
ARTÍCULO DE REVISIÓN

PERFIL CLÍNICO DE NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 12 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE TIPO DISLEXIA Y SU COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE CONDUCTA-TDAH

Lina María Ruiz Pérez
Maira Andrea Sicachá Espinosa

RESUMEN

Considerando que los síntomas del trastorno del aprendizaje tipo dislexia y su comorbilidad con el trastorno de conducta-TDAH pueden generar desmotivación en el niño, dificultades en la focalización atencional, distracción y errores en la lectoescritura (Álvarez, Soutullo, Díez, & Figueroa (s.f)), se hace necesaria una evaluación integral que permita esclarecer los diagnósticos clínicos diferenciales y así poder realizar un diagnóstico más preciso, que no influya de manera negativa en el desarrollo del niño. Siendo pertinente abordarlo desde su individualidad y las diferentes esferas en que se desenvuelve, logrando una intervención interdisciplinaria que impacte positivamente en cada una de ellas.

Por tanto, el propósito de este escrito es identificar el perfil clínico de los niños y niñas de 6 a 12 años diagnosticados con trastornos del aprendizaje tipo dislexia y su comorbilidad con trastornos de conducta-TDAH y analizar el impacto e importancia que tiene la intervención interdisciplinaria; a través de la revisión bibliográfica. Encontrándose que el perfil clínico de los niños con este tipo de diagnóstico parte no solo de la sintomatología típica de cada trastorno sino también del impacto que en ella tengan los sistemas en los que el niño está inmerso, dependiendo de ellos también la intervención.

Palabras clave: Dislexia, TDAH, comorbilidad, perfil clínico, intervención.

Abstract

Whereas the symptoms of dyslexia and learning type disorder with comorbid conduct disorder-ADHD can generate motivation in children, difficulties in attentional focus, distraction and errors in literacy (Alvarez, Soutullo, ten, & Figueroa (sf)), a comprehensive assessment to clarify the clinical differential diagnosis and be able to make a more accurate diagnosis, which does not influence negatively on child development is needed. Still relevant approach it from their individuality and the different areas in which it operates, achieving an interdisciplinary intervention that positively impact each.

Therefore, the purpose of this paper is to identify the clinical profile of children aged 6-12 years diagnosed with learning disorders and dyslexia type comorbidity with conduct disorder-ADHD and analyze the impact and importance of interdisciplinary intervention ; through the literature review. Finding that the clinical profile of children with this type of diagnosis part not only of the typical symptoms of each disorder but also the impact that it have the systems in which the child lives, they also depending on the procedure

Keywords: Dyslexia, ADDH, comorbidity, clinical profile, intervention.

Introducción

En estos tiempos de altos indicadores de repitencia, fracaso escolar y dificultades marcadas de comportamiento, como una realidad que agobia el ejercicio pleno de la igualdad social y el desarrollo continuo de un proyecto de vida productivo y eficaz para cada persona, especialmente para los niños, lo que hace que estudiar la comorbilidad de los Trastornos específicos del aprendizaje (TEA) tipo Dislexia y los Trastornos de conducta tipo TDAH y considerar el impacto e importancia de la intervención interdisciplinar sea una necesidad imperante.

Por ello, se busca a través de este artículo identificar cuál es el perfil clínico de los niños y niñas de 6 a 12 años diagnosticados con trastorno del aprendizaje tipo dislexia y su comorbilidad con trastorno de la conducta-TDAH. Para tal fin, se trabajara desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, puesto que este permite hacer una lectura de los diferentes sistemas en que desenvuelve el niño y de cómo estos sistemas pueden afectar positiva o negativamente no solo su desarrollo sino también la intervención que se realice. Teniendo también como objetivo analizar el impacto e importancia que tiene la intervención interdisciplinar en el pronóstico del niño.

Con el fin de lograr los objetivos propuestos para este artículo de revisión, se debe tener en cuenta que la Dislexia se caracteriza por “las dificultades para aprender a leer, a pesar de una instrucción convencional, inteligencia adecuada y oportunidad sociocultural” (Critchely, 1985; citado por Ardila & Cols, 2005, p. 4) y los Trastornos de conducta tipo TDAH, según Barkley (2005), “son unos trastornos del desarrollo caracterizados por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad.”(pág. 1).

Siendo importante también esclarecer que no se solucionan con métodos tradicionales de enseñanza, encontrándose que “cerca de una tercera parte de los niños con TEA manifiestan algún nivel de hiperactividad y que al menos 95% de los niños hiperactivos presentan dificultades de aprendizaje” (Ardila & Cols, pág. 3) y que de igual forma, están altamente asociados a uno de los mayores problemas psicopatológicos más prevalentes en la infancia y de mayor impacto en el niño, su familia y su entorno.

