

TDA SUBTIPO INATENTIVO

Dra. Amanda Céspedes C.
Fundación Educacional Amanda
Diplomado Integral en Neuropedagogía
CREACTIVA
JULIO 2024

Estos apuntes están basados en un libro que tiene copy rights. Solicitamos emplearlos solo como material de estudio personal, evitando difundirlos como material docente en universidades , subirlos a la web u otros fines de divulgación, ya que estas acciones pueden ser motivo de reclamo legal por parte de la editorial.

Un 15% de la población infantojuvenil pertenece al Espectro TDA/TDAH. De todos los niños, el 12% muestra características cognitivas, socioemocionales y conductuales que agruparemos bajo la sigla TDA, mientras que el 3% restante será agrupado como TDAH.

El 12% que denominaremos TDA se divide a su vez en subtipos: TDA **subtipo Inatento** (*Inattentive subtype*) y **subtipo Impulsivo** (*impulsive subtype*). En este diplomado conoceremos al más frecuente de todos los niños con TDA y el menos identificado: el TDA Inatento.

Algunos niños parecen haber quedado anclados en una primera infancia perenne, donde entretengan sueños y juegos sin lograr aterrizar en la implacable realidad. La escuela para ellos se transforma en una prisión de la cual desearían secretamente escapar, ya que suele ser fuente de ingratas experiencias. Veamos algunos ejemplos.

CASO 1

Sebastián tiene nueve años. Cursa el 2° Básico en un colegio privado de su ciudad. Es el menor de tres hermanos. Sebastián dice “detestar” el colegio, él preferiría dedicar veinticuatro horas a jugar. Si bien cumplió recientemente los nueve años, su apariencia es la de un niño de siete, tanto en lo físico como en su modo de ser: alegre, expansivo, expresa sus emociones al estilo del preescolar, con gran intensidad. La alegría en él es euforia; la pena, desconsuelo. Y cuando se enoja, suele ofuscarse por un buen rato, incluso verbalizando con vehemencia su rabia, pero olvida el episodio con facilidad. Demoró en hablar, mantuvo por varios años errores de pronunciación de los sonidos verbales y errores de sintaxis; debió hacer dos veces kínder, debido a su dificultad en motricidad fina y la tardanza en interesarse por identificar fonemas y grafemas, hacer secuencias y dar señales de un pensamiento más simbólico. Para Sebastián, los símbolos (letras, números) eran simplemente una alegre invitación a dibujar. Cuando estaba por concluir el 1° básico aprendió finalmente a leer, pero todavía su lectura es lenta, va descifrando las letras y no comprende lo que lee. También ha tenido dificultad para salir del ámbito de las decenas; tiende a olvidar los algoritmos de la suma y la resta, emplea los dedos para calcular y es muy lento, ya que se distrae con mucha facilidad. En clases es conversador, deja su trabajo a medio terminar y durante las clases de Religión y de Educación Física suele mostrarse muy hiperactivo. La maestra de Religión es muy severa y no le gusta tener en el aula “niños problema”, mientras que Sebastián piensa que la clase de Educación Física es como un paseo o un cumpleaños: el momento ideal para jugar, de modo que no escucha instrucciones, corre cuando hay que estar quieto, pero cuando

hay que correr, se queda observando el vuelo de algún pájaro o algo que estimula su imaginación. Cuando el profesor lo reprende, salen de sus ojos enormes lagrimones y se ofusca, sintiéndose agredido. El profesor lo describe como “un bebé porfiado”. La mamá también lo describe como excesivamente inquieto y distraído a la hora de hacer las tareas, pero “una momia” cuando mira sus programas favoritos en la TV. Según la mamá, el problema principal de Sebastián “es la memoria. Olvida todo al instante... Por eso no lograba leer, aprendía las consonantes y al día siguiente ya no las sabía”. Ella le ha enseñado el algoritmo de la resta con reserva innumerables veces, pero Sebastián opta por usar su propio método, que es por aproximación, fallando la mayoría de los cálculos. Sebastián fue evaluado recientemente por un equipo multiprofesional, concluyendo que presentaba TDA. El médico del equipo sugirió el uso de un psicofármaco específico, pero el papá no está de acuerdo, ya que él recuerda haber sido “igual o peor que Sebastián, un tiro al aire, pero a los quince años me cambiaron de colegio y maduré de repente”.

CASO 2

Cuando la mamá de Sebastián fue informada por el equipo profesional acerca del diagnóstico, comenzó a sospechar que su hija mayor, Teresita, de doce años, podía presentar también TDA: si bien Teresita pasó por la etapa preescolar sin problemas debido a su encanto personal y su vivacidad, a la madre siempre le llamó la atención que fue lenta en hablar, excesivamente dependiente y con miedos nocturnos hasta después de los seis años. Aprendió a leer sin dificultad, pero ha sido siempre muy conversadora en el aula, llega con los cuadernos incompletos a casa, y su “método de estudio” es pasar en limpio las materias, forrar sus cuadernos primorosamente, subrayar, pero rara vez da muestras de haber entendido lo estudiado. Es muy lenta para todo, el estudio le puede tomar horas, pero, a diferencia de Sebastián, a Teresita le encanta estudiar y es muy dócil para cumplir con su hábito de tareas. Todavía no aprende las tablas de multiplicar, calcula sumando con los dedos y es muy “infantil” comparada con sus compañeras de clase; prefiere las muñecas a

Justin Bieber y considera que los chicos “son una peste”. Fue promovida a 6° año básico con notas mediocres, a pesar de ser indudablemente muy inteligente. Dibuja muy bien, todas las manualidades le interesan y es una zurda que destaca por la originalidad y belleza de sus dibujos.

CASO 3

Ramón tiene diecisiete años de edad. Cursa 1° medio en un liceo subvencionado; reprobó el 5° y el 7° año básico. Su rendimiento académico es irregular, con notas muy bajas en Lenguaje, Matemáticas, Biología e Inglés, mientras que tiene excelentes notas en Educación Física, Música y Computación. Ramón vive agobiado por las exigencias escolares, alegando que debe dedicar toda la tarde a estudiar y no le queda tiempo para jugar videojuegos o participar en una banda de rock que se formó en el colegio y en la cual él es el vocalista y arreglador. También toca con gran habilidad el bajo. Es zurdo. Dice “no tener cabeza para el estudio”; detesta leer, pero está decidido a ingresar a la universidad para ser periodista deportivo. Asegura que será “puntaje nacional”, lo cual genera serias dudas en sus padres, quienes no logran entender los raros “hábitos de estudio” de Ramón, quien lee acostado en su cama, con la TV encendida, el teléfono celular en la mano y da por finalizado el estudio en escasa media hora.

Recientemente fue evaluado por el psicólogo del liceo, quien comprobó que Ramón, tras su fachada alegre y desenfadada, oculta una muy baja autoestima; se anticipa siempre al fracaso, que considera inevitable; su frase favorita es “seguro que me va a salir mal”; sostiene que cuando estudia le va peor que si llega a la prueba “en cero”. El psicólogo aplicó un test de inteligencia, que mostró una gran discrepancia entre el CI verbal de Ramón (90) y el CI de ejecución:140. Ramón lee un texto a una velocidad de sesenta palabras por minuto y solo retiene el párrafo final, comprendiendo ideas generales. Ha olvidado contenidos esenciales de Matemáticas, de modo que no puede resolver problemas de fracciones, porcentaje, proporciones, decimales, etc. y su redacción es escueta, poco coherente: emplea un estilo

coloquial, con numerosos neologismos (“bakán”, “filete”, “barsa”) y con abundantes errores ortográficos. Estima que la prehistoria es una etapa de la historia que se extendió por mil años hace unos 500 años atrás, y que cuando los Incas construían sus fortalezas de piedra en la selva sudamericana, en Europa Hitler hacía estallar la segunda guerra mundial.

