

EL SINDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL Y EL TRASTORNO EN EL APRENDIZAJE

Dr. José Félix Nani

Docente Autorizado y Profesor Asistente de Pediatría U.B.A.

CONSIDERACIONES PEDIATRICAS DEL SINDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL

Desde bebé tienen antecedentes de inquietud, insomnio, demandas imperiosas, solicitando brazos y cuidados constantes (no confundir con vicios de mala crianza).

A los 3 años, al incorporarse al Jardín escolar, se observa:

- a) **TORPEZA MOTRIZ:** para nosotros es el síntoma más importante en la presunción diagnóstica en esta edad, se observa dificultad para abrocharse los botones, atarse los cordones del calzado se le caen objetos de las manos y otras Dispraxias que para su edad ya no deberían existir.-
- b) La **HIPERQUINESIA**, con la florida sintomatología del inquieto que no se puede quedar sentado, ni en la hora de la comida, hablando e interrumpiendo a los mayores en su conversación, olvidando sus juguetes y pertenencias, con secuelas de golpes y moretones en su atropellado aprendizaje motor, que efectúa sin una finalidad aparente. Solamente se interesara por programas de T.V. muy especiales, de sobremanera en los mas violentos.
- c) Cierta inicio de **IMPULSIVIDAD CONDUCTUAL**, que es la incapacidad de inhibir alguna respuesta, con exagerada actitud reactiva y escasa reflexión, manifestada por accesos de ira, (no un simple berrinche), gritando, llorando y golpeando o tirando objetos , en algunos casos, llegando a autoagredirse.-.

Posteriormente, en el ingreso escolar, en la etapa de las adquisiciones instrumentales, entre los 5 y 7 años, aparecen los síntomas *del*

DEFICIT ATENCIONAL y dado que no progresa ni en la lectura, ni en la escritura, ni en el cálculo, los Padres y Docentes se alarman y consultan porque perciben el temido “fracaso escolar”. Es el motivo de consulta Neuropediátrica más importante y frecuente en esta etapa de la vida.- Es la etapa donde el diagnóstico Pediátrico y Neuropediátrico es esencial, porque de él depende el futuro Cognitivo, Conductual y Social del paciente.

Si no se lo trata precozmente, la sintomatología impedirá el desarrollo evolutivo adecuado.

Es allí donde tendremos que advertir a Docentes y Familiares, que se trata de una enfermedad crónica y cuales serán las expectativas reales que, con diversos contratiempos deberá afrontar el niño y su entorno.-

Al observar la Torpeza Motriz, la Hiperactividad, el Déficit Atencional y la incipiente Desadaptación Conductual, nos inducirá al diagnóstico diferencial de esta Patología Disfuncional.

En ciertos momentos, su nivel de Atención es bueno, al igual que la hiperquinesia, fundamentalmente en motivaciones de su interés. Esto puede confundir y hacer que se abandonen los tratamientos. Pero dura poco y se pasa del éxito al fracaso y por ende al desánimo familiar y del propio niño, al verse nuevamente señalado por los desordenes advertidos.

Se podrá observar tres subtipos del

AREA CONDUCTUAL en el Síndrome de Déficit Atencional

HIPERACTIVOS: (Movedizos), verborrágicos, sin importarle si lo escuchan, sin respetar reglas, sin respetar el espacio del otro. Es poco aceptado en el grupo y aislado. Conductas temerarias

- ♦ **INTROVERTIDOS (Tímidos):** tranquilos, retraídos, y anhedónicos, No molestan , juegan y dibujan solos, pero con dificultades en focalizar su atención al mundo externo. NO completan la tarea ni comprenden las consignas, ni la seleccionan acorde a su importancia. Pero el diagnóstico como ADD es siempre tardío por esta sintomatología.

(No son ni molestos ni agresivos). Psicológicamente presentan baja autoestima y se observan síntomas depresivos, distímicos. Son niños vulnerables, que muchas veces pueden parecer Débiles Mentales.

- ♦ **IMPULSIVOS: (Busca pleitos).** Con personalidad irritable, desafiantes y desobedientes, con frecuentes cambios de humor y peleadores en el hogar y en el recreo del colegio. Pueden llegar al oposicionismo desafiante y transgredir normas sociales.-
- ♦ **Todos en común, presentan dificultades en las funciones ejecutivas, a pesar del cuadro clínico.-**

El Síndrome es Neurobiológico, no obedece a trastornos Psicológicos ni Afectivos ni Sociales ni Pedagógicos, aunque el 70% padecerá, comorbilidades de esta índole.