Metodología

Para el desarrollo del artículo se han tenido en cuenta diferentes procesos tales como la búsqueda bibliográfica, la discriminación o elección de los artículos y la discusión acerca de los mismos, iniciando con la búsqueda de información mediante la consulta de bases de datos de revistas científicas a nivel neuropsicológico y médico como fuentes primarias. Los descriptores o palabras claves para esta indagación han sido TDAH, dislexia, comorbilidad, aprendizaje, tratamiento e intervención y para cumplir con este objetivo, se han realizado tablas bibliográficas donde se plasmó la información de los artículos seleccionados (títulos, autores, Año y país de publicación Palabras Claves, Objetivos de la Investigación, Metodología y Discusión personal), considerando la calidad tanto del escrito como el de la revista en que ha sido publicado y que permita dar respuesta a la interrogante que aquí se formula.

Desarrollo

Teniendo en cuenta las diferencias individuales de cada niño y la forma en que se manifiestan diversas limitaciones, se generan dispersiones importantes en las habilidades para adquirir aprendizajes así como en el comportamiento social; los cuales se desarrollan en la infancia caracterizados por las implicaciones que tienen en las diferentes áreas del ciclo vital y por la dificultad en el diagnóstico debido a sus diversas manifestaciones y similitudes. Por tanto, es relevante comprender que los trastornos de la infancia y la adolescencia “abarcan una gran variedad de problemas conductuales, que van desde perturbaciones graves que afectan muchos aspectos de la conducta hasta trastornos del desarrollo menos graves que de manera típica se limitan a un área

determinada” (Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (S.f.)), especialmente los de bases Neuropsicológicas y Comportamentales, que afectan los procesos de aprendizaje con implicaciones a lo largo de la vida.

Es así como los trastornos específicos del aprendizaje (TEA):

Son de base neurobiológica, a menudo con un componente genético, que condicionan que un niño con un nivel de inteligencia normal, a pesar de recibir una instrucción adecuada, no consiga avanzar en uno o más aprendizajes. (Sans A, López A, Colomé R, Boix C & Sanguinetti A, 2013, Pág. 37-38).

Mientras que los Trastornos de conducta o comportamentales en la infancia “agrupan una gran variedad de manifestaciones sintomáticas que alteran de manera importante el desempeño social, escolar y familiar del niño” (Casas, citado por Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz & Uribe, 2008, p. 233), son alteraciones del comportamiento infantil que se alejan de aquel esperado para la edad y para el desarrollo cognoscitivo, psicoafectivo y social (Casas, citado por Gómez, et al., 2008).

Por tanto, es relevante entender que:

Las dislexias pueden ser definidas como un desorden específico en la recepción y la comprensión de la comunicación escrita, que se manifiesta en dificultades reiteradas y persistentes durante el periodo escolar. Se caracterizan por un logro inferior al esperado para la edad mental, el nivel socioeconómico y el grado de escolaridad en los procesos de decodificación inicial o de comprensión lectora posterior. (Bravo citado por Bravo, 1994).

Reconociendo también que “las estadísticas mundiales sobre dificultades del aprendizaje, particularmente de la lectura, definen que entre un 5 y un 16% de la población suele ser diagnosticada con dislexia” (Casals, 2007; Talero, 2004 citado por Cardona & Cadavid, 2013).

Asimismo, es importante describir que el Trastorno de conducta tipo TDAH

Es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Normalmente surgen ya en la primera infancia, son de naturaleza relativamente

crónica y no pueden explicarse por ningún déficit neurológico importante ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, sin que tampoco se detecte retraso mental o trastornos emocionales graves. Estas dificultades guardan una gran relación con una dificultad para seguir las «conductas gobernadas por reglas» (CGR) y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos. (Barkley citado por Servera, 2005)

Encontrándose, igualmente que:

Es el trastorno neuropsiquiátrico infantil más común, cuya prevalencia se estima alrededor del 5% en escolares (1). La posibilidad de que persista en los años siguientes supera el 70%, y su pronóstico depende en gran medida de su detección temprana y sus comorbilidades, la intensidad de los síntomas y de un tratamiento oportuno y adecuado. (Martínez, Henao, Gómez, 2009, p. 179)

Evidenciándose a través de la descripción de los conceptos que los trastornos no dependen de las condiciones socioculturales sino también de los marcadores biológicos determinados desde la genética por una disfunción del Sistema Nervioso Central, como se demuestra a través de las técnicas de neuroimagen, donde se identifican las regiones anatómicas y las conexiones funcionales implicadas en el procesamiento cognitivo cerebral, pues “no sólo importa donde se produce la actividad, sino cuando se produce y en relación con que” (Carboni, Río, Capilla, Maestú & Ortiz, 2006, p. 74). También observándose que tanto la Dislexia como el TDAH poseen unas particularidades en su sintomatología, sin embargo, en la revisión bibliográfica se observaron las dificultades en el diagnóstico e intervención debido a las similitudes que se presentan entre estos y más aún cuando existe comorbilidad en los trastornos.