Ramón es el único varón y el menor entre cuatro hijos de una familia de clase media. El padre dice haber sido “peor que mi hijo” para el estudio, pero es muy hábil para la cocina. Tiene un restaurante en la carretera sur, atendido por él mismo, local que es considerado el mejor por los viajeros y camioneros. Ramón tiene tres primos paternos que han tenido muchas dificultades escolares. El mayor de ellos abandonó el liceo en 2° medio y trabaja en el restaurante del padre de Ramón; quiere terminar el 4° Medio para estudiar Gastronomía. El menor de los primos es instructor de buceo en la isla Juan Fernández y habla dos idiomas, habiendo sido “negado” para el inglés en el liceo.

Ramón demoró mucho en hablar, lo cual se interpretó como que era muy mimado por ser el único varón. No fue al Jardín Infantil porque era inquieto y “excesivamente caprichoso”. Entró a una escuela del barrio, donde se mostró muy porfiado, “inmaduro”, sólo deseaba jugar. Cursó todo el primer año sin lograr aprender a leer. A fines del 2° año básico ya leía con dificultad, pero muy pronto empezó a detestar la lectura pues decía no entender. Si bien siempre fue un chico muy simpático, buen compañero, alegre, divertido y afectuoso, sus profesores lo describían como muy inquieto, especialmente en clase de Matemáticas; algo porfiado, discudidor y permanentemente distraído. Sus cuadernos estaban siempre incompletos y usaba la agenda para escribir letras de canciones y diseñar guitarras eléctricas. Su rendimiento comenzó a ser crítico en Lenguaje, Inglés y Matemáticas, reprobando el 5° básico y luego el 7°. Aprobó el 8° básico gracias a la ayuda de una vecina, profesora jubilada, que le hizo clases de reforzamiento en Matemáticas y Lenguaje. En el último tiempo Ramón ha comenzado a fumar en exceso, y más de una vez ha

comentado que terminará el 2° Medio y no volverá a estudiar, prefiere trabajar “en lo que sea”.

Sebastián, su hermana Teresita y Ramón son exponentes del más común y frecuente de los TDA, denominado “subtipo Inatento”. En este subtipo es posible observar a su vez dos grupos: el mayoritario (tres de cuatro niños) presenta un claro retardo madurativo de las funciones de hemisferio izquierdo y cerebelo, además del característico compromiso de las funciones ejecutivas que hemos denominado “administración intelectual”. Si conocemos las funciones de estas regiones y su expresión cognitiva y conductual, podemos conceptualizar de modo objetivo este grupo, que es el más frecuente en la población infantil. Un grupo minoritario al interior del TDA se caracteriza por la lentitud con la cual realizan las actividades intelectuales, la tendencia a la ensoñación, la dificultad de administración intelectual y, en algunos casos, cierta leve dificultad de planeamiento motor, denominada dispraxia.

El TDA subtipo Inatento se manifiesta al interior del Espectro TDA en distintos grados, que van desde una leve inmadurez general en relación a la edad cronológica, hasta un retraso madurativo general importante, de alrededor de tres años o más incluso en relación a la edad cronológica. Aquellos niños con una inmadurez leve suelen pasar desapercibidos hasta el primer ciclo básico, pero desde el 4° o 5° año escolar ya empiezan a hacerse evidentes sus dificultades, especialmente su lentitud, la tardanza en ingresar al pleno dominio conceptual (evidente en asignaturas como Lenguaje, Ciencias Sociales y Naturales) y en el razonamiento lógico, que se mantiene concreto hasta después de los diez años de edad. En cambio, cuando la inmadurez es más severa, estos niños son detectados en sus exámenes de ingreso al nivel pre básico escolar (tres a cuatro años de edad), cuando reprobaban por sus dificultades expresivas verbales, su personalidad excesivamente dependiente, la dificultad de autorregulación y la negativa a seguir instrucciones de trabajo.

Si se es buen observador, se podrá comprobar que, en la mayoría de los niños, las primeras manifestaciones del TDA subtipo Inatento se hacen evidentes en la edad preescolar:

- Retraso en el desarrollo del lenguaje verbal expresivo: el llamado TEL (Trastorno Específico del Lenguaje), que afecta la vertiente expresiva del lenguaje verbal en sus niveles fonológico, sintáctico y léxico (dominio del vocabulario). Si el TEL es leve, suele adjudicarse a excesivos mimos. Se sostiene que si el niño es una especie de “rey” o “reina” que todo lo consigue de sus súbditos (padres, hermanos, abuelos) señalando con el dedo, “no se interesará en hablar”, lo cual forma parte de los numerosos mitos en torno al desarrollo psicológico infantil; ignorar la presencia de un TEL suele actuar como cortina de humo, retrasando el momento de una oportuna identificación del niño TDA.

- Dificultad en lograr una adecuada autorregulación: el preescolar se muestra vehemente, intenso, ansioso; sus expresiones emocionales son destempladas: alegría eufórica, pena desconsolada, enojo rabioso, miedo extremo. Estos niños se ofuscan con facilidad y se muestran opositores, porfiados y egocéntricos cuando están ansiosos. Un indicador de posible TDA de tipo “inmadurez” es la sensibilidad de estos chicos a la falta de sueño, al hambre, al tedio y a la ansiedad o miedo. Es cuando estos factores están presentes cuando se hacen notar más claramente las dificultades de autorregulación. La mayoría responde a la ansiedad con inquietud física. Esta característica, unida a su temperamento vehemente, conduce a diagnosticarlos erróneamente como TDAH, porque son evidentemente inquietos. Sin embargo, considerar la hiperactividad como un rasgo primario, biológico, propio del niño, reviste un peligro en términos diagnósticos y terapéuticos, como veremos en breve.

- Las dificultades de administración cognitiva son evidentes: el preescolar cambia una y otra vez de actividad, desparrama juguetes pero no juega por más de algunos minutos. En el Jardín Infantil se muestra egocéntrico, no sigue instrucciones, tiende a deambular sin focalizar la atención en una sola actividad. Entre Prekínder y Kínder se hacen evidentes sus dificultades verbales y de pensamiento lógico, los cuales ya deberían mostrar un incipiente desarrollo hacia la alfabetización y matematización

inicial: es tardío su interés por asociar fonemas y grafemas, conteo, identificación de los símbolos que representan números, habilidad para hacer secuencias, expresarse oralmente en un nivel descriptivo pero con rico vocabulario y sintaxis, o en un nivel narrativo. Son desorganizados en el uso del espacio gráfico. Sus dibujos son muy infantiles, manteniéndose en la fase del “garabateo” y del “renacuajo” por mucho más tiempo que el habitual.

Estos niños ingresan al 1° básico con un retraso en la adquisición de la conciencia fonológica, condición indispensable para aprender a leer. Se quedan por meses en un nivel de deletreo, ingresando a la lectura por la vía indirecta (letra por letra), lo cual retarda el ingreso al nivel de comprensión de lo que se lee. El aprendizaje de una segunda lengua se les hace muy difícil. La dificultad para organizar la información, para atender focalmente, rastrear y mantener información en la memoria y para mantener a raya la ansiedad, se conjugan para afectar el aprendizaje de las matemáticas escolares; aún cuando son capaces de realizar abstracciones, estos niños optan por razonar en forma concreta (usando sus dedos, haciendo “palotes”, etc.). Esta estrategia es indispensable para mantener a raya la tendencia a que se esfume velozmente la información desde su memoria. La mayoría presenta torpeza motriz en habilidades que exigen una coordinación fina, contrastando con la destreza física corporal que la mayoría exhibe y que se manifiesta en los deportes y en los juegos de acción. Llegan al segundo ciclo básico (5° a 8° años) con un conjunto de competencias psicolingüísticas y de pensamiento matemático muy frágiles. Una lectura débil, con evidentes dificultades para comprender conceptos, un vocabulario general reducido, habilidades de expresión oral y escrita por debajo de lo esperado para su edad y nivel cultural, significativas dificultades con idiomas, una operatoria lenta e insegura (tardan mucho en aprender las tablas de multiplicar), algoritmos mal afianzados y un razonamiento lógico bajo, que reemplazan con un razonamiento holístico, lo cual explica que se resistan a buscar procedimientos analíticos para resolver problemas, eligiendo la aproximación intuitiva.

