciones de ella". Se prioriza la idea de que otros tienen la culpa y que más adelante, en el transcurso del año mejorará, dado que todavía es muy chico. Y esto es muy improbable, sino que todo empeorará.

Convengamos que es una conducta muy perjudicial para el niño, porque cuando ya esté instalado el problema de la inadecuada conducta y el bajo aprendizaje, todo es más difícil y recién allí los padres reaccionarán, asustados y sorprendidos.

Pero recordemos que el niño tiene momentos en que su Atención es buena y de esa manera, algunos o todas estas torpezas que acabamos de enumerar, no se cumplen siempre.

Pero por más que él no lo quiera y despierte alguna esperanza en sus padres, sin lugar a dudas al no estar en tratamiento, volverá pronto a romper cosas y escribir en "chino" o en cualquier renglón, traer la tarea incompleta y notas no halagüeñas en el cuaderno de comunicación.

La detección temprana de la sintomatología enunciada nos obliga a estar alerta, porque a la Torpeza Motriz, a la Hiperquinesia y al Déficit Atencional, se le agregará el mal Rendimiento Escolar y la Desadaptación Conductual, pudiendo llegar en algunas ocasiones al Oposicionismo Sistemático, que es la dificultad para inhibir respuestas inapropiadas, con una exagerada actitud reactiva y escasa o nula reflexión de sus actos. Son comorbilidades de muy difícil tratamiento y pronóstico, dado que el paciente adopta una actitud Obsesiva, traducida en Conductas Perseverativas. Es donde por lo general, se deberá realizar la interconsulta con un Psiquiatra Infantil, porque al componente nuclear del Déficit Atencional, se sumaron problemas de diferente enfoque terapéutico. ¡¡Ya todo no es tan simple!!

Allí vemos lo difícil que es para la familia, con su hijo inteligente y bueno, pero al que conductas totalmente antisociales, lo discriminarán y debilitarán su ya dañada autoestima..

La observación de un desafortunado rendimiento en las áreas cognitivas y conductuales, se debe fundamentalmente al escaso tiempo que estos niños pueden **mantener la atención y a la vez seleccionarla (arousal)** y esto genera el olvido o incumplimiento de las consignas y respuestas inadecuadas a preguntas o cuestionarios que se le solicitan.

De allí que es frecuente que la tarea esté incompleta e incorrecta, cuando horas antes, en su hogar y frente a alguien que no le permitía dispersarse, había realizado la misma tarea satisfactoriamente. ¡Se olvidó de todo, no fijó lo estudiado y por ello fracasa!

h) ¡¡¡El trastorno escolar y conductual, cuantos problemas trae!!!

De allí que al conocer estas dificultades de nuestro paciente, los Docentes tendrán también que colaborar en el tratamiento, con recomendaciones que en otro trabajo (ver en esta misma página de Internet en la que me refiero específicamente a la tarea pautada del Docente), intentando no permitir la desatención y de esa manera generar el ordenamiento y la organización del trabajo y del comportamiento dentro del aula.

En ciertas ocasiones, el Síndrome de Déficit Atencional no presenta el componente Hiperquinético. Se trata de **los niños “tranquilos-distraídos”**, que al molestar poco en su casa o en el Colegio, tardan en ser diagnosticados y en la generalidad de las veces, pasaron por varios tratamientos Psicopedagógico, Psicológicos etc., siendo muchas veces calificados como neuróticos o con dificultades de adaptación o debilidad mental y en mayor medida, como pasibles de un Trastorno Específico del Aprendizaje (T.E.A.) Recién después del fracaso de los tratamientos instituidos, a alguien se le ocurrirá pensar que **es un DISTRAIDO** y a partir del tratamiento específico, recién empezará su verdadero tratamiento etiológico y beneficioso. Recordemos que el Síndrome A.D.D. puede coexistir con el T.E.A.

i) Tratar de organizarlo.

La **conserjería pautada**, a la que me adhiero como partícipe del tratamiento, nos llevará a organizarle los eventos y actividades. Es necesario que juegue algún deporte, pero en un Club, con camiseta, director técnico, referí y reglas que le explicaremos reiteradamente. Como diría Piaget, por medio de la repetición se logra la acción y se la perfecciona.