La prevalencia es variable, según la condición Socioambiental del niño. Hay trabajos que la valoran entre el 3 y el 9%, dependiendo de la clase social y sexo, más frecuente el masculino. En nuestro país se estima en el 5 al 7 %.-

La persistencia se considera entre el 20 y 60% de la población con ADD.-

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ATENCIÓN

Es una Función Cognitiva de suma importancia que adquiere el cerebro, conjuntamente con la Memoria y el Lenguaje .

Todo lo referido a la inteligencia del hombre requiere de la intervención de la Atención, participando la zona Prefrontal, con el agregado del Cerebelo, el Cuerpo Estriado y las conexiones interhemisféricas. ADMINISTRA LA COGNICIÓN.

("si no se atiende no se entiende y no se aprende").

Se manifiesta la ATENCIÓN, cuando la corteza permite que un estímulo del sensorio sea procesado y desarrolle información, para emitir posteriormente una respuesta adecuada.

El mecanismo que se pone en acción discrimina una serie de estímulos aceptándolos o rechazándolos y estableciendo de esa forma la selectividad de la información.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ATENCIÓN

La dispersión de la ATENCIÓN (TDA) desorganiza la focalización y nos impide responder a ¿de que se trata?

El AROUSAL es "la capacidad de estar en condiciones de aceptar y seguir ordenes y estímulos" : (ALERTA).

Es fundamental ATENDER, y está condicionado por la maduración biológica de cada niño, que normalmente a los 3 años se mantiene solo durante 10 minutos y a los 5 años no mas de 15 a 20 minutos. Evaluarlo en las primeras horas de clase, no cuando el cansancio exagera la dispersión y no sabemos si sabe o no lo solicitado, porque puede responder mal y sin embargo conocer el tema .-

DIFERENTES TIPOS DE ATENCIÓN:

SELECTIVA: una sola fuente de información y una sola tarea, la relevante.

- DIVIDIDA: toma varias demandas del ambiente, que se planificarán y limitarán acorde a la posibilidades, pero también jerarquizando los gustos y las preferencias.
- SOSTENIDA: depende del tiempo que se debe concentrar en un estímulo, manteniéndola y tratando de evitar errores u optimizar la acción : (por ejemplo, en clase del colegio).

a) PROCESAMIENTO CEREBRAL DE LA ATENCIÓN

La estructura del AREA CEREBRAL ATENCIONAL:

Regula los procesos de información y la eficiencia en la detección y focalización de la misma.

Trata de impedir las interferencias que puedan perturbar la atención.

- b) Genera el nivel de VIGILANCIA o ALERTA, (es integrado por la formación reticular, los núcleos talámicos y las áreas de asociación).

EL CANAL ATENCIONAL:

Regula la Atención Selectiva y selecciona la estimulación sensorial.

Las áreas corticales intervinientes son el LOBULO FRONTAL y las conexiones asociativas Visoespacial y Visoperceptiva).

(Las áreas Subcorticales NO SON PARTICIPES DEL PROCESO ATENCIONAL, Serán las que generan los circuitos de la memoria, las emociones, la modulación e inhibiciones).

EL DÉFICIT ATENCIONAL y LA MEMORIA DE TRABAJO

En el DEFICIT ATENCIONAL, se manifiesta una dificultad en la llamada MEMORIA DE TRABAJO, Función Ejecutiva de gran importancia, que es esencial en el Aprendizaje y en la Ejecución de la Información, en la Memoria Procesal, en la Lectura, en el análisis de datos Matemáticos y en la Resolución de Problemas. Es la capacidad de utilizar y procesar inmediatamente la información y de esa forma quedar conectado con el FUTURO CERCANO. Junto al HABLA INTERNA, nos ayuda a seleccionar el Comportamiento.

HABLA INTERNA

El HABLA INTERNA, es la voz privada que conversa con nosotros mismos y nos ayuda a seleccionar el comportamiento conductual, el auto control y regulación emocional .

El Habla o Lenguaje Interno, depende del Ejecutivo Central, que detenta el Control Cognitivo y determina que información entra, cual queda y cual se recupera y cual no.

☞ FUNCIONES EJECUTIVAS DEL LÓBULO FRONTAL

Organizar—Priorizar—Activar—

☞ Focalizar y Sostener la Atención .-

Tiene conexiones con : el Sistema Límbico (motivacional)—con el Sistema Reticular Activador (atención sostenida)—Area de Asociación Posterior (organizadora del reconocimiento)—Núcleos de la Base (control de respuesta comportamental)

Entre los 11 y 16 años de edad, se completa el desarrollo interneuronal dentrítico del Lóbulo Frontal.

