

Perfiles de funcionamiento comportamental en una población de niños con problemas de aprendizaje

Trabajo original

Resumen

En el marco de un programa de intervención para favorecer la escolarización de niños de poblaciones vulnerables desde un punto de vista psicosocial, donde el psiquiatra pediátrico participa activamente en un equipo conformado también por psicólogos, psicomotricistas, fonoaudiólogos y maestros especializados, se mide la asociación entre patología conductual y problemas del aprendizaje.

Se destaca la construcción de una escala de funcionamiento escolar, administrada al maestro de clase, aplicada a 4.642 niños, que confirma estadísticamente su unidimensionalidad para medir este atributo, donde los ítems académicos y comportamentales contribuyen a la escolarización y la aplicación de un protocolo de historia clínica médico-psicológica, aplicada a 334 niños seleccionados a través de la escala, que muestran la frecuencia de agrupaciones sintomáticas que deben tomarse en cuenta para que los abordajes terapéuticos sean eficientes.

Palabras clave

Escolarización
Problemas de aprendizaje
Funcionamiento vincular/comportamental

Summary

In the context of an intervention program which attempts to favour schooling for children in psycho-social vulnerable settlements, where the child psychiatrist participates actively in a team also composed by psychologists, psychomotor skills specialist, speech therapists and qualified teachers, the association between psychiatric problems and learning disabilities was assessed. Worth highlighting is the construction of a Scale of School Functioning, provided to the class teacher and applied to 4642 children (number which statistically confirms its one-dimensionality to measure this aspect), where academic and behavioural items contribute to school attendance. A Medical-Psychological History Protocol was also applied to 334 children selected through this Scale, which considers the syndromes that must be taken into account in order to device a successful therapeutic approach.

Key words

Schooling
Learning disabilities
Interpersonal/behavioral functioning

Autores

Nora Rodríguez Perrett

Médica psiquiatra de niños y adolescentes. Prof. Agda. de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Udelar.

Laura Bocos

Licenciada en Psicología. Titular del Laboratorio de Neuropsicología del Instituto de Neurología (Hospital de Clínicas, Udelar).

Laura Canessa

Médica psiquiatra de niños y adolescentes. Exasistente de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Udelar.

Ana Paula Carbajal

Médica psiquiatra de niños y adolescentes. Asistente de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Udelar.

Daniela Ferreiro

Médica psiquiatra de niños y adolescentes. Exasistente de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Udelar.

Noelia Goyeneche

Médica psiquiatra de niños y adolescentes. Exasistente de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Udelar.

Laura Mata

Médica posgrado de psiquiatría pediátrica.

Evaluación de datos estadísticos:

Melissa González

Licenciada en Estadística (monitoreo y evaluación Ministerio de Desarrollo Social).

Yanella Posente

Licenciada en Politología (monitoreo y evaluación Ministerio de Desarrollo Social).

Coordinación del Proyecto Inter-In:

Dirección de Salud Mental de ASSE

Correspondencia:
Dra. Nora Rodríguez Perrett
Hidalgos 469, Montevideo,
Uruguay (CP 11300)
alcanro@adinet.com.uy

Introducción

Una escolarización adecuada¹ es un pilar fundamental para la continuidad del desarrollo saludable de la población infantil, constituyéndose en un factor decisivo para el bienestar integral de toda la población a largo plazo.

Para cada niño, el éxito en su escolarización tiene sus raíces en:

- » la organización neuropsíquica de la primera infancia, determinada por el entrecruzamiento de factores biológicos, genéticos y no genéticos, y psicosociales intervencionales;
- » la continua interrelación de dichos factores durante todo el proceso de desarrollo; y
- » las respuestas que ofrezca la comunidad y, especialmente, las instituciones responsables de la educación y la salud para favorecer estos procesos fundamentales.

La perspectiva del desarrollo asume que la conformación neuropsíquica del individuo a lo largo de su vida es una construcción que obedece a la interrelación de dos determinismos, el biológico y el vincular/cultural, de forma que cada persona es una síntesis única de tendencias innatas y oportunidades sociales.^{2,4} Debe considerarse que la unicidad del funcionamiento psíquico, que parece evidente en la salud, se fractura y muestra la presencia de subsistemas interrelacionados en la patología, de forma que es posible observar diferentes perfiles de funcionamiento cognitivo y vincular, con fortalezas y debilidades, más que funcionamientos globalmente descendidos, si se escudriña con meticulosidad en los abordajes de evaluación diagnóstica.^{2, 3, 5}

Desde hace años se conoce la importante comorbilidad que existe entre los problemas del aprendizaje y diferentes perfiles de funcionamiento vincular y comportamental.^{3,6} A nivel internacional, los investigadores insisten en la necesidad de la evaluación conjunta de las habilidades instrumentales (inteligencia, funciones ejecutivas, habilidades visuoespaciales y constructivas, lenguaje oral y escrito, habilidades matemáticas) y el comportamiento

de aquellos niños que no logran una adecuada escolarización.^{2, 3}

A nivel nacional, el primer estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos, publicado por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica en el año 2008, confirma que hay una frecuente asociación comórbida entre problemas emocionales y comportamentales y problemas de aprendizaje (37 %), contra un 12 % en niños sin problemas de aprendizaje. A su vez, objetiva claramente la asociación entre la repetición escolar y variables vinculadas al contexto sociocultural.⁷

Más allá de la valiosa impresión clínica inicial del técnico con experiencia en estas dificultades, se recomienda una evaluación interdisciplinaria inicial que tome en cuenta todas las variables, para reconocer perfiles de funcionamiento cognitivo y del comportamiento, y diseñar estrategias multimodales de abordaje terapéutico. Se parte de la base de que una alteración instrumental pura, sin asociaciones comórbidas que afecten alguna otra habilidad o el funcionamiento adaptativo, será la excepción y no la regla.³

Los nuevos enfoques de abordaje diagnóstico y terapéutico subrayan la importancia de la prevención y la detección precoz para soluciones más eficientes.^{3,7}

Siguiendo estas consideraciones, cualquier dispositivo que intente favorecer la escolarización deberá tomar en cuenta los funcionamientos cognitivo y social adaptativo imprescindibles para que el niño se integre a los aprendizajes escolares,^{2,4} y formar parte de un sistema de respuesta escalonada, donde se haga énfasis en la prevención, la detección precoz y el abordaje oportuno.⁶

Naturaleza, fundamentos y objetivos del estudio

El estudio que se presenta se realizó en el marco del Proyecto Inter-In, un programa intersectorial e interdisciplinario^{1, 8-10} creado para favorecer la escolarización y abordar

sus dificultades en poblaciones vulnerables desde el punto de vista social, considerando los aspectos cognitivos y comportamentales —y su compleja interacción— de manera integrada, donde se conjugan acciones interdisciplinarias de promoción, prevención y abordaje terapéutico. Dicho dispositivo, ubicado en la interfase salud/educación, está integrado por psicomotricistas, fonoaudiólogos, maestros, psicopedagogos, operadores sociales, psicólogos y psiquiatras pediátricos, quienes modifican su práctica para enriquecerse del funcionamiento interdisciplinario y de la cercanía con el contexto escolar, a la vez que aportan la mirada específica de su disciplina.