Por ello, es importante comprender qué es la comorbilidad y cómo se manifiesta en la relación de Dislexia y TDAH; para ello la OMS (citado por Avila, 2007) plantea que la comorbilidad “es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona”, donde se requieren dos características:

En primer lugar, que la presencia de la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico, distinto para cada proceso comórbido. La segunda característica para aceptar que dos procesos son comórbidos, en sentido estricto, es la condición de que la frecuencia en que uno aparece cuando el otro está presente, sea más alta que la prevalencia aislada en la población general. (Artigas, García & Rigau, (s.f))

Encontrándose que:

En las muestras de TDAH se detecta dislexia en el 25%-50% de los individuos. Inversamente, el 33% de niños disléxicos presentan TDAH. Estos porcentajes evidencian la necesidad de evaluar, de manera rutinaria, las habilidades escolares, especialmente las competencias lectoras, de los niños con TDAH y, a su vez, evaluar la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en los niños con TEAP. (Fernández, et al., 2013, p. 70)

También que “La presencia conjunta del TDAH y de los trastornos del lenguaje receptivo-expresivos alcanza porcentajes preocupantes; surge pronto, en los años preescolares, y continúa durante los años de escolarización obligatoria y de la adolescencia.” (Casas, Fernández, Mulas, Roselló & Bó, 2002, p. 116), de allí la importancia de hacer un acercamiento a la identificación del perfil clínico de los niños y niñas entre 6 y 12 años diagnosticados con trastorno del aprendizaje tipo dislexia y su comorbilidad con trastorno de la conducta-TDAH a través de un modelo que integre las áreas de desarrollo del individuo y reconozca la influencia de una sobre las demás, partiendo de la particularidad del sujeto llegando a su generalidad como constructo biopsicosocial, desde una comprensión ecológica que incluya interacciones, historias y transformaciones desde el sistema de recursos (competencias, habilidades y potencialidades) del propio sujeto, promoviendo y activando las redes sociales de las que hace parte.

Observándose que:

La evolución del niño se entiende como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que éste realiza, de su rol y de las interacciones que mantiene con el ambiente. Se resalta la importancia de las interacciones y transacciones que se establecen entre el niño y los elementos de su entorno, empezando por los padres y los iguales. (García, 200, p. 3)

Por tanto el perfil clínico se desarrollara a través de los cuatro (4) niveles o sistemas propuestos por Bronfenbrenner, los cuales operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo del niño.

De allí que sea importante tener claridad que para Bronfenbrenner (citado por Amar, Abello & Acosta, 2003):

El desarrollo humano consiste en la progresiva acomodación bidireccional que tiene lugar entre un ser humano activo inserto en un proceso de desarrollo y las características de los ambientes en que dicho ser piensa, siente y actúa. Esta mutua

acomodación (4) "...se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

Partiendo del anterior concepto, se debe tener en cuenta que el:

Microsistema

“Corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.” (Bronfenbrenner citado por et al., 2003). Considerando, dicha definición, es relevante partir de aquello que atañe directamente al individuo, para ello se tendrán en cuenta las implicaciones cognitivas y roles que desempeña el niño. Los sistemas que se ven comprometidos tanto en la dislexia como en el TDAH, según Fernández et al. (2013) son:

Los déficits básicos en las funciones ejecutivas (memoria de trabajo y bajo control inhibitorio) y la velocidad de procesamiento que involucran a estructuras corticales tales como: la corteza parietal posterior (estructura fonológica, vía indirecta), la corteza occipitotemporal (identificación visual de la palabra, vía directa) y el área de Broca (articulación o subarticulación de la palabra), en el lóbulo frontal.

Asimismo:

La etiología de ambos trastornos, por lo tanto, es multifactorial (no es suficiente un factor etiológico aislado), e implica la interacción de múltiples factores de riesgo (es posible que ciertos déficits auditivos o visuales puedan contribuir a modular la expresión del déficit lector) y factores protectores (por ejemplo, un alto cociente intelectual), tanto genéticos como ambientales. (Fernández, et al., 2013, p. 71)

Evidenciándose que:

La comorbilidad TDAH - Dislexia es algo más que una casualidad o una asociación temporal de dos trastornos a lo largo del desarrollo infantil y parece lógica si nos basamos en que se ha identificado un déficit de respuesta inhibitoria tanto en TDAH (Castellanos, 2002; Doyle, 2005; Sonuga-Barke, 2010) como en la Dislexia (Willcut,

2005), o en que la causa principal de la Dislexia son los déficits fonológicos (Vellutino, 2004) y que una parte de los niños TDAH muestran dificultades fonológicas, retraso en el lenguaje o ambos problemas. (Artigas-Pallarés, 2011). (Álvarez, Soutullo, Díez & Figueroa (s.f.), p. 107-108)

Lo que con lleva a que sea imperante realizar evaluaciones desde diferentes especialidades, en este caso, desde el área de neuropsicología y neuropediatría, con el fin de llegar a un diagnóstico más preciso y realizar una intervención integral, en pro de prevenir las repercusiones a corto y largo plazo relacionadas con bajos procesos fonológicos, limitado reconocimiento de patrones visuales e inadecuadas estrategias lexicales. Siendo la revisión bibliográfica, la que ha permitido discernir que son los estudios de neuroimagen acompañados de diversas investigaciones, los que han dado luces sobre las áreas cerebrales que se ven comprometidas en el desarrollo de ambos trastornos y a su vez, de donde surgen las teorías de comorbilidad entre los mismo; “estos hallazgos son interesantes porque permiten tener una aproximación patogenética con respecto a la comorbilidad de la dislexia.” (Artigas, 2002. P. 7)