El exigente currículo del segundo ciclo básico pone a prueba sus frágiles competencias, lo cual se expresa no sólo en sus calificaciones, que van cayendo en forma progresiva, sino en el aspecto emocional, especialmente la autoestima. A partir de los doce años, los chicos comienzan a dudar seriamente de sus talentos intelectuales, adoptando conductas de evitación, que van desde eludir sistemáticamente la hora de los deberes a tomar la forma de ausentismo, absentismo, escapismo, especialmente cuando son muy inmaduros y la carga académica les abrumba. Suelen poner toda su energía en las actividades recreativas de su preferencia, desde los juegos de video, la TV, el chat, Facebook y otras redes sociales virtuales a sus pasatiempos: los deportes, el dibujo de cómics, guitarreo, batería, carpintería, manualidades, etc.

El paso a la Enseñanza Media es un enorme desafío. El currículo en este tramo de la escolaridad ya es plenamente conceptual, inductivo y muy complejo. Muchos chicos pertenecientes al TDA subtipo Inatento que llegan a 1° de Educación Media aún no logran aprender las tablas de multiplicar. Ya son evidentes las que más tarde constituirán las llamadas “secuelas” pedagógicas: sin hábitos de estudio, lo habitual es un repaso “express”, sin preguntarse si están memorizando sin entender o están realizando un aprendizaje conceptual en profundidad; no aplican adecuadas estrategias de aprendizaje; arrastran vacíos en contenidos fundamentales del currículo y su planificación del tiempo es casi inexistente: lo habitual es que vivan improvisando actividades de último momento, funcionando “por emergencia”, a último minuto... ¡E intentando justificar apasionadamente lo injustificable!

Los momentos más difíciles en los chicos con TDA de predominio Inatento son aquellos durante los cuales están ocurriendo las podas sinápticas regionales: desde los cuatro y medio hasta los seis años, alcanzando un pico a los cinco y medio años. Entre los diez y los once años, entre los dieciséis y los diecisiete años. En esas etapas, su vulnerabilidad emocional es máxima, la dificultad para administrar sus habilidades cognitivas es crítica y experimentan una suerte de retroceso en su crecimiento emocional social, optando selectivamente por las situaciones que les

garantizan una gratificación inmediata, desde ver TV sobre la cama comiendo algo delicioso hasta pasar varios días en alegre juerga, sin pensar en sus obligaciones escolares. Es precisamente en estas etapas críticas cuando la impaciencia y desesperación de los padres alcanza un clímax; es el momento en que arrecian las críticas, las descalificaciones y las medidas de control erráticas, que van desde “dejarlo solo, para que madure de una vez por todas”, hasta sobreprotegerlo, haciéndole sentir incapaz.

La mayoría de los niños con TDA subtipo Inatento presenta diversas características de inmadurez de su organismo, que se suman a la inmadurez neuropsicológica: dentición tardía, inmadurez inmunitaria, retraso de la fase puberal, una adolescencia lenta y prolongada. En cierto sentido, la inmadurez cognitiva y la inmadurez socioemocional son expresiones de un proceso madurativo general más lento. Una mamá con varios niños con esta pauta madurativa sostenía que la aparición de los primeros dientes definitivos determinaba el momento en que estaba listos para aprender a leer, lo que ocurría en sus niños después de los ocho años...

Uno de cada cuatro niños con TDA subtipo Inatento no presenta la habitual inmadurez cognitiva, en forma de un inicial retraso madurativo de las habilidades verbales, luego de las habilidades psicolingüísticas y del pensamiento lógico simbólico. Son buenos alumnos, aprenden con facilidad, pero viven en un crónico estado de ensoñación, de modo que su rasgo central es la lentitud y la parsimonia. Algunos de ellos tienen cierto grado de incoordinación motriz, que se refleja en la mala grafía. Sus cuadernos suelen estar incompletos; no emplean la agenda para planificar las fechas de las pruebas, las tareas; pasan los meses y no logran aprender el horario escolar, de modo que rara vez saben qué textos deben echar a la mochila para el día siguiente. Siempre están “pillados” por los compromisos incumplidos. Suelen recordar súbitamente que tienen prueba al día siguiente cuando ya estaban por quedarse dormidos. Y lo más probable es que recuerden que tienen prueba, pero no saben qué contenidos serán evaluados. Por esta razón, aún cuando no presentan dificultades específicas del aprendizaje, sus calificaciones escolares son mediocres y no reflejan su excelente potencial cognitivo.

El TDA subtipo Inatento es quien aporta el mayor número de “Trastornos Específicos del Aprendizaje” (TEA): alrededor de dos tercios del 12% de niños TDA va a debutar en la edad preescolar con una inmadurez cognitiva, reflejada en la presencia de un TEL, un vocabulario general y activo más bien pobres, luego como una mayor lentitud en adquirir la conciencia fonológica (condición para aprender a leer), con alta probabilidad de presentar un Retardo Lector Específico; una mayor lentitud en acceder al nivel de comprensión lectora y de elaboración conceptual. Muchos de estos niños desarrollan una lectura precipitada, sin atención a la estructura ortográfica de la palabra, de modo que leen cometiendo numerosos errores de tipo adición, transformación, omisión o reemplazo de letras y sílabas y a veces transformación de la palabra completa, con una escritura igualmente disortográfica; estos errores de tipo ortográfico son los llamados “errores específicos”, y afectan la lectura, ya que alteran la comprensión. Estos son los alumnos que presentan un tipo de Trastorno Específico del Aprendizaje llamado Dislexia de Superficie o Dislexia Ortográfica; inicialmente demoran en leer, su lectura es trabajosa, proceden decodificando la palabra, para adquirir luego una lectura más fluida pero plagada de los llamados “errores específicos”; la redacción suele ser pobre, manteniéndose en un nivel descriptivo o narrativo simple por varios años; acceder a un nivel discursivo argumentativo sólo es posible a través de un trabajo habilitativo preciso, realizado por profesionales de la psicopedagogía. En matemáticas se observa un retraso en el desarrollo del pensamiento lógico simbólico, tardanza en ingresar al nivel de razonamiento deductivo abstracto y luego al razonamiento inductivo. Estas dificultades, unidas a los problemas de comprensión de lectura y una insuficiente administración intelectual, determinan una significativa dificultad para la resolución de problemas y dan forma a la llamada Discalculia Atencional, que es la dificultad de aprendizaje de las matemáticas más habitual en las aulas.

Como podemos ver, los niños con TDA subtipo Inatento, que constituyen alrededor del 75% de todos los niños del Espectro TDA, son quienes llevan consigo una elevada proporción de dificultades y trastornos del aprendizaje escolar. De hecho, alrededor de un 7 al 10% de los alumnos de enseñanza básica y enseñanza media

presenta un TEA (Trastorno Específico del Aprendizaje), de los cuales la mayoría es secundario a un TDA (el porcentaje restante corresponde a los niños del Espectro Autístico que están en las aulas comunes y los niños TANV).