Contribuir a la escolarización implica tomar en cuenta los aprendizajes académicos y sociales.^{2,4,6} Para lograr el objetivo, se hizo imprescindible definir un paradigma de abordaje que considerara la complejidad de los factores en juego, tomando en cuenta aspectos individuales, familiares, sociales y educativos.

El marco de la neuropsicología del desarrollo^{2,11-14} da cuenta de las transformaciones que tienen lugar en un sujeto en función de aspectos genéticos y culturales. Reconoce la necesidad de una organización neuropsíquica cuyo sustento estructural y funcional es biológico, y depende de la estructura y el funcionamiento cerebral, pero jerarquiza el concepto de epigénesis, es decir, cómo estructuras y funciones son moldeadas por la experiencia y la cultura a través de vínculos significativos que dan sentido a un mundo de representaciones compartidas.^{4,15} Vínculos que son primeramente los del núcleo de crianza inicial, y que luego serán los que la escuela habilita a través del encuentro con el docente y los pares.¹⁵ De esta forma, se hace pertinente el abordaje interdisciplinario que tome en cuenta aspectos biológicos, vinculares, instrumentales, familiares y sociales.

Siguiendo esa perspectiva, el Proyecto Inter-In crea cinco equipos interdisciplinarios conformados por psiquiatra pediátrico,

psicólogos especializados en neuropsicología, psicomotricista, fonoaudiólogo, maestros y operador social, con un enclave territorial, que instrumentan acciones promocionales y preventivas en escuelas de su entorno próximo, y abordajes individuales o en pequeños grupos dentro de centros debidamente equipados. Se trabaja específicamente con la población de niveles 4 y 5 de preescolar, y primero y segundo año de escuela.¹

Luego de la aplicación de un tamizaje inicial al universo de la población objetivo, y del análisis de sus resultados, se inicia el trabajo en los objetivos específicos del proyecto.

Los equipos se incorporan a la cotidianidad de las escuelas de referencia. Realizan tareas preventivas y seleccionan a aquellos niños que requieren abordajes terapéuticos interdisciplinarios. Implementan talleres de trabajo directo con los niños en los aspectos del desarrollo que se consideran relevantes para el logro de los aprendizajes escolares, refrendados por los resultados del tamizaje realizado.

El taller, como herramienta, tiene carácter preventivo, al apoyar la detección temprana de situaciones que ameriten otros abordajes. Se incluyen maestros y padres, de modo que puedan continuar y complementar dicho trabajo en el aula y el hogar.

Entre las temáticas propuestas se destacan temas vinculados al desarrollo social, psicomotriz y lingüístico, así como otros contenidos que los maestros, familiares o integrantes de cada equipo evalúen pertinentes. El lineamiento general es habilitar la autonomía, un apropiado funcionamiento intervincular, y la organización de las funciones de alta integración cortical a través de la estimulación del juego simbólico, el dibujo y el lenguaje. Asimismo, se crean instrumentos de abordaje preventivo más específico, para favorecer, por ejemplo, la conciencia fonológica (prerrequisito necesario para la adquisición de la lectoescritura)^{13,14,16} o las habilidades gnoso-práxicas (prerrequisito que favorece la adquisición de habilidades matemáticas, entre otras).^{2,4}

La meta de un trabajo poblacional, promocional y preventivo es generar un efecto multiplicador. Es un enorme desafío, porque si bien se reconoce la importancia de la interdisciplina y de los niveles de atención en salud, es necesaria una práctica que consolide ese cambio de paradigma. No se trata de elegir entre niveles de atención primarios o secundarios, sino de *aprender a pensar en algoritmos de evaluación, diagnóstico y abordajes terapéuticos enmarcados en sistemas de referencia y contrarreferencia, desde donde abordar las dificultades de forma sistematizada*.

En esos centros debidamente equipados, cercanos a los ámbitos escolares, se pone en funcionamiento un espacio terapéutico interdisciplinario que brinda atención integral a aquellos niños que presenten un perfil que no pueda ser mejorado con acciones educativas abarcativas, sino que requiera predominantemente de una intervención focalizada en el niño y su entorno familiar. Se establece un algoritmo diagnóstico y terapéutico interdisciplinario que comienza con la selección de esos niños.

En este marco, se hace necesario definir los perfiles comportamentales más frecuentes en las dificultades en la escolarización, que deberán ser tomados en cuenta para su abordaje integral, en conjunto con los abordajes instrumentales y familiares.

Objetivos

Conocer la comorbilidad con perfiles de disfunción comportamental en la población de niños con dificultades de aprendizaje que acceden a los Centros Inter-In, para tomar en cuenta esta variable en el abordaje terapéutico integral.

Metodología

En el primer año de implementación del proyecto (2009), los cinco equipos realizaron un tamizaje¹⁷ para definir las características

de la población, aplicado al universo de la población objetivo. Se seleccionaron pruebas neuropsicológicas y se diseñó una escala de funcionamiento escolar, que tomaba en cuenta aspectos comportamentales y cognitivos.

Para aquellos niños que ingresaban en el algoritmo de intervención individual se realizó un protocolo de historia clínica médico-psicológica que permitió conocer el perfil de la población atendida.

Para definir el objetivo propuesto en este trabajo se utilizó los instrumentos que se describe a continuación.

1. Escala de funcionamiento escolar (Dra. Nora Rodríguez)

La escala de funcionamiento escolar está compuesta por 10 ítems binarios que refieren a habilidades que el niño manifiesta en el ámbito escolar. El maestro encuestado debe responder si cada ítem es adecuado o no, otorgándose los siguientes puntajes: sí (0), no (1).

Los ítems consideran diversos aspectos que, según estudios ya referidos, se pondrían en juego en la escolarización, evaluando comportamiento y aprendizajes (anexo 1). Se busca un funcionamiento preponderante, no el mejor ni el peor día de cada niño, sino cómo se desempeña habitualmente en cada área evaluada.

El puntaje final —calculado como la suma de los ítems respondidos— toma valores en el rango [0-10] y tiene la siguiente interpretación: el funcionamiento escolar de un niño es menos adecuado cuanto mayor puntaje obtenga en la escala.

Se verifica que las propiedades internas de la escala son adecuadas en tanto posee una precisión aceptable (medida por el alfa de Cronbach) y mide lo que se pretende medir (validez de constructo factorial).