Lo que permite entender que estos trastornos además de sus implicaciones biológicas, también tienen implicaciones emocionales dada la transversalidad en el ser humano en todas sus áreas de desarrollo; donde es primordial conocer los roles que desempeña el niño en los diferentes escenarios en que se desenvuelve, como hijo, hermano, estudiante, compañero, ciudadano y como niño. Los cuales determinan su nivel de funcionalidad individual y colectiva. La revisión bibliográfica permite identificar las siguientes dificultades emocionales:

Frustración - Ansiedad, surgen ante el acontecimiento desagradable, en este caso la realización de las labores que requieran de las habilidades que se ven alteradas en ambos trastornos, las cuales parten de la presión que se ejerce con respecto al cumplimiento de las expectativas escolares, sociales y paternas y como estas se vuelven un reforzador del trastorno con un efecto negativo en el desempeño escolar y desempeño social (relaciones interpersonales); debido a las estrategias autoritarias inadecuadas y a las estrategias pedagógicas implementadas por sus figuras de autoridad, lo cual puede estar relacionado con la interacción entre pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con las emociones, las conductas y el ambiente que llevan a la autoperpetuación del trastorno. (Social and Emotional Problems Related to Dyslexia. (s.f.)).

Ira, esta es producto de las frustraciones a las que es sometido social, escolar y familiarmente y también de las discriminaciones a las que en algunos casos estos niños están expuestos, generando enojo y respuestas agresivas como una manera de responder a las expectativas que no logra cumplir por las alteraciones en sus procesos

madurativos y no cumplimiento de los patrones sociales definidos de aceptación dentro de un contexto. (Social and Emotional Problems Related to Dyslexia. (s.f.)).

Autoconcepto, se ve afectado dado los factores de vulnerabilidad al que está expuesto el niño, debido a que según Erik Erikson es en los primeros años de escuela cuando el niño se debate entre una imagen positiva o sentimientos de inferioridad, el cual se ve definido por el éxito o las fallas y frustraciones que él tenga en la escuela. Es así que sumado a un acompañamiento inadecuado por parte de los padres e institución educativa, los niños manifiestan pensamientos de incapacidad, frustración y sentimientos de minusvalía, frente a las actividades escolares y de la vida diaria, donde atribuyen el éxito de sus logros en ocasiones a la suerte y sus fracasos a una visión de sí mismo negativa, dando lugar a pensamiento automáticos que autoperpetúen un mal concepto de sí mismo. (Social and Emotional Problems Related to Dyslexia. (s.f.)).

Depresión, es una de las más frecuentes complicaciones en ambos trastornos, donde los niños pueden presentar cambios bruscos en el comportamiento individual y relacional, con presencia de enlentecimiento psicomotor, sentimientos de tristeza-culpa, minusvalía, dificultades atencionales, quejas somáticas, entre otros. Lo cual en conjunto puede presentar tres características: 1. Los niños tienden a tener pensamientos negativos de sí mismos; 2. Tienden a ver el mundo negativamente, reduciendo su interés en disfrutar las actividades diarias con pocas probabilidades de diversión; 3. Finalmente, tienen una gran dificultad para imaginar eventos positivos del futuro y anticipar una vida de continuas fallas. (Social and Emotional Problems Related to Dyslexia. (s.f.)).

Por tanto:

La distinción entre ambos trastornos no siempre es fácil, por una parte el TDAH facilita la distracción y los errores en la lectoescritura y, por otra, la Dislexia hace que el niño, desmotivado, se desconecte del entorno o se muestre más inquieto como consecuencia de la frustración derivada de sus problemas lectores. Hay que hacer una buena historia clínica para demostrar la presencia de síntomas y signos de TDAH desde la primera infancia. (Keulers, 2007; Bental, 2008; Artigas-Pallarés, 2009). (Álvarez et al., (s.f))

Mesosistema

“Comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares)”. (Bronfenbrenner citado por et al., 2003)

A *nivel familiar*, estos trastornos ocasionan muchos problemas en la dinámica familiar. En relación con lo anterior, se puede decir que “cuando los miembros enfrentan problemáticas complejas que obstaculizan su desarrollo y la salud de sus integrantes, es cuando se ve comprometida su funcionalidad familiar.” (Moreno, Echevarría, Pardo & Quiñones, 2014). La cual está ligada a la percepción de apatía o pereza que los padres tienen sobre la conducta de sus hijos debido a la dificultad para cumplir con las tareas asignadas y las normas establecidas para el adecuado funcionamiento familiar; dicha percepción “está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del trastorno y con la persistencia de los síntomas”. (González, Bakker & Rubiales, 2014, p. 145)