Este subgrupo de niños TDA posee particularidades que les son propias y que es imperativo conocer, por cuanto las medidas de prevención, de apoyo y de abordaje de las secuelas son de competencia de todos los profesionales de la educación, de la salud y, naturalmente, de las familias y de la sociedad toda. Dentro de dichas particularidades, vamos a destacar las tres que nos parecen de primera importancia:

I. SALUD GENERAL

Los niños TDA subtipo Inatento suelen presentar una inmadurez global, de todo su organismo. En consecuencia, su vulnerabilidad a presentar morbilidad de todo tipo es mayor que la de la población general de niños. Esta mayor vulnerabilidad es de tipo psicológico, neurológico, corporal, hormonal e inmunitaria, de modo que exigen un mayor alerta y un mayor compromiso profesional de parte de todos los actores del ámbito de la salud: psicólogos, pediatras, odontólogos, oftalmólogos, inmunólogos, neurólogos, psiquiatras. Son niños más proclives a presentar trastornos de salud y también en ellos las distintas patologías, incluso las más banales, adquieren una fisonomía particular, que suele confundir a los especialistas y aumentan el riesgo de errores diagnósticos.

1. Problemas de Salud Odontológica

No es infrecuente que estos niños muestren resistencia a desarrollar tempranamente adecuados hábitos de higiene bucal, de modo que la incidencia de caries dentales es mayor que en la población general de niños. La incidencia de caries aumenta debido al consumo excesivo de golosinas azucaradas, que los padres emplean como reforzadores de conductas positivas, como estímulo a mantenerse tranquilos mirando la TV y comiendo caramelos y también porque,

siendo estos niños naturalmente más ansiosos que el común de sus pares, tienden al consumo de golosinas azucaradas.

La dentición permanente se inicia en forma habitual a los seis años y suele finalizar entre los diecisiete y los veintiún años, con la aparición de la(s) muela(s) del juicio (tercer molar).

2. Problemas de Salud Oftalmológica

La maduración del complejo sistema visual humano en su ámbito estructural (ojo, vías ópticas, estructuras cerebrales que participan en la función visual, músculos que coordinan los movimientos oculares y la acomodación y sus respectivos nervios) y funcional (agudeza visual, visión binocular, visión de colores) es un proceso lento, que culmina al finalizar la primera década del ciclo vital. Si consideramos que el 75% de los niños TDA presenta problemas de aprendizaje, siendo los principales aquellos relacionados con la lectura, resulta claro que la funcionalidad visual debe ser constantemente evaluada. Es preciso que el especialista tenga presente que los niños no expresan sino indirectamente sus problemas visuales, de modo que padres y profesores deben estar alertas a leer dichas señales alusivas; las más frecuentes son las que señalan defectos de refracción ocular (astigmatismo, miopía, hipermetropía), los estrabismos y la ambliopía. Todos ellos se van a expresar en la lectura y escritura, de modo que cualquier dificultad en ellas, desde pobre deletreo, errores al copiar, proximidad excesiva al libro o al cuaderno hasta evitación de la lectura, deben ser consideradas valiosas señales. También se debe prestar atención a conductas recurrentes como frotar los ojos, cubrirse un ojo al leer, torcer el cuello mientras lee, inclinar la cabeza, fotofobia (evitar la luz), cefalea vespertina. Los niños mayores pueden comunicar molestias tales como visión borrosa al mirar el pizarrón, visión doble, cansancio visual, cefalea relacionada con el esfuerzo lector, escozor ocular. Los estrabismos suelen manifestarse como torpeza y descoordinación al jugar, correr o realizar actividades manuales.

Uno de los defectos oculares más silenciosos es la ambliopía (ausencia de visión en un ojo), ya que el “ojo bueno” toma las funciones del defectuoso.

Problemas de Salud Auditiva

Mencionaremos la pérdida auditiva parcial, llamada hipoacusia, como la más frecuente y de mayor impacto sobre la calidad de vida de estos niños. Hipoacusia significa literalmente “audición reducida” y debe diferenciarse de la sordera, término que alude a pérdidas auditivas profundas, permanentes, bilaterales y de origen neurosensorial. Las hipoacusias más habituales en los niños son las de conducción, que son leves (audición de tonos entre 21 y 40 decibeles). Ellas permiten percibir la palabra hablada en forma normal, pero se produce confusión entre elementos fonéticos similares, como /b/ y /p/, /m/ y /n/. La principal causa de la hipoacusia de conducción leve es la otitis secretora, que afecta al oído medio y no necesariamente en forma bilateral. Este tipo de otitis se produce por acumulación de líquido en el oído medio, el que puede ser seroso o purulento. La otitis serosa se conoce también como otitis secretora, otitis catarral, “*glue ear*” o mucositis. No es raro que esta otitis dé paso a una otitis purulenta.

La acumulación de líquido seroso en el oído medio es de tipo inflamatorio. Un estudio de seguimiento de niños en Estados Unidos de Norteamérica mostró que, en el grupo de dos a cuatro meses de edad, un 47.8 % había presentado al menos una otitis, mientras que entre los dos y doce meses la incidencia de otitis serosa era del 78.9% y en el grupo de dos meses a dos años, de 91%. En la génesis de esta otitis influyen factores anatómicos, como una trompa de Eustaquio menos desarrollada; factores ambientales, como el clima, el nivel socioeconómico (las otitis son más frecuentes en poblaciones socialmente vulnerables, por deficiencias en los cuidados del niño, adversas condiciones de vida) y la presencia de alérgenos que desencadenan respuestas inflamatorias de las vías respiratorias altas en los niños. Entre estos alérgenos, el tabaquismo pasivo al que son sometidos millares de lactantes y niños de la primera infancia es un factor de primera importancia. Los niños del Espectro TDA presentan incidencias aún más altas de otitis serosa, debido a la fuerte tendencia alérgica que les caracteriza. También influyen de modo directo la inmadurez del esfínter gastroesofágico, con el consiguiente reflujo, y la condición

de respiradores bucales por hipertrofia de tejido adenoide y/o de amígdalas faríngeas.

En los preescolares y escolares es muy difícil detectar la hipoacusia; se debe observar el nivel de volumen al que suele escuchar el audio de la TV; la no respuesta a los llamados e incluso hay que alertarse frente a la presencia de irritabilidad, la que refleja de modo indirecto su incomodidad al perder parte de la información verbal del entorno. El pediatra debe estar atento a detectar este tipo de hipoacusia en forma temprana, especialmente si existe una historia de alergias o de otitis recurrentes, ya que su presencia es un factor muy adverso para el desarrollo del lenguaje en un niño que naturalmente tiende al retraso madurativo verbal, con compromiso fonológico. Es indudable que si el déficit fonológico se complica con un déficit fonético por insuficiente discriminación auditiva fonética, el TEL va a ser más severo. Esto es especialmente serio en aquellas otitis que se inician antes de los doce meses de vida y/o en las que son recidivantes.

Problemas de Salud Endocrinológica

Los niños con TDA Inatento e Impulsivo muestran una mayor vulnerabilidad general de su organismo, siendo el sistema neuroendocrinológico uno de los más frágiles. Dos son los aspectos en este ámbito que exigen una mirada alerta de parte del equipo profesional y del pediatra que realiza los controles habituales a estos niños:

- Inmadurez puberal
- Desbalances endocrinos específicos.