Propiedades internas de la escala

Para un total de 4.642 aplicaciones, la escala computó un nivel de consistencia

interna —medido por el coeficiente alfa de Cronbach— aceptable: 0,95 utilizando la matriz de correlaciones tetracóricas entre ítems (0,87 calculado sobre la base de la matriz de correlaciones de Pearson).

Se realiza el análisis de ítems. Se verifica —calculando el coeficiente alfa al quitar cada ítem de la escala— que todos contribuyen a la fiabilidad del instrumento (cuadro 1). Se destaca que la distribución de los puntajes se concentra en los valores más bajos y por lo tanto discrimina al grupo de niños con un desarrollo descendido del atributo de aquellos con desarrollo normal.

Se realiza un análisis factorial exploratorio por ejes principales de segundo orden. El modelo explica el 74 % de la variabilidad de la escala. Los ítems, cuyas comunalidades valen

de 0,57 a 0,87, quedan bien representados por el modelo de dos factores.

Al analizar la solución inicial se corrobora, por un lado, la unidimensionalidad de la escala para medir el atributo *funcionamiento escolar*, ya que se confirma que todos los ítems se asocian significativamente y contribuyen al puntaje total de la escala. Por otro, el segundo factor distingue dos grupos de ítems: el primero —vinculado al desempeño escolar de los niños— se compone de las preguntas «hábitos de autonomía», «comunicación», «adquisición de lectoescritura» y «adquisición de habilidades matemáticas»; y el segundo —asociado al desempeño vincular del niño— está compuesto por «regulación del movimiento», «regulación del humor» y «vínculo con pares».

Los factores rotados se identifican con cada uno de los grupos mencionados en el párrafo

Cuadro 1. Análisis de fiabilidad de escala de funcionamiento escolar

Alfa de Cronbach estandarizado: 0,95	Alfa de Cronbach quitando el ítem
1. Hábitos de autonomía	0,9381
2. Hábitos de higiene	0,9377
3. Regulación del movimiento	0,9415
4. Regulación del humor	0,9414
5. Vínculo con pares	0,9395
6. Comunicación	0,9399
7. Dibujo	0,9403
8. Capacidad para organizarse en clase	0,9352
9. Adquisición de lectoescritura	0,9376
10. Adquisición de habilidades lógico-matemáticas	0,9384

Cuadro 2. Análisis de fiabilidad de escala de funcionamiento escolar

	Solución inicial		Solución rotada		Comunalidad
	PA1	PA2	PA1	PA2	
1. Hábitos de autonomía	0,81	-0,19	0,74	0,39	0,7
2. Hábitos de higiene	0,81		0,62	0,53	0,66
3. Regulación del movimiento	0,76	0,47	0,27	0,85	0,8
4. Regulación del humor	0,77	0,53	0,24	0,9	0,87
5. Vínculo con pares	0,78	0,22	0,44	0,67	0,65
6. Comunicación	0,79	-0,35	0,82	0,25	0,74
7. Dibujo	0,76		0,58	0,48	0,57
8. Capacidad para organizarse en clase	0,87	0,1	0,6	0,65	0,77
9. Adquisición de lectoescritura	0,84	-0,35	0,87	0,28	0,83
10. Adquisición de habilidades lógico-matemáticas	0,82	-0,35	0,85	0,27	0,8

anterior, más tres ítems que se asocian con ambas dimensiones: «capacidad para organizarse», «hábitos de higiene» y, con un peso menor, «dibujo» (cuadro 2).

Se corrobora la unidimensionalidad de la escala para medir el atributo «funcionamiento escolar», ya que se confirma que todos los ítems se asocian significativamente y contribuyen al puntaje total de la escala. Asimismo, como resultado del análisis factorial exploratorio, se identifican dos dimensiones que componen el atributo que pretende medir este instrumento («funcionamiento escolar»):

Desempeño académico, definido por «hábitos de autonomía», «comunicación», «adquisición de lectoescritura», «adquisición de habilidades matemáticas», y

desempeño social, medido por los ítems «regulación del movimiento», «regulación del humor» y «vínculo con pares».

El ítem «capacidad para organizarse» contribuye a la consistencia interna de la escala y se asocia con ambas dimensiones descritas. Lo mismo sucede con «hábitos de higiene» y «dibujo» que, con un peso menor, se asocian con las dos dimensiones.

2. Protocolo de historia clínica médico-psicológica

La evaluación diagnóstica realizada en el Centro, previa a la intervención, es un algoritmo interdisciplinario aplicado al niño y sus referentes primarios para llegar a un diagnóstico operativo y una estrategia terapéutica interdisciplinaria.

En toda ruta a establecer la primera intervención es la entrevista médico-psicológica con el niño y la familia. En esta primera entrevista, se definen también las consultas con otros especialistas y la solicitud de exámenes complementarios si fuese necesario.

La entrevista médico-psicológica ha sido protocolizada para lograr realizar un análisis del perfil de la población atendida. Incluye una grilla, diseñada por el equipo de coordinación de ASSE, para consignar la presencia

frecuente de determinados comportamientos (síntomas) que se consideran inadecuados para la edad del desarrollo y que inciden en el funcionamiento adaptativo de estos niños.

El técnico debe marcar si estos comportamientos, referidos por el niño y/o su referente adulto, están presentes y en qué grado. Las definiciones de los comportamientos fueron consensuadas entre los técnicos especialistas pertenecientes al programa. Se espera que sean una síntesis de sus observaciones e indagaciones durante la entrevista, y que el llenado de la grilla se haga después de esta.

Los síntomas pueden asociarse y definir agrupaciones sintomáticas (síndromes) que nos orientan a la presencia de determinadas configuraciones comportamentales: «inhabilidades cognitivas», «conductas disruptivas», «manifestaciones de ansiedad», «elementos depresivos», «conflictos con la realidad», «alteraciones en las conductas basales» (anexo II). Se prefirió trabajar poblacionalmente sobre síntomas y agrupamientos y no sobre diagnósticos, conscientes de que cada síntoma o síndrome puede verse en diferentes patologías. El abordaje diagnóstico se realizó para cada niño, de forma de generar estrategias a medida.

Para la ponderación de los agrupamientos sintomáticos, se asigna a cada síntoma un valor en función de si está presentes o no y, si lo está, en qué grado: «nunca» vale 0, «a veces» vale 1 y «frecuentemente», 2, y se calcula el puntaje como la suma de síntomas.

La Unidad de Monitoreo realizó un análisis de fiabilidad de las agrupaciones sintomáticas sugeridas que, en general, resultó satisfactoria.

Los agrupamientos definidos presentan niveles de confiabilidad aceptable (α Cronbach > 0,70), excepto en el caso de «inhabilidades cognitivas» (tabla 1).