De la misma manera, se considera que los estilos permisivos y autoritarios están asociados con la presencia de conductas negativas en los hijos e hijas, como son los problemas internalizantes, externalizantes y atencionales. En concordancia con la literatura, se ha encontrado que el estilo permisivo en madres y el estilo autoritario en padres predicen problemas de conducta externalizantes en niños y niñas, posiblemente porque ambos estilos son inefectivos debido a la dominancia, ya sea del afecto o el control en cada dimensión (Rinaldi & Howe, 2011). (González et al., 2014)

Otro efecto es la rivalidad entre hermanos, dado que estos niños requieren de más atención de sus padres, tiempo y dinero; ante lo cual algunos hermanos perciben diferencias afectivas que parten de las continuas comparaciones en el rendimiento y autonomía, para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Asimismo, el vínculo seguro se considera un importante factor protector que estabiliza al niño o niña y le permite un mejor desarrollo cognitivo y afectivo, percibiendo la relación con su padre y su madre de manera más positiva, viendo en ellos una fuente de apoyo y sostén, lo que les permitiría elaborar salidas adecuadas a las situaciones conflictivas, regulación y expresión de los afectos, así como también una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones a las que se enfrentan (García-Quiroga & Ibáñez- Fanes, 2007). (González et al., 2014, 146)

“Otro escenario de socialización de vital importancia, es el colegio, el cual contribuye a la comprensión, el aprendizaje y la expresión de creencias y valores de la sociedad,

que impactan en su desempeño académico.” (Moreno et al., 2014). A nivel escolar, dicha comorbilidad se trata de una condición permanente que “repercute de forma importante en la escolarización, siendo una de las causas principales de fracaso escolar (Johnson, 1995; Karande, 2005)”. (Álvarez et al. (s.f)) y que influye también en la autoestima del niño, permitiendo al TDAH y su comorbilidad psiquiátrica crear una discrepancia significativa entre su verdadero potencial y el rendimiento académico. (Álvarez et al. (s.f)).

En el aspecto escolar, confluyen variables como las expectativas de rendimiento escolar. Portellano (citado por Moreno, et al., 2014):

Distingue dos tipos de rendimiento académico, el rendimiento suficiente y el satisfactorio. El primero corresponde a la medición de las aptitudes pedagógicas, conocimientos escolares, por medio de las calificaciones; el segundo por su parte, corresponde a la capacidad intelectual del niño tomando como punto de referencia la relación existente entre sus capacidades intelectuales y el aprovechamiento que el niño evidencia de las mismas (Hewitt et al., 2010; Moreno, & Chauta, 2012 citado por Moreno, et al., 2014).

Teniendo en consideración lo anterior, se podría decir que el bajo rendimiento académico puede tener su explicación:

Dependiendo del momento de su aparición, se puede clasificar en primario o secundario. El primario, hace referencia a dificultades madurativas del sistema nervioso por lo que se presenta en los inicios de la escolaridad y dado que es una alteración estructural, puede persistir si no se corrige. El otro tipo de bajo rendimiento académico, el secundario, está asociado a dificultades emocionales y suele aparecer en los últimos grados de escolaridad, en donde los estudiantes adolescentes presentan cambios propios de dicha etapa fracasando en sus estudios. (Portellano, 1989 citado por Moreno, et al., 2014).

Frente a lo expuesto anteriormente, se encuentran las siguientes similitudes entre ambos trastornos, evidenciándose a su vez los síntomas que afectan el rendimiento escolar:

En el TDAH los errores se derivan de las dificultades atencionales y de la impulsividad cognitiva. En la lectura de palabras y oraciones estos niños no cometen errores porque los estímulos no superan su tiempo de atención funcional, pero en la lectura de un texto se produce una significativa frecuencia de error, similar a la del

disléxico, porque el estímulo se prolonga en el tiempo, aparece de forma lenta y el niño no es capaz de afrontar la tarea con la atención sostenida necesaria para llevarla a cabo con éxito. Se produce, además, un empobrecimiento del rendimiento con el paso del tiempo (se suma el efecto fatiga y los errores aumentan a medida que se avanza en el texto. (TDAH: dislexia: diagnóstico diferencial y tratamiento, (s.f))

Lo cual, lleva en algunos casos a presentar repitencia escolar dado que los niños no alcanzan los logros de los cursos escolares en los que se encuentran, no por no recibir una adecuada instrucción sino debido a dificultades en el lóbulo frontal (déficits inhibitorios de la conducta) y en la memoria de trabajo (esto acorde a los artículos revisados); llevando a futuro el proceso de escolarización a la problemática de la Deserción Escolar la cual “Puede entenderse como el abandono del sistema escolar por parte de los estudiantes, provocado por la combinación de factores que se generan tanto al interior del sistema como en contextos de tipo social, familiar, individual y del entorno.” (“Deserción escolar” (s.f.)) y que aqueja a la población de Niños, Niñas y Adolescentes, convirtiéndolos en un grupo poblacional vulnerable.