Alrededor de dos tercios de los niños TDA en subtipos Inatentivo e Impulsivo muestra un retraso madurativo significativo en el inicio de la pubertad. En las niñas suele comenzar a los catorce años y en los varones, entre los quince y dieciséis años. Las causas son multifactoriales, siendo los factores ambientales los más relevantes en niños provenientes de medios de alta vulnerabilidad social (especialmente factores nutricionales, abuso, depresión por estrés) y los factores propiamente genéticos más frecuentes en clases sociales altas. La tardanza puberal trae consigo un retardo en la llegada de la adolescencia, y esto tiene consecuencias tanto neurobiológicas como psicosociales íntimamente imbricadas. Desde el punto

de vista neurobiológico, el retardo puberal implica una demora en la puesta en marcha de la etapa de mielinización y reconectividad cerebral regional; debemos recordar que estos procesos acelerados, que forman parte de la llamada “fase crítica madurativa” y siguen a una etapa de poda sináptica, ocurren especialmente en las regiones prefrontales durante la pubertad. No es difícil entonces inferir que una tardanza en el inicio de la pubertad será una tardanza consecuente de logros en la función ejecutiva, especialmente de las funciones de administración intelectual, de por sí lentas en madurar en estos niños. Por otra parte, los logros neuromadurativos asociados a la pubertad (influjo de desarrollo ejercido por las neurohormonas) determinan finalmente la aparición del llamado cerebro metacognitivo, que hemos definido como un cerebro altamente eficiente, capaz de emplear con velocidad y sofisticación multidimensional la información almacenada. La consecuencia es un adolescente inicial a los diecisiete años de edad, con un cerebro que empieza recién a tener mayor efectividad. Es una desventaja adicional si colocamos a este adolescente al lado de un compañero de similar edad pero que inició la adolescencia a los quince años, ya que tiene un cerebro mucho más eficiente a la hora de abordar desafíos académicos e incluso sociales. El adolescente inicial TDA, además de sus inevitables secuelas pedagógicas y psicológicas, está todavía centrado en gratificaciones inmediatas (fiestas, consumo de alcohol), buscando sus identidades (personal, social), sin una clara proyección a futuro y existencialmente confundido. Estas características deben ser conocidas por sus padres y sus profesores, de manera de actuar hacia él o ella con mayor indulgencia pero también límites más firmes, una cercanía afectiva especial, atenta y protectora pero intentando no sofocarlo. Frente a estos adolescentes inmaduros, la máxima más sensata debería ser “confía, pero verifica”.

Los desbalances hormonales específicos son frecuentes en los niños TDA. Puede encontrarse presencia de niveles bajos de hormona de crecimiento, que se manifiesta como un crecimiento estatural más lento. Esta lentitud en el desarrollo estatural es también influida por las hormonas tiroideas, gonadales y adrenales, de modo que la talla baja se acompaña de retraso en la aparición de la fase puberal. En niños con TDA de cierta severidad (acercándose al grupo que hemos llamado

SDAH en el continuo o Espectro TDA/TDAH) es esencial descartar enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), una causa a menudo no diagnosticada de talla bajo el percentil 3.

Las niñas con TDA en etapa puberal son más vulnerables al estrés, de modo que en ellas es más alta la incidencia de desórdenes del ciclo estrógeno/progesterona, entre los cuales se debe estar muy alerta a la aparición de ovario poliquístico, el cual suele provocar una cascada de desbalances neurohormonales de cierta severidad. En los púberes con TDA es frecuente el acné severo, que también es una señal de estrés excesivo en sus vidas. Igualmente importante es estar alertas a los desbalances tiroideos, los que en la gran mayoría de los casos se expresan como hipotiroidismo.

Problemas de Salud Inmunitaria

En el grupo de niños con TDA, la incidencia de desórdenes inmunitarios es mucho más alta que en la población general. En ellos no sólo son más frecuentes las alergias, sino que también ellas son más severas, más atípicas y muestran una mayor tendencia a complicarse. Una alergia es una respuesta inmunitaria exagerada al detectar agentes extraños que el organismo considera nocivos. Se producen elevadas cantidades de inmunoglobulina E (Ig E), se libera histamina y otras sustancias inflamatorias. Se denomina “atopia” a la capacidad para desarrollar desórdenes alérgicos y cantidades altas de Ig E. La atopia es fuertemente hereditaria y quienes la presentan suelen sufrir rinitis y asma frente a diversos agentes identificados como alérgenos, además de alergias alimentarias. Es probable que también en este grupo sean más frecuentes los desórdenes de autoinmunidad (psoriasis, **PANDAS**, vasculitis, enfermedad de Krohn).

Los alérgenos más habituales de encontrar son los provenientes de la polución ambiental, los estacionales y los de origen alimentario, mientras que la respuesta alérgica puede ser muy variada y muy enmascarada. Así, una alergia alimentaria que en un niño no TDA puede provocar una erupción cutánea, en un niño con TDA puede provocar una reacción inflamatoria (vasculitis) cerebral regional, con

aparición de severas migrañas, cambios del temperamento e incluso episodios de disturbio del ánimo.

Esta condición alérgica, tan acentuada en los niños con TDA, es muy significativa en un momento en el cual la presencia de sustancias que pueden ser interpretadas como alérgenos ambientales se ha disparado en todo el mundo. Si hasta mediados del siglo XX los niños alérgicos sufrían bajo los efectos del polen, esporas de hongos, epitelios de perros, gatos y otros animales domésticos, ácaros del polvo, jabones, picaduras de insectos, etc., hoy se agregan varios millares más de alérgenos, desde los aditivos químicos alimentarios a los modernos y poderosos artículos de aseo doméstico, los pesticidas empleados en la agricultura, la contaminación de las aguas y los suelos con residuos industriales, por mencionar una ínfima parte de la “burbuja química tóxica” en la que estamos inmersos. Esto explica en parte por qué los niños del espectro TDA/TDAH son hoy día más notorios, más complejas sus características y exigen más comprensión y apoyo. Podríamos decir que ellos viven en forma permanente en un “estado inflamatorio generalizado”, que involucra a todo su organismo y muy especialmente al cerebro. La liberación permanente de histamina y de otras sustancias pro inflamatorias, características de la condición alérgica, se suma al precario balance inmunitario que resulta de vivir en estrés permanente, acentuando todas las características neuropsicológicas del niño y adolescente con TDA, en especial la disfunción ejecutiva, por cuanto los sofisticados circuitos prefrontales se caracterizan por ser extraordinariamente sensibles a los desbalances químicos del ambiente neuronal. Es imprescindible entonces que hoy día debamos incorporar al equipo multiprofesional que da apoyo a estos niños a un especialista en inmunología y alergias.

Problemas Músculo Esqueléticos

Los niños con TDA presentan similares problemas ortopédicos que la población general infantil, pero en ellos pueden tener mayores repercusiones. Las escoliosis, los problemas de rodilla, del arco plantar y otras fallas de la alineación normal de los huesos, pueden afectar severamente la autoestima de un niño con TDA cuando su abordaje implica el uso de aparatos correctores o limitaciones en la práctica

deportiva, que para muchos de estos niños es un bálsamo liberador de las presiones académicas. Pero hay una característica ortopédica en los niños del Espectro SDA/SDAH que sin duda dobla en frecuencia a su presencia en la población general de niños: se trata de la hiperlaxitud ligamentosa, un grado de movilidad articular mayor a la norma. La hiperlaxitud articular forma parte de variadas condiciones neuropediátricas, pero en los niños del Espectro TDA/TDAH no se asocia a ninguna condición específica. Cuando está presente, suele acompañarse de leve retraso en la aparición de la marcha; caídas frecuentes, mayor propensión a los esguinces; dolores de extremidades (tobillos, rodillas y codos en los más pequeños, de espalda en los adolescentes) y, en una minoría, inflamaciones articulares leves y transitorias. La hiperlaxitud articular puede incidir negativamente sobre la actividad deportiva, limitándola y provocando frustración en los niños. También puede afectar la actividad grafomotriz, la ejecución de instrumentos musicales y las manualidades. El incremento del tiempo que hoy día invierten los niños frente al computador empeora los dolores de espalda y de codo y muñeca en estos niños, haciendo imprescindible un asesoramiento ergonómico por parte del pediatra. Finalmente, los grados más severos de hiperlaxitud ligamentosa se han relacionado con el Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia. En estos casos es esencial descartar un Síndrome de Ehlers Danlos.