Resultados

Escala de funcionamiento escolar
(Dra. Nora Rodríguez)

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para los puntajes de cada agrupamiento sintomático en niños de primaria

	Media	Mediana	Desviación típica	Máximo	α -Cronbach
Hiperquinesia	5,0	5,0	3,3	10	0.88
Conductual	5,4	4,0	4,9	20	0.91
Inhabilidades cognitivas	1,3	1,0	1,3	4	0.61
Manifestaciones de ansiedad	3,0	2,5	2,7	12	0.81
Elementos depresivos	3,8	3,0	3,5	16	0.91
Conflictos con la realidad	,5	,0	1,4	10	0.95
Alteraciones en la alimentación	,6	,0	1,3	6	0.83
Alteraciones en el sueño	1,0	,0	1,7	8	0.81

Fuente: Entrevista de ingreso, niños atendidos en 2011.

Tabla 2. Distribución de los puntajes finales de escala de funcionamiento escolar

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	1764	38,0
1	511	11,0
2	421	9,1
3	389	8,4
4	366	7,9
5	291	6,3
6	286	6,2
7	220	4,7
8	149	3,2
9	113	2,4
10	132	2,8
Total	4642	100,0

Fuente: Tamizaje 2009 en las 28 escuelas vinculadas a los centros Inter-In.

En la tabla 2 se presenta la distribución de los puntajes (suma de ítems) en el tamizaje realizado en el año 2009. Esta es asimétrica y se concentra en los puntajes mejores: casi el 40 % de los niños obtiene un puntaje igual a 0.

Se halla una proporción menor (2,8 %) de niños con puntaje igual a 10, los cuales están evaluados negativamente en todos los aspectos que releva este instrumento.

En la tabla 3, se observa el porcentaje de niños con evaluación negativa de cada uno de los ítems relevados, según el grado. En el gráfico 1, se describe el porcentaje de niños con evaluación negativa de cada ítem de la escala de funcionamiento escolar según sexo.

Se analiza las respuestas según los antecedentes escolares del niño y se encuentra una fuerte asociación entre los resultados de la escala de funcionamiento escolar y las calificaciones posteriores del maestro en el año, tanto en la sumatoria de ítems como en la valoración individual de cada ítem.

Tabla 3. Porcentaje de niños con evaluación negativa en cada ítem por grado

	Nivel 4	Nivel 5	Primero	Segundo	Total
1. Hábitos de autonomía	19,6	13,4	37,3	29,6	26,6
2. Hábitos de higiene	9,2	7,7	16,9	15,7	13,1
3. Regulación del movimiento	25,1	23,4	30,4	28,7	27,4
4. Regulación del humor	20,0	15,0	22,9	23,9	20,9
5. Vínculo con pares	19,3	16,8	21,4	24,0	20,7
6. Comunicación	33,8	23,1	37,8	33,3	32,6
7. Dibujo	15,6	12,6	17,9	13,6	15,1
8. Capacidad para organizarse en clase	30,8	26,8	43,4	39,2	36,3
9. Adquisición de lectoescritura Escritura	34,0	29,5	39,9	32,4	34,4
10. Adquisición de habilidades lógico-matemáticas	34,3	29,7	42,5	36,8	36,6

Fuente: Tamizaje 2009 en las 28 escuelas vinculadas a los centros Inter-In.

Gráfico 1. Porcentaje de niños con evaluación negativa en cada ítem por sexo

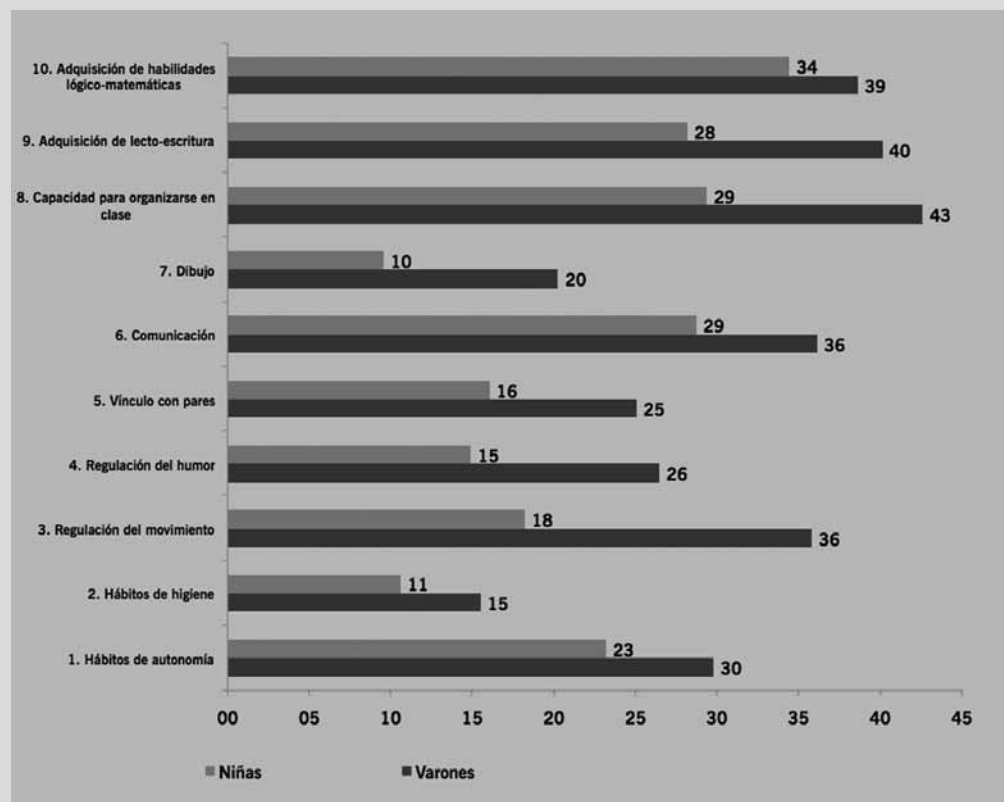


Tabla 4. Porcentaje de niños con evaluación negativa en cada ítem de la escala según antecedentes escolares

	Nota de aplicación			Nota de conducta			Repetió alguna vez		
	Sufic.	Insufic.	No corresp.*	Sufic.	Insufic.	No corresp.*	Si	No	No corresp.
1. Hábitos de autonomía	8,3	52,5	16,2	27,7	50,8	16,2	42,0	29,9	16,1
2. Hábitos de higiene	4,0	25,7	8,4	11,9	30,7	8,4	26,9	12,6	8,3
3. Regulación del movimiento	13,8	40,7	24,2	16,4	76,0	24,2	41,4	24,2	24,0
4. Regulación del humor	10,5	32,4	17,3	12,9	60,6	17,3	36,3	17,3	17,2
5. Vínculo con pares	9,7	31,7	17,9	14,5	50,5	17,9	36,3	16,9	17,9
6. Comunicación	12,7	52,7	27,9	31,8	45,3	27,9	48,5	30,3	27,9
7. Dibujo	4,8	23,5	14,0	10,5	32,7	14,0	22,0	12,9	13,8
8. Capacidad para organizarse en clase	12,7	64,0	28,6	32,2	73,3	28,6	51,3	36,7	28,5
9. Adquisición de lectoescritura	5,1	60,3	31,6	30,0	55,0	31,6	52,8	29,5	31,6
10. Adquisición de habilidades llogemáticas	8,5	64,3	31,8	34,4	55,6	31,8	53,7	33,8	31,7

* Alumnos de nivel preescolar // Fuente: Tamizaje 2009 en las 28 escuelas vinculadas a los centros Inter-In

* El extremo inferior de la caja marca el primer cuartil de la distribución; el extremo superior, el tercer cuartil. La línea en negrita señala la mediana o segundo cuartil de la distribución. El extremo inferior del bigote se corresponde con el límite inferior y el extremo superior, con el límite superior.