En relación con el *grupo de pares*, se evidencia en la literatura afectación de las relaciones sociales y de la regulación emocional, donde los niños con esta comorbilidad

Experimentan dificultades interpersonales y baja competencia social a pesar de que se esfuerzan por ser aceptados. Las causas del rechazo pueden agruparse en dos conjuntos: conductas molestas (desorganizadas, antisociales y agresivas) y características de personalidad (mal carácter, egoísta, mal compañero, prepotente, etc.), y ya en menor medida, características académicas (mal estudiante). En este sentido, la bibliografía científica indica que la etiqueta diagnóstica puede tener un impacto negativo en las relaciones con profesores y pares de niños. (Pardos, Fernández & Martín, 2009, pp. 107-108)

También observándose:

Según algunos esquemas, la dificultad para regular emociones y tolerar la frustración lleva a estos niños a reaccionar de manera desproporcionada ante distintas situaciones, y se ha demostrado que este tipo de conductas, inesperadas socialmente, aumenta el rechazo social de pares. (Pardos et al., 2009, p. 109)

Exosistema

Se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.). (Bronfenbrenner citado por et al., 2003)

Desde este sistema se pueden evidenciar discrepancias que influyen indirectamente en el abordaje de estas dificultades clínicas; las cuales desde el área escolar pueden estar relacionadas con la Política Nacional de Educación, las Políticas del Colegio (manuales de convivencia) y los Modelos Pedagógicos, dado que no todas las instituciones educativas están en disposición de realizar adaptaciones curriculares, refuerzos pedagógicos; ni todas cuentan con aula de apoyo escolar; “se olvidan que los niños con dificultades para aprender, o con desviaciones de conducta, son precisamente los que más necesitan de la acción educativa del colegio y de los padres” (Bravo, 1990, pág. 19)

También, se evidencian dificultades:

Al no tener las escuelas comunes suficiente implementación técnica y profesional para iniciar un diagnóstico de cada caso, y al no tener los maestros una formación adecuada en estas dificultades, es fácil confundir a dichos niños con “retardados mentales”, “disléxicos” “desatencionales” u otras nomenclaturas”. (Bravo, 1990, pág. 16)

Con relación a las personas cercanas a la familia (lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres) se evidencia en ocasiones el impacto que estas tienen en la percepción que la familia posee de las dificultades que presenta el niño; el cual puede ser a menudo negativo, ya que refuerzan en alguna medida las ideas irracionales, pensamientos automáticos, sentimientos de culpa o vergüenza y los estilos de crianza (autoritarios o permisivos) que se tiene sobre la base real del trastorno.

Macrosistema

se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso y exo-) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta

diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes. (Bronfenbrenner citado por et al., 2003)

Una de las principales problemáticas a nivel cultural, son los prejuicios sociales que se establecen frente a estos trastornos debido al inadecuado uso de los conceptos, “se trata de un vocabulario que es fiel reflejo de este modelo centrado en el déficit, los riesgos, la patología y sus síntomas, y con escasísimas referencias a competencias, optimismo, expectativas de futuro o relaciones significativas”. Provocando estigmas que influyen en la percepción que los niños poseen de sí mismos y las actitudes que sus padres asumen en relación con las dificultades que ellos presentan en diferentes áreas de su vida; por supuesto se crea un impacto social y escolar, ya que el rechazo hacia lo diferente y desconocido es muy marcado.

Aunque es el conocimiento parcial de las conductas asociadas al TDAH y a la Dislexia, una de las mayores dificultades en el correcto acompañamiento de los niños; encasillándoseles dentro de éstos; cuando evidencian conductas no esperadas, las cuales muchas veces están asociadas a otras problemáticas. “Esta visión sesgada puede llevar a un énfasis excesivo en el déficit y una cierta negligencia con respecto a los valores y destrezas que deberían promoverse”. (Oliva et al., 2010)

En vista de lo anterior, las investigaciones que se realizan en torno a las dificultades que los niños pueden presentar, para este caso específico Dislexia y TDAH, son de suma importancia para crear conciencia y desmentir mitos acerca de los mismos, permitiendo el análisis y establecimiento de intervenciones multidisciplinarias que faciliten el proceso de acompañamiento por parte de todos los sistemas involucrados en el desarrollo de los niños y más aún, el fortalecimiento y exaltación de las habilidades que ellos poseen y que les permitirá tener una mejor calidad de vida, contribuyendo a mejorar la comprensión del diagnóstico e intervención. “Siendo necesario estudiar los precursores tempranos de estos trastornos durante la etapa de educación infantil para desarrollar intervenciones tempranas apropiadas y poder prevenir futuros problemas”. (López, 2007)

Es de señalar también, la influencia que tienen los programas del Estado en el manejo que se da desde el sector salud, educación y participación social a este tipo de dificultades, siendo de gran relevancia en la creación de programas de intervención integrales que propendan por el bienestar de los niños y por el cambio de paradigma que cultural y socialmente se tiene de dichos trastornos.