Recién allí se adquiere la plenitud funcional.-

LAS ALTERACIONES DEL LOBULO FRONTAL

☞ EL NIVEL DE RAZONAMIENTO ES LO PRIMERO QUE SE ALTERA EN LAS LESIONES O DISFUNCIONES FRONTALES.-

a) Utilizar la Evocación y la Memoria de Trabajo: olvido de los objetos y de lo aprendido hace poco tiempo, repetición de errores y tarea incompleta.

☞ b) Mantener el Alerta, el Esfuerzo y la Velocidad de Procesamiento:

somnolencia diurna-- falta de motivación- poco esfuerzo para realizar tareas—procesa lentamente—y tiene una inconsistencia productiva.

☞ c) Manejo de la Frustración y el Afecto:

fácilmente frustrable e hipersensible a las críticas; muy irritable, con excesivo perfeccionismo y facilidad para el desaliento.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DEL SINDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL (T.D.A.) ó (A.D.D.)

- ◆ INATENCIÓN : hiperactividad sensorial - distracción - no jerarquización de lo esencial de lo que es secundario - no direccionar ni focalizar la atención.
- ◆ HIPERQUINESIA: hiperactividad motora y verbal - trastornos del sueño - agresividad y destructividad - actividad improductiva.
- ◆ IRRITABILIDAD: conducta impredecible - baja tolerancia a la frustración - rabietas y berrinches - reacciones catastróficas de júbilo o enojo.

IMPULSIVILIDAD: conducta antisocial - enuresis - encopresis - temeridad - actuación sin pensar ni evaluar

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DEL DÉFICIT ATENCIONAL

- DISPRÁXIA: torpeza corporal - disgrafía - ineptitud deportiva - disartria - dislalias - déficit equilibratorio, poca seguridad de manos, tropiezos y caídas.
- DISFORIA: depresión-deficiente autoestima - anhedonia - ansiedad
- DESOBEDIENCIA PATOLÓGICA: trastorno disocial-incomprensión de órdenes - repetición de faltas - incomprensión al castigo-trastorno negativista-desafiante.

- **TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE:** asociarse a dislexia - disociación e inversión del campo visual- problemas visomotores - perseveración - memoria deficiente - escasa imagen corporal.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

**el que no atiende no entiende* (y por lo tanto no aprende)*

Se debe hacer, la diferenciación entre los denominados **TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE (T.E.A.)** de los **TRASTORNOS GENERADOS POR EL DEFICIT ATENCIONAL (T.D.A)**

Los T.E.A presentan dificultades para leer (**DISLEXIA**), acompañada de manifiesto rechazo a leer y escribir, confusiones con grafemas parecidos (b-d) o inversiones (or-ro) (el- le) u omisiones (plato-pato).

El trastorno se produce cuando el Módulo Fonético no puede codificar la palabra escrita y reconocer e identificar los componentes fonológicos que la integran y entonces se perturba la comprensión lectora. (**CONCIENCIA FONOLÓGICA**)

Se observarán también trastornos en las habilidades matemáticas (discalculia) y trastornos en la expresión escrita (disgrafía), con letra a veces ilegible, aquí se agrega la Torpeza Motriz.

A partir del 5to. año de edad, el Lenguaje es importante y jerarquizado y es muy frecuente encontrar alteraciones en la comprensión y explicación lingüística de sus ideas.

En un alto porcentaje, los niños con Déficit Atencional, presentan agregado, el Trastorno Específico del Aprendizaje y se deberá realizar el Diagnóstico correspondiente.

Se trata de dos problemáticas diferentes que requieren sus específicos tratamientos.

Si no se reconoce el Síndrome A.D.D, se corre el riesgo de catalogar al alumno como partícipe de otras Patologías que perturban el Proceso de Aprendizaje y/o de la Conducta, de allí que es INDISPENSABLE EL DIAGNOSTICO y acorde a mismo, REALIZAR EL TRATAMIENTO ADECUADO, siempre multidisciplinario.