Como muestra la tabla 4, los niños con nota de aplicación y conducta insuficiente presentan peores percepciones del maestro en cada ítem, en comparación con los que recibieron nota suficiente.

A través de diagramas de caja (gráfico 2) se compara la distribución del puntaje global de la escala de funcionamiento escolar en los siguientes grupos:

- niños con antecedentes de repetición y niños sin esos antecedentes,
- niños con nota de aplicación suficiente y niños con nota de aplicación no suficiente, y
- niños con nota de conducta suficiente y niños con nota de conducta insuficiente.

Analizando los diagramas de caja* se ve cómo los puntajes promedio difieren en los diferentes grupos.

Se concluye al observar estos resultados que los niños que obtienen en la escala un puntaje total igual o mayor a cuatro presentan una dificultad que pone en riesgo su escolarización.

Datos relevados en la entrevista médico-psicológica

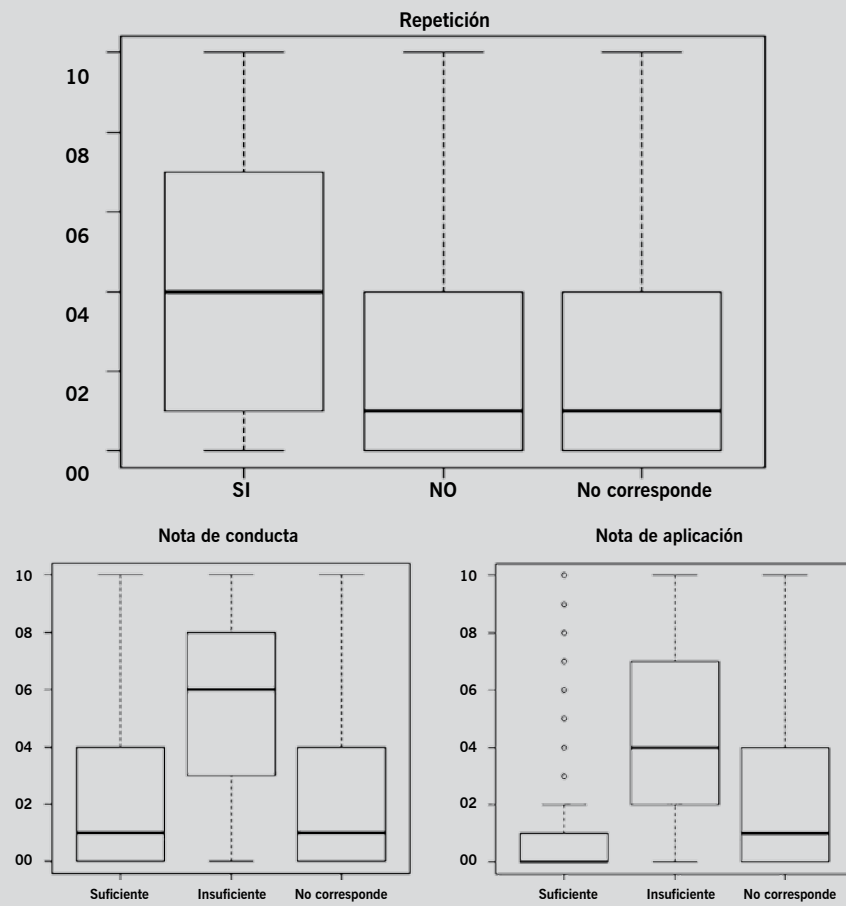
Se presenta la información relevada en la entrevista médico-psicológica sobre los niños atendidos en 2011 en los centros Inter-In, según los datos recabados a un familiar referente. Corresponde a 334 niños.

Distribución por sexo y edad de los niños atendidos

La población atendida es predominantemente masculina (67 %) y tiene entre 4 y 11 años de edad. Esta proporción coincide con la descrita en numerosos trabajos de investigación internacionales con respecto a la frecuencia de los problemas de aprendizaje y conducta según el género. (3)(6) (gráfico 3).

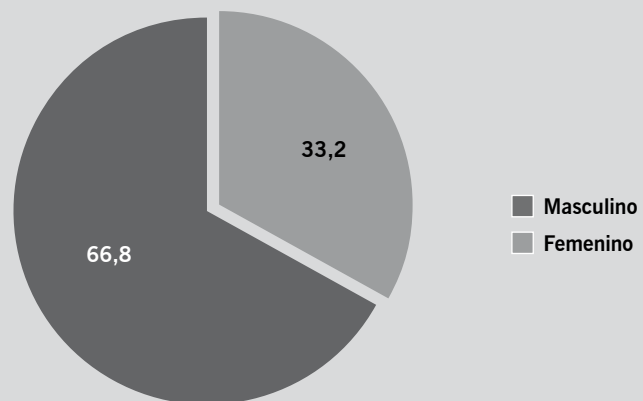
A continuación se exponen los puntajes de la escala de funcionamiento escolar que obtu-

Gráfico 2. Puntajes de escala de funcionamiento escolar según repetición y calificaciones en aplicación y conducta



* La categoría «No corresponde» refiere a los alumnos de nivel preescolar.
Fuente: Tamizaje 2009 en las 28 escuelas vinculadas a los centros Inter-In.

Gráfico 3. Distribución por sexo de los niños atendidos



vieron los niños seleccionados para atención individual o en pequeños grupos. En el gráfico 4, se observa que la distribución se concentra en puntajes altos (mayores a 4) —situación inversa a lo encontrado en la población total evaluada en el tamizaje—, lo que indica una focalización en niños con problemas en su escolarización.

Evaluación clínica del comportamiento

Las conductas que, según el adulto referente, se presentaron en forma frecuente (más del 20 % de los niños) se describen en la tabla 5.