Tratar que respete su turno y su tiempo, exigirle moderación con las personas mayores, no permitirle que se desborde, cualquiera fuere la situación que se presente, evitar los juegos agresivos y desorganizados, disminuirle los horarios de T.V. , fundamentalmente los que contienen dibujos o escenas de agresividad . (el niño ya tiene bastante “fuego” adentro como para agregarle nafta), enseñarle las reglas de los diferentes juegos que participa o los que observa, tratar en general que modere sus actitudes, que se controle **y premiándolo cuando lo consigue**, aunque más no sea si pone empeño en hacerlo y olvidando que no lo logre del todo bien.

Lo importante es su esfuerzo y voluntad y desde allí elevar su autoestima.

Recordarle que él no deberá exigir: “quiero esto ahora mismo”, sino agregar “si es posible”, enseñándole el concepto del costo/beneficio que eso conlleva.

Tratar que asuma menos riesgos en sus juegos y que se lesione o lastime menos. Esta conserjería que puede ser asumida fácilmente por la familia, generará mejores hábitos.

Antes de finalizar, quisiera referirme sobre mi experiencia personal respecto a la engorrosa tarea de dar el diagnóstico a la familia y a la vez explicar el tratamiento que deberemos instituir.

Para cualquier padre es muy difícil aceptar que la problemática de su hijo tiene origen en algún mal funcionamiento del cerebro, aunque no se trate de lesiones definitivas y que no esté en juego su vida. Y mucho menos al proponerles medicación, no por 7 días como cuando damos un antibiótico, sino por un tiempo prolongado, como en cualquier enfermedad crónica, y esta lo es.

En ocasiones es mejor asimilado otro diagnóstico de por ej., la diabetes o el asma, con resignación y pena, pero lo referente al Sistema Nervioso genera mucho miedo y rechazo.

Muchas veces la deserción a la consulta Médica es inevitable. Siendo el regreso a la consulta, muchas veces espontáneo al ver que por sí solo no mejora, sino que se reagravan los síntomas y quizás más veces porque la Docente, o el Gabinete Escolar o la Dirección de la Escuela, le exigen tomar alguna medida por el mal rendimiento y/o fundamentalmente por la conducta. Todos se siguen quejando del niño y no queda otra alternativa de acordarse de que alguna vez le dijeron que estoque pasaría y que existen tratamientos para su hijo. ¡¡¡Y lo vuelven a traer!!!

Cuando el tratamiento en su conjunto, comienza a funcionar bien, la familia se hace facilitadora, recordando los sufrimientos del niño y las desventuras de la familia cuando todo marchaba mal, en tiempos que creían que los demás estaban equivocados.

Comienzan a llegar los logros pedagógicos y luego lentamente los conductuales.

El niño percibe que es valorado y mejora fundamentalmente su autoestima y esto genera en él una mayor dedicación y empeño. Claro que son posibles los altibajos en el tratamiento, no todo viajará sobre rieles, pero se deberá perseverar, no hay otra forma.

Muchas veces, luego de un tiempo de mejoría, el niño y los padres insisten en dejar la medicación. Aunque nos oponemos a ello y les damos las razones de los inconvenientes que puede acarrear, es algo frecuente que o “se olviden de comprar el medicamento o no tengan dinero para abonar la medicación o la terapia de Psicóloga y/o Psicopedagoga”, y demás.

Estas excusas son comprendidas, pero estamos seguros que por sí solo el niño no progresará y se reagravará, tal cual lo advertimos. Algunos pacientes vuelven al tratamiento, otros no.

Muchos años dedicados a la atención de niños que presentan A.D.H.D me llevan a afirmar que solamente las terapias conjuntas, realizadas por profesionales que dominen el tema, durante un tiempo prolongado, serán beneficiosas para lo que a mi criterio es lo esperado en este tipo de paciente:

“SE INTENTARÁ LOGRAR LA ORGANIZACIÓN, INTEGRACIÓN Y ADAPTACIÓN DE NUESTROS PACIENTES” a los efectos de vivir en sociedad, con el mayor provecho posible y con una adecuada satisfacción personal y familiar, y que sea una posibilidad cierta.-

DR. José Félix NANI Doctor en Medicina Docente Aut. De Pediatría
Profesor Asistente de Pediatría U.B.A.
Mail : jfnani@hotmail.com.ar T.E. 15 4479 476