Creo que la valoración del TRATAMIENTO se realizará por los RESULTADOS OBTENIDOS, como en las mayorías Patologías del Sistema Nervioso Central.-

(Razones del **BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR**)

(Tomado de Bravo Valdivieso)

1. TRASTORNOS COGNITIVOS ESPECÍFICOS:

Trastornos Verbales: Dislexias—Disfasias

Trastornos no Verbales: Discalculia—Torpeza Motriz

GENERAN: Trastornos Específicos Del Aprendizaje: (T.E.A)

2). DEFICIT EN LOS PROCESOS SUPERIORES:

- Dismadurez—Retraso Mental—Discapacidad Intelectual
- **GENERAN: Problemas Generales del Aprendizaje y la Conducta.**
- **3. APRENDIZAJE INTERFERIDO: (con inteligencia normal promedio)**
- Son provocados por:
- Rasgos de la Personalidad---Déficit Sensorial--Déficit Motor---Fatiga---Sueño---Tener Otras Necesidades -- Familiaridad en la tarea encomendada--Motivación Inadecuada y el DEFICIT ATENCIONAL (A.D.D.)
- **GENERAN: Problemas Generales del Aprendizaje**

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DEL NIÑO CON A.D.D

- Síndrome Hiperquinético—Torpeza Motora—Trastornos Conductuales
- Déficit Atencional—Trastornos del Aprendizaje.
- **FORMAS DE PREDOMINIO SINTOMÁTICO:**
- a) Comportamental
- b) Cognitivo

(tomado de J. NARBONA Y CHEVRIE-MULLER)

Forma Comportamental o Conductual o Disocial

| | | |
|--|---|--|
| MENOR PREDOMINIO (-) Trastorno de Aprendizaje Dispraxo-Gnosia Déficit Atencional | < | MAYOR PREDOMINIO (+) Trastorno de Conducta Hiperactividad Déficit Atencional |
|--|---|--|

PREDOMINA LA DISFUNCION DEL HEMISFERIO DERECHO, que es la que toma datos sensoriales, procesa datos perceptivos, forma imágenes, sintetiza pero no analiza.

En estos niños con A.D.D., LA DISTRACCION Y EL TRASTORNO DEL APRENDIZAJE, son la causal de la problemática. Con el tratamiento INTEGRAL, mejoran además, el nivel de Atención, la Conducta, la Psicomotricidad. Se perciben los resultados esperados

Esto no ocurre en el niño que padece de Dislexia.(T.E.A.)

La mayoría de los autores, refiere que ambas entidades son diferentes a pesar que comórbidamente, en el Síndrome A.D.D. encontraremos un muy alto porcentaje de niños que también presentan, conjuntamente, la sintomatología del Trastorno Específico de Aprendizaje.-

En algunas oportunidades puede faltar la Hiperquinesia.

- Nos encontramos con los niños TRANQUILOS pero DISTRAIDOS, de difícil diagnóstico, porque molestan poco en su casa y en el Colegio y esto retardará o desviará el Diagnóstico y Tratamiento de su Déficit Atencional.
- No sería extraño que los cataloguen como Débiles Mentales Leves.
- Se demora o confunde el Diagnóstico, buscando otras causales, al faltar la
- Hiperquinesia, que en otros niños con ADHD, es síntoma dominante.
- Es importante el daño involuntariamente inferido al alumno, por el tardío Diagnóstico.

Tienen ellos también, Déficit de Atención.-

TRATAMIENTOS

Realizamos el TRATAMIENTO MULTIMODAL, junto a la necesaria Medicación Farmacológica Correspondiente.

Veremos el fracaso terapéutico, si pretendemos enfocar unilateralmente la problemática.

La valoración de resultados en Areas Cognitiva, Conductual, Fonológica, Social y Motriz, será el parámetro de evaluación terapéutica, en la deberán intervenir los Profesionales Especializados en cada Area correspondiente.

A NUESTRO CRITERIO, SIEMPRE ES EL COLEGIO LA CAMARA DE RESONANCIA, desde donde nos informarán los resultados obtenidos, COGNITIVA Y CONDUCTUALMENTE.-

¡HAY QUE ESCUCHAR A LA MAESTRA!

EFFECTOS DE LA MEDICACIÓN PSICOESTIMULANTE

MEJORAN: la regulación de la Atención, y del Aprendizaje y el rendimiento Académico. En el Trastorno Atencional, mejoran la Memoria de Trabajo, salvo en el trastorno comórbido de Ansiedad, que no actúan.

* **DISMINUYEN:** las interacciones sociales agresivas

* **NO MEJORAN:** el procesamiento Fonológico ni dificultades en el Cálculo Matemático.

TRATAMIENTO DEL T.D.A. + COMORBILIDADES:

- **AGRESIVIDAD:** Metilfenidato 0,20 a 2mg-kg o Atomoxetina 1 mg-kg +Clonidina 0,05mg-día
- **DEPRESION:** Metilfenidato + Imipramina 2 a 5mg-kg. o Fluoxetina 10 mg-día.
- **APRENDIZAJE:** Metilfenidato ó Modafinilo. ó Atomoxotina. ó Piracetam
- **G. TOURETTE:** Clonidina + Atomoxetina.

Dr. José Félix Nani