Estas conductas se asocian en los siguientes agrupamientos sintomáticos: elementos depresivos, conductas disruptivas (discriminadas en hiperquinesia y elementos conductuales), manifestaciones de ansiedad e inhabilidades cognitivas, definidos cuando están presentes en forma frecuente por los menos dos de los síntomas correspondientes.

Así definidos, se obtienen los valores descritos en el gráfico 5 para los niños de primero y segundo grado.

A continuación se analiza la asociación entre los puntajes de las agrupaciones sintomáticas a través de correlaciones de Pearson (r) (tabla 6) y se encuentra que:

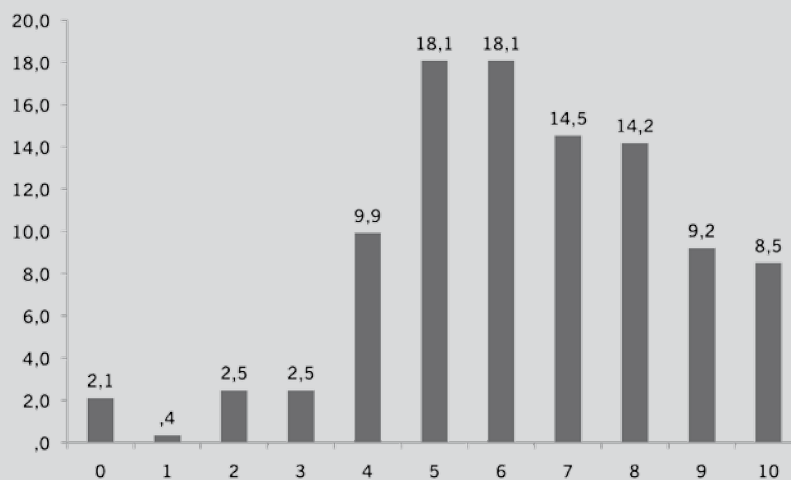
Los síndromes «hiperquinético» y «conductual» —ambos implican conductas disruptivas— son los que correlacionan más ($r=0,68$). El síndrome «hiperquinético» presenta una asociación leve con compromiso de las «habilidades cognitivas» ($r=0,27$), y tanto el

Tabla 5. Síntomas frecuentes

	%
Distractibilidad	45,0
Inquietud	40,4
Baja tolerancia a las frustraciones	39,7
Tristeza o irritabilidad	32,6
Impulsividad	30,9
Dificultades para organizarse	30,5
Dificultades para expresarse oralmente	30,5
Dificultad para aceptar normas	27,0
Miedos	25,2
Caprichos	24,8
Sentimientos de minusvalía	22,3
Inhibición	22,0
Llanto frecuente	19,9

Fuente: Entrevista de ingreso, niños atendidos en 2011.

Gráfico 4. Puntaje en la escala de adaptación institucional



Fuente: Niños atendidos en 2011 con entrevista de ingreso, formulario 1.

Gráfico 5. Presencia de agrupamientos sintomáticos. Porcentaje de niños en primaria con al menos dos síntomas frecuentemente

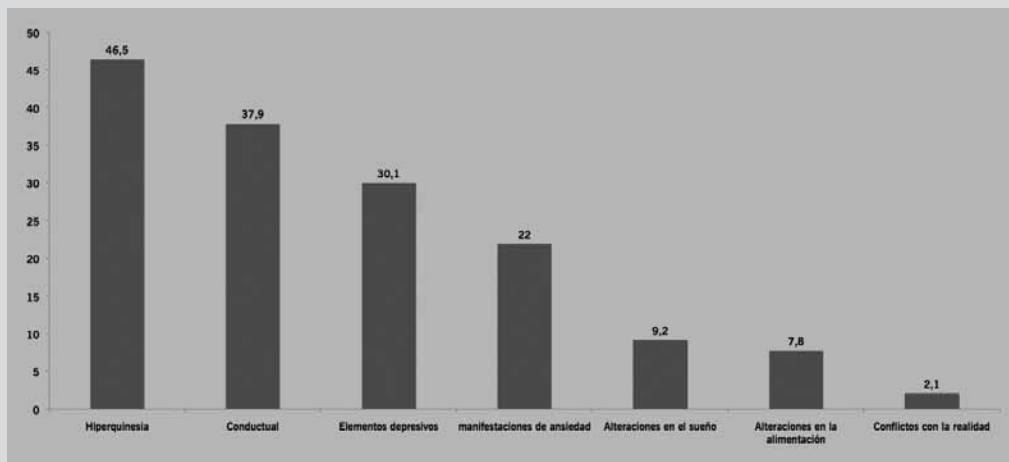


Tabla 6. Matriz de correlaciones entre los puntajes de las agrupaciones sintomáticas

	Hiperquinético	Conductual	Habilidades cognitivas	Manifestaciones de ansiedad	Elementos depresivos	Conflictos con la realidad	Alteraciones en la alimentación	Alteraciones en el sueño
Hiperquinético	1	,682	,277	-,065	,305	,173	,057	,362
Conductual	,682	1	,130	-,030	,350	,120	,128	,300
Habilidades cognitivas	,277	,130	1	,249	,063	,303	,003	,138
Manifestaciones de ansiedad	-,065	-,030	,249	1	,223	,175	,111	,271
Elementos depresivos	,305	,350	,063	,223	1	,123	,080	,296
Conflictos con la realidad	,173	,120	,303	,175	,123	1	,269	,424
Alteraciones en la alimentación	,057	,128	,003	,111	,080	,269	1	,242
Alteraciones en el sueño	,362	,300	,138	,271	,296	,424	,242	1

Fuente: Entrevista de ingreso, niños atendidos en 2011.

síndrome hiperquinético como el conductual se asocian con elementos depresivos y alteraciones del sueño (aproximadamente $r=0.30$). «Elementos depresivos» se asocia además con «alteraciones del sueño» ($r=0.296$), y este último, con «conflictos con la realidad» ($r=0.42$).

Indagando acerca de cuáles son los síntomas que más contribuyen a las asociaciones descritas, se encontró que:

En la asociación entre los síndromes «hiperquinético» y «compromiso de las habilidades cognitivas»:

el síntoma «torpeza en sus movimientos» tiene mayor incidencia que las «dificultades para expresarse oralmente» y el síntoma de la agrupación sindromática «hiperquinesia» que más contribuye a la correlación con «habilidades cognitivas» es «dificultades para organizarse».

Destacamos que estas correlaciones, basadas en las observaciones de los referentes, coinciden con los datos epidemiológicos internacionales, donde se describe una comorbilidad importante entre el síndrome hiperquinético y las inhabilidades cognitivas (dificultades psicomotrices y/o lingüísticas), atravesadas a su vez por la disfunción ejecutiva, cuyo síntoma prínceps es la dificultad para organizarse.^{2, 3, 6}

Discusión

Los datos recabados confirman la influencia conjunta de factores cognitivos y conductuales en la escolarización de la población valorada, en la medida en que a través del análisis estadístico se subraya que cada uno de los ítems de la escala, donde se toma en cuenta el funcionamiento social y el funcionamiento académico, contribuye a la escolarización.