Intervención

“La comorbilidad entre TDAH y TEA es alta e implica la necesidad de evaluar en forma rutinaria a todos los niños con una de las condiciones con el objetivo de ofrecer tratamiento para cada una de ellas.” (Martínez et al., 2009, p. 191). Por ello, es necesario realizar:

Detección temprana

Es fundamental detectar de manera temprana y ofrecer ayuda oportuna desde los primeros años escolares, haciendo hincapié en la edad del niño en el momento de intervenir, pues cuanto más joven es para iniciar la intervención (desde preescolar al primer grado), mejor es el resultado. Estableciendo la importancia de identificar las diferentes características que se hacen presentes en dichos trastornos, puesto que no todos los niños los hacen visibles de las mismas formas; por lo cual es necesaria una evaluación integral que permita esclarecer los diagnósticos diferenciales y poder en un momento determinado realizar un diagnóstico clínico preciso, que no influya de manera negativa en el desarrollo del niño.

Manejo interdisciplinar

Su objetivo es proporcionar a las personas que interactúan con los niños pautas de actuación que potencien conductas adaptativas, y a los niños estrategias y habilidades que les ayuden a regular su propia conducta. Sobresalen, por su probada utilidad, los programas de entrenamiento a padres, los programas para profesores con acomodaciones en el contexto del aula, y las intervenciones con los niños para mejorar su autorregulación cognitiva y socioemocional. (Siegenthaler, Presentación, Colomer & Miranda, 2013, pp. 85-86)

Es de resaltar, que la intervención interdisciplinar es fundamental para la detección, prevención, promoción y atención de los trastornos y de sus posibles comorbilidades, por tanto, “el tratamiento debe incluir el abordaje psicoeducativo de los padres, del niño y de su entorno, entendiendo por éste también el medio educativo y, como ya se ha mencionado, debe ser multimodal, en estrecha relación entre profesionales (médicos, psicólogos y profesores) y familiares. Con este enfoque de tratamiento, el resultado es mayor que la suma de las partes” (López et al., 2009, p. 257), permitiendo al clínico hacer un uso racional de los recursos y programar planes de tratamientos ajustados a las necesidades específicas de cada paciente”.

Acompañamiento sociofamiliar

Asesora: Paula Tatiana Ortiz

Trabajo de grado presentado para optar al título de especialista en Psicología Clínica con énfasis en Psicoterapia en niños y adolescentes

Página 15

Familia / Padres / Cuidadores

A través de la intervención con la familia “se pretende fomentar el desarrollo de habilidades parentales que promuevan interacciones positivas padre-hijo, mediante la enseñanza de estrategias para el establecimiento de normas y hábitos, y el manejo de comportamientos negativos.” (Siegenthaler, et al., 2013, p. 86). Posibilitando que los padres se den a sí mismos la oportunidad de escuchar los sentimientos de sus hijos sin emitir juicios de valor, apreciando más los esfuerzos que el resultado y reconociendo los avances que obtienen.

Por ende:

El éxito de los programas para padres está especialmente modulado por su disponibilidad para participar en las intervenciones, de manera que los resultados son menores o nulos cuando los padres no se implican en el tratamiento por conflictos laborales, estrés familiar o simplemente falta de motivación, relacionada, a veces, con la ausencia de un diagnóstico claro en el niño. (Siegenthaler et al., 2013, p. 90)

CONCLUSIONES

A través de la revisión bibliográfica y el modelo de Bronfenbrenner se puede plantear que el perfil clínico de los niños y niñas entre 6 y 12 años diagnosticados con trastorno del aprendizaje tipo Dislexia y su comorbilidad con trastorno de la conducta-TDAH se constituye desde la sintomatología particular de cada trastorno y desde la influencia de los sistemas tanto a nivel de autoimagen como de pronóstico. Por tanto, el perfil clínico es la sumatoria de la sintomatología propia del trastorno, la forma en que el niño (la manifiesta) y quienes lo rodean la asumen.

La probabilidad de comorbilidad entre dislexia y TDAH es relativamente alta, por tanto realizar una adecuada exploración inicial es más que fundamental, porque permitirá que el impacto de la intervención interdisciplinar sea mayor tanto a corto como a largo plazo.

El impacto e importancia de la intervención interdisciplinar está enmarcada por el rol que asuman los sistemas en que el niño se desenvuelve y por la asertividad con que se desarrolle, puesto que no podrán lograrse los objetivos a menos que quienes están involucrados en el proceso comprendan la relevancia de trabajar en unidad.

El diagnóstico temprano marca una gran diferencia en el impacto que el mismo tenga en el niño y con quienes él interactúa, pues gran parte de las dificultades que se presentan en cada uno de los sistemas en que se desenvuelve, surgen a raíz del desconocimiento.

La intervención interdisciplinar es un trabajo conjunto entre los profesionales de la salud y las personas que interactúan con el niño (padres, profesores, pares, vecinos, etc.)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, M., Soutullo, C., Díez, A. & Figueroa, A. (s.f). *TDAH y su comorbilidad psiquiátrica*. 107-108. Recuperado de http://www.comunidad-tdah.com/contenido/images/todosobretdah_capitulo.pdf

Ardila, A., Rosselli, M. y Matute, E. (2005). *Neuropsicología de los trastornos del aprendizaje*. México, D.F.: Manual Moderno.