Otras dificultades de salud

Trastornos del Sueño: en los niños con TDA Inatento son frecuentes ciertos problemas asociados al sueño denominados parasomnias: enuresis nocturna primaria, terrores nocturnos y sonambulismo. La enuresis nocturna primaria consiste en un retraso en el control miccional nocturno, de modo que el niño se orina una o más veces mientras duerme. Es probable que este fenómeno se produzca debido a un insuficiente incremento de la liberación de hormona antidiurética al caer la noche. Esta hormona permite aumentar la densidad y reducir el volumen de la orina producida por el riñón durante la noche, permitiendo así que el volumen total sea contenido por la vejiga durante las horas de sueño. Los terrores nocturnos consisten en un brusco cambio de etapa hipócnica. Cuando el niño duerme

profundamente, un estímulo ambiental lo induce a despertar; sin embargo, en vez de salir a la vigilia (despertar), se queda en un estado confusional que le impide percibir con claridad en entorno. Dicho estado se acompaña de intensa ansiedad, que a su vez crea similar angustia en los padres, que no saben por qué les rechaza y grita tan despavorido. El episodio de sonambulismo es también un estado confusional desencadenado por el paso brusco de una etapa del sueño a otra, pero que culmina en una conducta (salir de la cama, caminar por la habitación e incluso salir de ella, bajar las escalas, etc.).

TICS: consisten en movimientos involuntarios de la musculatura facial y/o del cuello. Los más habituales son los parpadeos o arriscar la nariz. Su origen está en una hiperactividad de la sinapsis de dopamina en los ganglios basales, razón por la cual la presencia de tics desaconseja el empleo de metilfenidato en estos niños, ya que dicho psicofármaco incrementa la disponibilidad de dopamina no sólo en la corteza prefrontal sino en otros segmentos de los circuitos prefrontales.

Tartamudez o Espasmodofemia: consiste en una insuficiente fluidez del programa motor que regula el habla continua, por lo cual ésta se interrumpe o demora en comenzar. Si bien se postula un sustrato similar al de los tics (desbalance de la dopamina en los ganglios basales), es sensato investigar posible trauma emocional e incluso acción de neurotoxinas con la inflamación consiguiente.

Migrañas: también conocidas como jaquecas, consisten en episodios de cefalea acompañada de otras manifestaciones específicas, como hipersensibilidad a los efectos de la luz, a los ruidos y sonidos, a los olores y sabores y, en ocasiones, manifestaciones neurológicas transitorias. Estas migrañas suelen ser desencadenadas por estrés, pero es esencial investigar inflamación (vasculitis intracerebral) provocada por neurotoxinas (alimentarias, ambientales, otras).

Vulnerabilidad Emocional

La vida plantea constantes demandas, las que deben ser convenientemente afrontadas por los niños. Un examen escolar, una vacunación, un resfrío, un accidente menor casero o en la escuela, un fracaso en el juego, el nacimiento de un hermano, un viaje de los padres, un conflicto sentimental, etc. ponen a prueba la capacidad del organismo y de la psiquis del niño para hacerles frente con recursos de adaptación. La mayoría de estas demandas es pasajera, provocando en el organismo del niño un alerta general que permite discernir el tipo de demanda (su magnitud, su naturaleza) y actuar en consecuencia. El organismo está perfectamente diseñado para este proceso, ya que cuenta con un sistema de respuesta a las demandas llamado “alostasis”, que en la mayoría de los niños tiene un diseño funcional muy preciso. El éxito en el afrontamiento de la demanda fortalece el organismo, permitiendo un crecimiento integral: físico, emocional, cognitivo. Pero hay demandas que se instalan en la vida de un niño por mucho tiempo, exigiendo de éste un alerta constante para afrontarlo, el cual va desgastando un organismo diseñado para afrontar demandas transitorias. El sistema de “alostasis” se va minando lentamente, hasta que, en un plazo variable, dependiendo de los recursos de resiliencia del niño, acaba por derrumbarse. El resultado más habitual es un episodio depresivo denominado menor o por estrés. En una minoría, puede ser un episodio depresivo mayor o un cuadro psicopatológico más severo.

La mayoría de los niños y adolescentes portadores de un TDA subtipo Inatento experimenta en sus vidas la presión de una demanda crónica, permanente y a menudo, implacable: responder al desafío académico escolar. Este desafío frecuentemente les supera, porque ellos deben enfrentar condiciones que les son adversas desde mucho antes de ingresar al primer año básico. Estas condiciones adversas derivan de las características propias del sistema educativo chileno y hasta la fecha, a pesar de las reformas al sistema educacional nacional, no han podido ser subsanadas. Algunas de ellas son las siguientes:

- El currículo escolar está diseñado para un estándar, el cual se sustenta en el grupo mayoritario de alumnos (el 75% de la población escolar) y mirando en todo momento como “grupo ideal” a ese pequeño grupo de alumnos que enfrenta el desafío académico escolar con recursos impecables tempranos (un 3 al 5 % del total de niños). Ambos factores constituyen un desafío potente para niños que muestran un desfase entre su inteligencia general y la maduración de ciertas inteligencias indispensables para responder a las exigencias académicas (habilidades verbal y psicolingüística; habilidad de pensamiento lógico simbólico y habilidades de administración intelectual).
- El ingreso a la escuela se determina por edad cronológica, no por edad neuromadurativa. En este contexto, se determina arbitrariamente la edad cronológica de ingreso al prender, la edad para comenzar a leer, la edad para comenzar a pensar en forma inductiva, a leer de modo crítico, a redactar de modo argumentativo. Con este criterio, sólo el 75% de los alumnos puede responder adecuadamente a los desafíos del currículo.
- El currículo escolar actual se caracteriza por la extensión, el abultamiento de contenidos y exigencias de competencias cognitivas complejas y sofisticadas, muchas de las cuales no calzan con las competencias intelectuales esperadas para una determinada edad.
- Un sistema escolar en el cual la mayoría de los docentes considera que un niño portador de un TDA es un niño hiperactivo que no logra concentrarse, lo cual es un error. La mayoría de los niños con TDA no es hiperactivo, pero presenta un retraso madurativo psicolingüística y de razonamiento lógico simbólico, a los cuales se suma la dificultad para pensar estratégicamente, concentrarse, emplear adecuadamente la memoria de trabajo, tener la necesaria flexibilidad para ir monitoreando el trabajo intelectual que realizan, corregir sobre la marcha, dar una revisión final y todo esto manteniendo a raya la ansiedad, la tendencia a trabajar de modo impulsivo y la ofuscación. Estas características cognitivas, que son las que verdaderamente pesan a la hora de tener éxito escolar, son omitidas por la mayoría de profesores como determinantes de un fracaso, de modo que los portadores de

inmadurez cognitiva pasan a engrosar las filas de los “flojos”, “desmotivados”, “irresponsables”, “sin interés”, etc.

- Un sistema escolar que se centra de modo prioritario en el desempeño académico por sobre el desarrollo integral del alumno; un sistema que es sometido a pruebas nacionales de logros en aprendizaje diseñados para alumnos estándar. Cuando el objetivo de la enseñanza pasa a ser obtener buenos puntajes en las pruebas nacionales de logro, se pierde el norte de lo que es enseñar y, lo que es peor, aquellos chicos que se apartan de lo que es el ideal de alumno se transforman en “alumnos problema”. En cierto sentido, el sistema escolar “se lava las manos” y elude toda responsabilidad, negando el apoyo a niños que son indudablemente talentosos.

Responder a los desafíos académicos impuestos por un currículo escolar exigente, abultado y extenso sin contar con las necesarias competencias psicolingüísticas, de razonamiento lógico simbólico y de administración intelectual, constituye no sólo un desafío para el alumno con TDA subtipo Inatentivo, sino que se transforma, después de un tiempo variable, en una demanda excesiva que pone a prueba la resiliencia del niño. En otras palabras, se transforma en un factor de estrés crónico o sobredemanda, muy riesgosa para la salud integral del niño, especialmente para su salud mental. La magnitud de este estrés crónico depende de numerosos factores dinámicos, los que suelen actuar de modo sinérgico sobre el niño.