Se jerarquiza que la escala no mide exclusivamente el nivel cognitivo del niño, por lo cual un puntaje alto no puede interpretarse como un equivalente a deficiencia intelectual.

Por el contrario, abarca un abanico de ítems que dependen no solo del potencial del niño sino de cómo el ambiente ha facilitado su inserción en el contexto de la escuela.

Destacamos la «capacidad para organizarse» como ítem que se vincula tanto con los funcionamientos cognitivos como con los comportamentales. Dicho ítem alude globalmente a los conceptos de funciones ejecutivas y regulación emocional desde un punto de vista neuropsicológico. Según las descripciones clásicas, para Benson y Stuss las «funciones ejecutivas» son una «compleja cadena de operaciones mentales encargadas de establecer metas, organizar simultáneamente y secuencialmente, iniciar, monitorear, modificar flexiblemente y supervisar de manera consciente y dirigida la actividad cognoscitiva».^{2, 3, 6, 18, 19} Estas funciones están especialmente comprometidas en aquellos cuadros conductuales caracterizados por la hiperactividad y la distractibilidad,^{2-4, 6} que, a su vez, se muestran como los comportamientos inapropiados más frecuentemente consignados.

Consideramos fundamental que las acciones educativas tomen en cuenta este marco, buscando estrategias para construir dichas funciones y facilitar así la escolarización. Jerarquizamos una propuesta integradora que justifica el abordaje interdisciplinario. Creemos que este es un aspecto a tener en cuenta al pensar nuevas prácticas y definir formas de intervención, ya que esta variable se vincula con la motivación, la creatividad y la autonomía del funcionamiento. Mejorarlas implica lograr que los niños disfruten del aprendizaje y que sean ellos quienes accedan a la información participando de forma proactiva. Estos objetivos, según nuevos paradigmas educativos, se logran a través de estrategias intervencionales, donde la escuela, en el marco de la interacción con el maestro y los pares, tiene mucho que aportar.^{4, 15, 18}

Una de las innovaciones del Proyecto Inter-In ha sido la inclusión del médico psiquiatra pediátrico en el equipo interdisciplinario. Se vincula con nuestra concepción inicial,

confirmada por el tamizaje, especialmente a través de la escala de funcionamiento escolar, y por los datos relevados en la entrevista médico-psicológica, de que la escolarización involucra no solo componentes académicos sino comportamentales, de igual peso, especialmente vinculados a la autorregulación, de manera que disponer de un equipo de salud mental con psiquiatra, psicólogo y trabajador social tiene muchas ventajas.

El psiquiatra funciona como referente médico y contacto con la pediatría y las especialidades pediátricas en el momento en que lo entiende pertinente (dentro de la red asistencial de ASSE), y a su vez tiene un lugar específico en el trabajo terapéutico con los niños y sus familias, a través de intervenciones diagnósticas, psicoeducativas, psicoterapéuticas y psicofarmacológicas, si lo considera necesario.

No todos los técnicos estaban acostumbrados a realizar entrevistas en forma conjunta con técnicos de disciplinas afines, ni con niño y referentes al mismo tiempo. Consideramos que esta modalidad ha enriquecido el encuentro interdisciplinario, generando, asimismo, la flexibilización de perspectivas.

Una de las apuestas del proyecto es intervenir sobre niños que tienen un *décalage* instru-

mental, es decir, dificultades en su desarrollo psicomotor y/o lingüístico, o en sus funciones ejecutivas, en el marco de una capacidad adaptativa preservada. El objetivo es que nuestra intervención permita una mejoría de esas dificultades y se evite su transformación en un obstáculo para las adquisiciones académicas, que luego lleva a un funcionamiento globalmente descendido y a la exclusión del sistema educativo.^{2, 20}

Conclusiones

Se confirma la presencia frecuente de problemas afectivo-vinculares y comportamentales en una población de niños con problemas de aprendizaje, especialmente la asociación de variables que se vinculan con la capacidad para organizarse, y la autorregulación, en términos de Barkley,⁶ que inciden de forma estructural en los aprendizajes académicos y sociales.

Una intervención eficiente será aquella que considere los aspectos cognitivos y comportamentales para mejorar el proceso de escolarización del niño, en conjunto con el abordaje de las situaciones familiares y sociales. El



diálogo permanente con el maestro de aula, que facilita la comprensión de la situación y la implementación de intervenciones educativas a la medida de estos niños, es una variable fundamental, posible gracias a que se prioriza una fluida comunicación con la escuela y a la cercanía geográfica del Centro con estas (cuadro 3).^{4, 15}

El reconocimiento de distintos perfiles de funcionamiento genera la necesidad de un abordaje que integre aspectos comportamentales, y estrategias específicas en función de habilidades y vulnerabilidades cognitivas.

Una línea de trabajo imprescindible es fortalecer a las familias, por lo cual es necesaria una amplia red de sostén y abordajes múltiples.

Consideramos que las políticas educativas que implican mayor tiempo pedagógico para los alumnos, a través de distintos formatos escolares, y el fortalecimiento de los vínculos de la escuela con los referentes adultos contribuyen al logro de trayectorias escolares continuas y exitosas. La extensión del horario de contacto educativo y vincular junto con un acompañamiento más participativo de las distintas etapas del desarrollo del niño en la escuela, por parte de las familias, son factores que inciden positivamente para el logro de su escolarización en todos los aspectos.

Referencias bibliográficas

1. Administración Nacional de Educación Pública/Consejo de Educación Inicial y Primaria, Administración de los Servicios de Salud de Estado, Instituto del Niño y Adolescente Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social. Proyecto intersectorial de atención para el desarrollo y el aprendizaje, la promoción de derechos y el fortalecimiento de las instituciones educativas. Montevideo; 2008, p. 4.
2. **Rosselli M, Ardila A, Pineda D, Lopera F.** Neuropsicología del desarrollo infantil, 2.^a ed. Medellín: Prensa Creativa; 1991.
3. **Rutter M, Bishop D, Pine D.** Rutter's child and adolescent psychiatry, 5th ed. Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2008.
4. **Blakemore S, Frith U.** Cómo aprende el cerebro. Las claves para la educación, 1.^a ed. Barcelona: Editorial Ariel; 2007.
5. **Karmiloff-Smith A.** Más allá de la modularidad. La ciencia cognitiva desde la perspectiva del desarrollo. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
6. **Brown T.** Comorbilidades del TDAH. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos, 2.^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010.
7. **Viola L, Garrido G, Varela A.** Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos. Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República; 2008.
8. INFAMILIA-Ministerio de Desarrollo Social. Modelo de gestión territorial de políticas de infancia y adolescencia. Hacia la construcción de redes locales de protección social. Montevideo; 2009.
9. **Sposati A.** Gestión pública intersectorial: ¿sí o no? Comentarios de experiencia. Serv Soc Soc 2006; 85:134.
10. **Stolkinner A.** La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. 1999: 1p. Disponible en: <<http://www.campopsi.com/lecturas/stolkinner.htm>>. (Consulta: julio de 2008.)
11. **Rebollo MA.** Dificultades del aprendizaje, 3.^a ed. Montevideo, Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana; 2005.
12. **Fejerman N.** Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes: conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación, 1.^a ed. Buenos Aires: Paidós; 2010.
13. **Narbona J, Chevrie Muller C.** El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos, 2.^a ed. Barcelona: Editorial Masson; 2001, 421 pp.
14. **Habib M.** La dislexia a libro abierto. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana; 2004.