Artigas, J., García, K. & Rigau, E. (s.f). Comorbilidad en el TDAH. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. Recuperado de <http://www.cnimaresme.com/publicaciones/Comorbilidad%20en%20el%20TDAH.pdf>

Artigas, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Revista de neurología*. 34 (1), 7. Recuperado de <http://www.teccim.es/1/5/Dislexia/Imagenes/ms10007.pdf>

Amar, J., Abello, R. y Acosta, C. (2003). Factores Protectores: Un Aporte Investigativo Desde La Psicología Comunitaria De La Salud. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*. 11. 107-121. Recuperado de http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/11/7_Factores%20protectores_Psicologia%20desde%20el%20Caribe_No%2011.pdf

Avila, D. (2007). ¿Qué es la comorbilidad? *Revista chilena de epilepsia*. 8 (1), 49. Rescatado de http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_a_8_n1_diciembre2007/a8_1_tr_comorbilidad.pdf

Bravo, L. (1994). Dislexias y procesamientos cognitivos. *Revista Psykhe*. 3. 15. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/viewFile/59/59>

Bravo, L. (1990). *Psicología de las dificultades del aprendizaje escolar*. Santiago: Universitaria, S.A.

Cardona, M. & Cadavid, N. (2013). Perfil Lector De Niños Con y Sin Retraso Lector en la Ciudad de Cali (Colombia). *Psicología desde el Caribe*. 30. 259. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n2/v30n2a04.pdf>

Casas, A., Fernández, A., Mulas, F., Roselló, B. & Bó, R. (2002). Procesamiento fonológico en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: ¿es eficaz el metilfenidato? *Revista de neurología*. 34, 116. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/34S1/ms10115.pdf>

Casas, G (2008). Trastornos de la Conducta en la Infancia. En Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz & Uribe. (Ed). *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. (p. 233). Bogotá: Médica Internacional Ltda.

Deserción escolar, (s.f.). Recuperado de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-82745.html>

Fernández, M., Fernández, A. & Fernández, A. (2013). Trastornos específicos del aprendizaje y trastornos por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. 1 (2), 71

García, F. (2001). Modelo Ecológico/Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. *XI Reunión Interdisciplinaria sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf

González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), p. 145. Recuperado de http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2014/03/Vol_12_n_1/articulo7.pdf

López, C. (2007). Contribuciones de la neurociencia al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo. *Revista de Neurología*, 44 (3), p. 178. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4403/x030173.pdf>

- López, M., Quintero, J., García, N., Jiménez, B., Pando, F., Varela, P., Campos, J. & Correas, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49 (5), p. 257. Recuperado de http://www.uma.es/media/files/Actualizacion_en_el_tratamiento_del_tdah_1.pdf
- Martínez, M., Henao, G. & Gómez, L. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38. 179. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615448011.pdf>
- Moreno, J., Echavarría, K., P, A. & Q, Y. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, Julio-Diciembre, 37-46. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297232756003.pdf>
- Pardos, A., Fernández, A. & Martín, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (2), pp. 107-108. Recuperado de <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2008725>
- Oliva, A. Petergal, M. Antolín, L. Reina, M. Ríos, M. Águeda, A. Pascual, D & Estévez, R. (2010). El Desarrollo Positivo Adolescente y los Activos que lo Promueven. Un Estudio en Centros Docentes Andaluces. *Junta de Andalucía. Consejería de Salud*. Recuperado de http://personal.us.es/oliva/DESARROLLO%20POSITIVO_2010_v6.pdf
- Ramírez, Y. (2012). Marcadores biológicos y conductuales de la dislexia. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*. 6 (2), p. 9. Recuperado de <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v6n2/030212.pdf>
- Sans A, López A, Colomé R, Boix C & Sanguinetti A. (2013). Trastornos del aprendizaje. Barcelona: Hospital Universitario Sant Joan de Déu. . 37-38. Recuperado de http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-169-fichero/10_curso_Trastornos%20del%20aprendizaje_anna%20sans%20fito.pdf

Servera, M. (2005). Modelo De Autorregulación De Barkley Aplicado Al Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad: Una Revisión. *Revista de neurología*. 40. 358-368. Recuperado de www.researchgate.net/...Barkley's...deficit.../0fcfd50eaefca07e8a000000....

Siegenthaler, R. Presentación, M. Colomer, C. & Miranda, A. (2013). Análisis de factores moduladores de la intervención psicosocial en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 56 (1), pp. 85-86. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/89389/59200.pdf?sequence=1>

Social and Emotional Problems Related to Dyslexia. (s.f.). The International Dyslexia Association. Recuperado de <http://dyslexicsolutions.com/wp-content/uploads/2014/08/Social-Emotional-Problems-Related-to-Dyslexia.pdf>

Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1996). *Comportamiento anormal*. México: McGraw-Hill