El factor de mayor peso adverso es la condición psicosocial del alumno. Un niño TDA subtipo Inatento que llega al primer año básico sin haber tenido experiencias de enriquecimiento verbal en sus primeros cinco años de vida, ingresará al proceso de alfabetización con enormes desventajas: alteraciones fonológicas propias a las que se suman los errores fonológicos ambientales; un pobre desarrollo sintáctico y léxico; un discurso deshilvanado, ampliamente apoyado en lenguaje gestual de reemplazo verbal y excesivamente contextualizado. Una vez llegado al primer año de básica, probablemente tardará más de un año en aprender a leer, y la comprensión lectora será muy baja por culpa del magro vocabulario que maneja. Pasará el tiempo y la distancia entre sus competencias y el exigente currículo

empezará a agrandarse: es el anuncio de un fracaso académico que se acerca implacable, a menos que el niño sea oportunamente identificado como un TDA subtipo Inatentivo y se le ofrezca inmediata ayuda. El fracaso escolar tiene un curso, una trayectoria, que analizaremos más adelante. Por el contrario, un niño que nace al interior de una familia con recursos económicos y con un adecuado nivel cultural, tendrá la fortuna de recibir un adecuado enriquecimiento verbal desde muy pequeño; vivirá variadas experiencias culturales; estará permanentemente expuesto a conversaciones estimulantes; escuchará cuentos sentado en un cálido regazo o acostado en una cama mullida; los adultos le escucharán y estimularán a relatar sus vivencias; dispondrá de juguetes fabricados para el enriquecimiento cognitivo, etc. ¡Y es de esperar que este afortunado niño no sea tempranamente conectado a todas las pantallas de la casa por una familia con recursos económicos, pero carente de sensatez!

Son poderosos factores de protección contra el estrés excesivo que abrumba al niño con TDA la presencia de una familia dispuesta a darle el necesario apoyo, respetando su condición, evitando compararlo con los hermanos y/o pares y calibrando de manera realista las exigencias académicas. Sus padres aprenden a protegerlo tempranamente de la sobreexigencia; se muestran dispuestos a retrasar su ingreso a la escuela o dejarlo un año más en el kínder, aguardando una mayor madurez cognitiva y social. Sabedores de la precaria autorregulación que caracteriza al niño, evitan centrar la crianza en los castigos, procurando iniciar tempranamente al pequeño en la reflexión, para lo cual la contención del desborde emocional desde el cariño sereno y acogedor es la mejor estrategia.

Otro factor protector es la presencia de una comunidad escolar suficientemente preparada para reconocer al niño TDA subtipo Inatento en forma temprana, identificando la presencia de los primeros indicadores de TEA, como es la presencia de un TEL y/o el retardo en la aparición del pensamiento lógico simbólico, y dispuesta a ofrecer al alumno todos los apoyos que le corresponden por derecho. Para ello, los docentes deben tener un adecuado perfeccionamiento continuo, y deben saber y estar convencidos que la mirada clínica sobre el TDA no basta; que

“derivar” al niño a un especialista “para que solucione la hiperactividad y la desconcentración” tampoco serán la receta mágica que todo lo puede. Se precisa un cambio de mirada, incorporando conocimientos de neurociencias aplicadas a la educación, las que proporcionan la plataforma explicativa y operativa más sólida al diseño de medidas de apoyo para estos niños. También es protector contar con un equipo de profesionales de apoyo a la educación sólidamente preparado para trabajar con el niño en un diseño inclusivo, incorporado al trabajo de aula y centrado en el trabajo habilitativo de las competencias psicolingüísticas, de pensamiento lógico y de administración cognitiva. Deben ser profesionales de la Educación Especial, Educación Diferencial y Psicopedagogía capacitados para el diagnóstico de los TEA y el diseño de proyectos de trabajo habilitativo desde la perspectiva neuropsicológica.

El mismo niño con TDA aporta sus propios factores protectores: así, el grado de inmadurez cognitiva y socioemocional que presenta es fundamental. Como hemos planteado, tanto el Espectro TDA/TDAH como los distintos subtipo al interior del Espectro se dan en un continuo de severidad, que va de una inmadurez cognitiva y socioemocional mínimas, inaparentes (provocarán un “remezón” al ingreso al 5° básico o al primer año de Educación Media o Secundaria) a un nivel de inmadurez general de dos o más años respecto a la edad cronológica. Indudablemente que a mayor grado de inmadurez cognitiva y socioemocional, mayor será la demanda que planteará la exigencia académica al niño y mayor la probabilidad de un quiebre emocional temprano.

El desarrollo de habilidades cognitivas compensatorias a los déficit es un poderoso factor de protección contra el estrés. Todos los niños cuentan con recursos cognitivos innatos, aquellos que llamamos “talentos de hemisferio derecho”. Estos talentos innatos están presentes en todos los niños, pero en cada uno de ellos se dan en un perfil distintivo; todos ellos surgen sobre una plataforma de funciones cognitivas muy potentes y también innatas (ellas vienen en el “disco duro cerebral” desde antes de nacer). Estas funciones son:

a. La capacidad de imaginar: el cerebro humano tiene la potencialidad de transformar la realidad de modo ilimitado, sin fronteras, creando nuevas realidades posibles, en las cuales la persona, en este caso el niño, se instala soberano, actuando en ellas como si fuesen la realidad objetiva. Esta capacidad es la base del juego, de la fantasía y de la creatividad.

b. La magia: el cerebro humano sabe crear nuevas realidades, en las cuales son posibles los poderes sobrenaturales.

c. El juego: sobre la capacidad de imaginar y de pensar mágicamente, se crean situaciones regidas por reglas, las que no siempre son fijas, dejando espacio a la innovación, al cambio y a la creatividad.

d. El estilo divergente de pensamiento: el cerebro humano posee dos estilos diferentes y complementarios de pensamiento; el que converge de un punto al otro siguiendo un curso lógico, y el que parte de un punto para ir a cualquier otro, siguiendo un curso disparatado pero que tiene un sentido. Este es el pensamiento que diverge, propio de la mente creativa.

Sobre esta plataforma tan particular se instalan los talentos innatos: crear y reproducir melodías vocales e instrumentales; dibujar, armar, pintar, modelar y otras variadas actividades plásticas y manuales; modificar el espacio de modo cinético aplicando estrategias lógicas espaciales (armar el cubo de Rubik, por ejemplo); bailar, practicar deportes, nadar, trepar y otras múltiples actividades físicas; interesarse por la naturaleza, los animales, y aprender de ellos; interactuar con otras personas desde la empatía y las habilidades sociales. Estos talentos, que son independientes entre sí pero se complementan de modo sinérgico, están presentes en todos los niños, pero en la mayoría de los chicos con SDA subtipo Inatento, uno o varios de ellos adquieren un desarrollo muy prominente, destacado, tomando un papel compensatorio de las inhabilidades en el campo psicolingüístico y de pensamiento lógico simbólico. Y entonces nos encontramos con niños y niñas con TDA subtipo Inatento que intentan trabajosamente responder a las exigencias en Matemáticas, Lenguaje, Inglés, pero que sorprenden a sus profesores con sus dibujos, sus hermosas manualidades, sus tallados; otros que lidian con Matemáticas, se resisten a leer, pero pueden improvisar con maestría en cualquier

instrumento musical aún cuando nunca hayan tenido una clase de música instrumental. Y están aquellos niños y niñas que destacan en deportes, mostrando una destreza, resistencia, tenacidad y coraje que brillan por su ausencia a la hora de estudiar para un examen o leer el libro de lectura obligatoria. Es tan sorprendente esta relación entre talentos innatos muy desarrollados y TDA subtipo Inatento, que es altamente probable que tengan razón quienes sostienen que esta característica neuromadurativa está presente en la mayoría de los artistas, músicos populares, deportistas profesionales, actores, diseñadores, en quienes el antecedente de dificultades académicas escolares y carreras universitarias a medio terminar es al menos tres veces más frecuente que en la población general.