15. **Lipina S, Sigman M.** La pizarra de Babel: puentes entre neurociencia, psicología y educación. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2011.
16. **Cuetos F.** Neurociencia del lenguaje: bases neurológicas e implicaciones clínicas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
17. **Rodríguez N, Bocos L, Gutiérrez R, Posente Y, González M.** Aprendizajes: intersectorialidad-interdisciplina (INTER-IN). Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social-INFAMILIA; 2012.
18. **Grañana N.** Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista. Enfoque neuropsicológico, 1.ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2014.
19. **Risberg J, Grafman J.** The frontal lobes: development, function and pathology. UK: Cambridge University Press; 2006, 240 pp.
20. **Harris J.** Developmental neuropsychiatry. New York: Oxford University Press; 1998, vol I y II.

Anexo I

Escala de funcionamiento escolar :: Autora: Dra. Nora Rodríguez (aplicada al maestro de clase)

Trabajo original

Nos interesa conocer su percepción sobre el funcionamiento preponderante del niño, no en su mejor ni en su peor día, sino el desempeño habitual en diversas áreas que condicionan su adecuado funcionamiento en la escuela.

Seleccione solo una opción para cada uno de los 10 ítems. Las propuestas «1» señalan múltiples dificultades posibles dentro de un determinado aspecto, por lo que si hay algún aspecto de la opción “1” que se da con suficiente frecuencia, es correcto marcarla aunque el resto de las dificultades mencionadas no se manifieste.

2

Circular una sola opción en cada caso.

1. Con respecto a los hábitos de autonomía	
0	En general intenta desenvolverse con independencia, demostrando placer frente a sus logros, y solicitando sin dificultades instrucciones al adulto frente a situaciones que no maneja.
1	Frecuentemente se manifiesta inseguro, manejándose en forma extremadamente dependiente del referente adulto, con el que tampoco se vincula con espontaneidad.
2. Con respecto a los hábitos de higiene	
0	En general se desenvuelve adecuadamente y con independencia.
1	Tiene dificultades para manejarse adecuadamente en este aspecto.
3. Con respecto a la regulación del movimiento	
0	En general logra modificar su comportamiento en función de las tareas que lo demandan.
1	Frecuentemente tiene dificultades en moderar su inquietud en situaciones que lo requieren.
4. Con respecto a la regulación del humor	
0	En general tiene buen ánimo y acepta las orientaciones de los referentes adultos en cuanto al funcionamiento en clase.
1	Se perciben dificultades frecuentes en aceptar consignas o evaluaciones, repercutiendo negativamente en su estado de ánimo.
5. Con respecto al vínculo con pares	
0	En general prefiere vincularse que estar solo, y maneja estrategias de negociación adecuadas en situaciones conflictivas.
1	Se aísla frecuentemente o se vincula a través de mecanismos inapropiados.
6. Con respecto a la comunicación	
0	En general se expresa con espontaneidad, utilizando un lenguaje apropiado al interlocutor, con riqueza de vocabulario y de discurso.
1	Se observa que aún no ha logrado apropiarse del lenguaje verbal para que sea un instrumento idóneo en la comunicación.
7. Con respecto al dibujo	
0	En general disfruta poder expresarse a través del dibujo, logrando contenidos reconocibles por el interlocutor.
1	Frecuentemente rechaza la actividad gráfica o los contenidos no son reconocibles por el interlocutor.
8. Con respecto a la capacidad para organizarse en clase	
0	En general se concentra, organizando su funcionamiento en clase y logrando los objetivos solicitados por el maestro.
1	Frecuentemente su dificultad para atender la tarea repercute sobre los procesos de aprendizaje y el logro de los objetivos propuestos.
9. Con respecto a la adquisición de la lectoescritura	
0	Se observa interés y cambios cotidianos a favor del logro de esta adquisición.
1	Preocupa la dificultad para lograr el manejo del código lectoescrito.
10. Con respecto a la adquisición de las habilidades lógico-matemáticas	
0	Se observa interés y cambios cotidianos a favor del logro de esta adquisición.
1	Preocupa la dificultad para lograr algunos aspectos de las habilidades matemáticas.

Anexo II

Agrupamientos de síntomas

Agrupamiento		Síntomas		
Inhabilidades cognitivas		Dificultades para expresarse oralmente		
		Torpeza en sus movimientos		
Conductas disruptivas	Hiperquinesia	Baja tolerancia a las frustraciones		
		Distractibilidad		
		Dificultad para organizarse		
		Inquietud		
		Impulsividad		
	Conductual	Baja tolerancia a las frustraciones		
		Dificultad para aceptar las normas		
		Heteroagresividad de palabra con pares		
		Heteroagresividad de palabra con adultos		
		Heteroagresividad de hecho con pares		
		Heteroagresividad de hecho con adultos		
		Autoagresividad		
		Caprichos		
		Rabietas		
		Crisis de excitación psicomotriz		
		Mentiras		
		Robos		
		Manifestaciones de ansiedad		Inhibición
				Dificultades para separarse
		Miedos		
		Quejas somáticas		
		Preocupaciones exageradas		
		Pensamiento catastrófico		
Elementos depresivos		Tristeza o irritabilidad		
		Sentimientos de minusvalía		
		Sentimientos de no ser querido		
		Aburrimiento		
		Abulia		
		Llanto frecuente		
		Sentimiento de que no vale la pena vivir		
		Ideas de muerte		
		Intentos de autoeliminación		
Conflictos con la realidad		Alteraciones del pensamiento		
		Alteraciones en las percepciones		
		Aislamiento		
		Juego patológico		
		Confusión fantasía/realidad		
Alteraciones en la alimentación		Dificultades para alimentarse		
		Sobrealimentación		
		Caprichos alimentarios		
		Voracidad		
		Pica		
Alteraciones en el sueño		Insomnio de conciliación		
		Insomnio de mantenimiento		
		Parasomnias		
		Sueño inquieto		