Los rasgos de personalidad son un importante factor protector a la hora de verse acosados por el estrés. Curiosamente, una cierta inmadurez en el desarrollo de la personalidad es beneficiosa a la hora de proteger al niño del colapso emocional por sobredemanda académica. En efecto, los niños claramente inmaduros no calibran el peso del fracaso reiterado, disfrutando gozosamente el aquí y ahora: ir a la escuela a jugar, a tener amigos, a participar de los paseos y otras actividades escolares muy estimulantes. Para ellos, estudiar es una ingrata obligación, de la cual lo esencial es saber cómo eludirla. En cambio, los niños que han desarrollado tempranamente una clara conciencia del logro y que poseen la madurez suficiente como para identificar cuándo un fracaso es consecuencia de sus características propias, calibran muy tempranamente el enorme agobio de ver que las exigencias académicas sobrepasan con amplio margen sus recursos. Se instala así la angustia del fracaso inminente, la ansiedad por responder a lo que se les exige, el sentimiento de derrota cuando su respuesta es insuficiente... En una palabra, se ha enseñoreado en ellos el estrés crónico.

En cuanto a género, las niñas con TDA son más resilientes. Al ser más empeñosas, desarrollar tempranamente hábitos de estudio y recurrir a sus talentos innatos como recursos de compensación, mantienen un desempeño académico aceptable, van siendo promovidas de curso y finalmente aprenden a lidiar con sus características sin capitular. Los varones tienden más a eludir las obligaciones; dejan los deberes para el último minuto, actuando “por emergencia”, emplean sus talentos innatos

como recursos de escapismo y no logran reponerse del dolor del fracaso, buscando culpables a su alrededor. Ambos, niños y niñas, inician su vida escolar con fe, optimismo y seguridad en sus talentos, cambiando el optimismo por sentimientos de temor al fracaso a medida que se acercan a la Enseñanza Media.

Si bien la mayoría de los niños y adolescentes con TDA subtipo Inatento reacciona con ansiedad frente al estrés generado por la sobredemanda en sus vidas, no es infrecuente que algunos presenten un compromiso emocional más severo, ingresando al ámbito de la llamada psicopatología reactiva. Veamos algunos ejemplos ilustrativos:

Caso:

Alejandro tiene once años y cursa 5° Básico en un colegio particular subvencionado de su ciudad. En 4° año ya se hicieron muy patentes sus dificultades de comprensión de lectura, de expresión escrita y en la resolución de problemas matemáticos. Aún no logra aprender las tablas de multiplicar, y sigue cautivo de los dedos para poder hacer operaciones de adición y sustracción. Si bien tenía calificaciones suficientes para ser promovido, la profesora sugirió retrasar en un año el paso a 5° básico, ya que lo veía “inmaduro para unas exigencias que lo sobrepasan”, pero los padres se opusieron, argumentando que “Alejandro es muy cómodo y perezoso, necesita madurar. Si repite curso se va a desmotivar al ver que todo es fácil”. Ya ha transcurrido un semestre del 5° año y Alejandro va de mal en peor con sus calificaciones. Los domingos por la tarde presenta invariablemente dolor abdominal, que se transforma en cólicos y urgencia por defecar cada mañana antes de salir al colegio, retrasando a resto de los hermanos. Para colmo, este año ha tenido por primera vez quejas por conducta, ya que se muestra muy inquieto en algunas clases, especialmente en la de Matemáticas, de modo que ha sido conminado a salir del aula y le han colocado observaciones negativas; en una ocasión, respondió a la reprimenda del profesor con malos modos, rompió su prueba y la lanzó al suelo. Alejandro argumentó que el profesor le había ofendido diciéndole que, si no sabía sumar, debería estar en kínder. Las

quejas por conducta le han significado castigos en casa y Alejandro se ha tornado desobediente y argumentador con el padre. Presenta variados tics, tiene crecientes dificultades para quedarse dormido y ha empezado a roer sus uñas.

Enfrentar una demanda excesiva moviliza al Sistema de Respuesta a la Ansiedad o Sistema de Alostasis; se libera una sustancia química llamada adrenalina/noradrenalina, la que actúa sobre el organismo a nivel corporal, hormonal e inmunitario, y a nivel cerebral generando un estado de sobrealerta constante. Por lo tanto, las primeras manifestaciones son cambios en todos o alguno de esos sistemas. En el caso de Alejandro, el paso a 5° año sin tener las competencias cognitivas adecuadas es una demanda excesiva, a la cual el organismo responde con liberación constante de adrenalina y noradrenalina, apareciendo sintomatología ansiosa. Alejandro tiene once años, de modo que está en un período de mucha vulnerabilidad a quiebres más severos. Los castigos y descalificaciones por parte de los padres y más de algún profesor, están sirviendo para empeorar la situación. Es en esta etapa cuando se necesita un ojo entrenado en leer las señales de un quiebre emocional inminente.

Alejandro ha terminado el 5° año con un fracaso escolar: reprobó curso. Los dos últimos meses se ausentó de clases por varios días debido a un cuadro gastrointestinal que se interpretó como viral pero finalmente se diagnosticó como “posible enfermedad de Krohn” (destrucción de la mucosa intestinal por anticuerpos propios, con colitis sangrante). Le han recetado corticoides. Los padres lo han llevado también a un servicio de neurología infantil, donde le diagnosticaron TDAH y Síndrome de Gilles de la Tourette, ya que en el último tiempo se agravaron los tics y se agregó un persistente lavado de manos (más de veinte veces en el día), que el niño atribuye a cuidarse de infecciones que puedan agravar su enfermedad intestinal. Al tratamiento con corticoides se ha sumado un psicofármaco para el TDAH y otro para los tics y los comportamientos obsesivo compulsivos.

. Alejandro ha experimentado una ruptura del Sistema de Alostasis y el punto de quiebre es el autoinmune. Está produciendo una cantidad excesiva de anticuerpos (probablemente inmunoglobulina G), los que están inflamando no sólo la mucosa intestinal sino también están provocando inflamación regional cerebral (en Ganglios Basales). ¡Este niño necesita urgentemente que alguien lo mire de modo integral y no de forma parcelada!

Alejandro tiene ahora dieciséis años. Reprobó el 5° y el 7° básicos; cursa 1° medio con bajas calificaciones. Cuando cursaba 7° básico por primera vez y sus tics y conductas obsesivas estaban en remisión gracias al tratamiento psicofarmacológico complementado con Terapia Floral, empezó a tornarse muy irritable; experimentó una importante alza de peso, se tornó adicto a las golosinas y sus problemas de sueño empeoraron. Despertaba muy cansado. Se hizo muy evidente la dificultad de concentración. Reprobó curso y al año siguiente los padres le contrataron un profesor que iba a casa todas las tardes y le ayudaba a estudiar y a preparar sus tareas, con lo cual consiguió pasar de curso. Este profesor le asistió dos años, pero ahora que cursa 1° Medio ha debido enfrentar sin ayuda el desafío escolar. Aprendió a estudiar mediante adecuadas estrategias de aprendizaje, tiene un hábito de estudio diario y empieza motivarse por leer. Sus mayores dificultades son las asignaturas científicas. Es seleccionado de la rama de hockey sobre patines de la Municipalidad y todos reconocen en él su talento para los deportes. Lleva ya varios años sin agudización de su trastorno autoinmune (enfermedad de Krohn). Ha bajado de peso gracias a la práctica diaria del hockey y sus calificaciones ya no están en el rango de peligro. La vida comienza a sonreírle, pero es necesario sostenerlo emocionalmente, ya que los dieciséis años son de mucha vulnerabilidad emocional.

Alejandro transitó por todas las etapas del quiebre ansioso: desde el dolor abdominal a roer las uñas, a los tics, los comportamientos obsesivo compulsivos y desde allí a un período de inminente quiebre depresivo (irritabilidad, trastornos del sueño, apetencia excesiva por carbohidratos). Por fortuna, el apoyo del profesor

