

**I REUNIÓN
ANDALUZA de
NEUROPSICOLOGÍA
INFANTIL**

Sevilla 2011

Desarrollo de la Inteligencia en la Edad Pediátrica. Signos Precoces de Anomalías

M^a Dolores Lluch Fernández. Profesor Asociado de Pediatría. Unidad de Neurología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

El término “Inteligencia”, muy utilizado en el lenguaje coloquial, técnico y científico, es complejo y ha generado múltiples definiciones, que la describen parcialmente mediante enumeración de sus atributos. Para el Diccionario de la Lengua española inteligencia es: conocimiento, comprensión, acto de entender, capacidad de resolver problemas.

Distintas funciones cerebrales están implicadas en el desarrollo de la inteligencia, unas innatas como la atención, la memoria, las praxias, las gnosias, y la función ejecutiva; otras adquiridas intencionalmente como la lectura, escritura y cálculo, y una función cerebral integrativa mixta, lenguaje, con una base genética sobre la que interviene el aprendizaje. Varios modelos de funcionamiento cognitivo (Redes funcionales de Vygotsky y Luria, modelo funcional de Piaget, modelo del procesamiento de información, entre otros), han intentado explicar la relación entre los distintos procesos cognitivos.

Como la base neurobiológica para el desarrollo de la inteligencia son fundamentales los determinantes genéticos, que junto a otros muchos factores biológicos y ambientales modulan, el desarrollo y la maduración de estructuras cerebrales sobre las que asienta la adquisición de las funciones cognitivas.

En el recién nacido a término, están maduras las estructuras subcorticales a nivel bulbo protuberancial, responsables de la supervivencia individual y la reproducción de la especie. Sobre ellas se establecen conductas sin control suprasegmentario, automáticas, con mímica y fónica que no comportan mensaje alguno. El grado de madurez de las vías acústicas, visuales y táctiles, junto a cierto nivel de vigilancia y de atención selectiva, permiten al recién nacido percibir el medio y de los elementos de su propio cuerpo. A partir del primer mes el niño es capaz de una respuesta diferenciada a la expresión emocional y al estímulo verbal.

A lo largo del primer año continúa el desarrollo y maduración de estructuras subcorticales, límbicas y áreas primarias corticales y se inicia la maduración de algunas áreas asociativas y la maduración de la formación reticular, proporciona un nivel de vigilancia progresivamente mayor. En el curso del primer semestre aumentará la rapidez de reacción al estímulo, su capacidad de discriminación y selección y la especificidad de las reacciones. Descubre accidentalmente conductas placenteras y las repite ya como conductas adquiridas para obtener el efecto deseado, empezando a percibir la relación causa-efecto (Semi-intencionalidad). Se inician los procesos mnémicos, el primer nivel de memoria es sensorial, visual. El pensamiento y acción al principio se centran en determinadas cuestiones vividas, contempla sus movimientos, e inicia la organización del esquema corporal a través de la praxia repetida de tocarse y llevar a la boca primero las manos y después los pies. Como respuesta, tiene inicialmente un sistema de

comunicación no verbal con actividad gestual creciente, y entre tres y seis meses inicia la etapa de vocalizaciones.

En el segundo semestre distingue entre medio y fin, comenzando la intencionalidad, es en esta época cuando se inicia el verdadero proceso inteligente según Piaget. La atención es compartida con propósitos sociales y se inicia la memoria explícita, asociada a estructuras corticales y al hipocampo. La comunicación prelingüística es más elaborada con imitación, adaptación y reproducción de patrones aprendidos con respuestas expresivas faciales y fónica propositiva con intensificación de la comunicación. El niño empieza a comprender el sentido de la expresión de la cara de los demás, discrimina a personas familiares y siente desconfianza ante extraños. Cuando al mismo tiempo que se le muestra el objeto, se le nombra se produce la asociación entre el estímulo acústico y el objeto percibido y comienza proceso verbal con vocalizaciones.

Respecto a los "Signos de Alerta" en el primer año, relativos a la alteración de la función cognitiva a veces son poco específicos. En primer trimestre podemos considerar la falta de vigilancia, con interés limitado por mundo exterior, la persecución irregular e inconstante, la poca capacidad de observar, la escasa respuesta a la solicitud maternal y retraso de la sonrisa afectiva. En el segundo semestre son de alerta la reducción de actividades intencionales, con la escasa intención manipulativa y exploratoria de objetos que coge pero los mete mecánicamente en la boca, o el no señalar con el dedo cuando quiere algo. Es también signo de alerta la poca expresividad, con vocalización pobre y el retraso en la emisión de monosílabos o bisílabos. El no reaccionar con extrañeza ante desconocidos o no interpretar expresiones de alegría, elogios o enfado puede relacionarse con escasa capacidad discriminativa. La inquietud con llanto inmotivado, un niño especialmente tranquilo, o la presencia de movimientos estereotipados (aleteo, balanceo), deben ser vigilados.

En el segundo año se produce una maduración progresiva de las áreas corticales, principalmente asociativas. Funcionalmente se consolida la atención selectiva, focalizada. A nivel de evocación se inicia la memoria visual y verbal inmediata. Las gnosias visuales, auditivas y táctiles se están perfeccionando, con representación abstracta, se perfeccionan las relaciones con los objetos y se establecen las praxias ideomotoras. El lenguaje oral, proceso cognitivo exclusivo de la especie humana, y altamente especializado, tiene especial relevancia como función cognitiva y se está iniciando en esta etapa con comprensión de frases sencillas y nominación de objetos.

Como signos de alerta en esfera cognitiva en el segundo año, destacamos una conducta pasiva con escaso interés por descubrir su propio cuerpo, y el espacio exterior, poca capacidad de imitación, juego individual estereotipado y monótono por incapacidad de realizar una exploración activa, y de asociar un objeto con una finalidad. Una escasa capacidad de adaptación que puede llevar a alteraciones conductuales, con rabietas fáciles. En el área del lenguaje alerta que no comprenda órdenes sencillas, no aprenda palabras nuevas ni las asocie.

Entre los 3-5 años, considerado por Piaget el periodo preoperacional, se producen conductas cada vez más complejas. Aumentan los periodos de atención en función a la edad. Se perfecciona la asimilación de espacio interior y exterior, y el descubrimiento de las relaciones temporales, y de los actos secuenciales, con maduración de gnosias. Mejora el tiempo de reacción y la velocidad de procesamiento de tareas dando así la capacidad de planificación y organización, con perfeccionamiento de praxias. En esta etapa Lingüística, aumenta su comprensión de las reglas morfológicas y sintácticas del lenguaje oral.

Como signos de alarma en este periodo retraso en el desarrollo perceptivo, con dificultades en la orientación temporo-espacial, incapacidad para mantener una secuencia coherente de pensamiento, dificultad para llevar a cabo una secuencia de movimientos intencionados, o distractibilidad elevada en la ejecución de las praxias. Juego simbólico escaso, con poca capacidad imaginativa. Podemos encontrar anomalías en la conducta, con poco control emocional. Las diferencias en la expresión oral, respecto a otros niños deben alertar ya que puede tener su origen en una alteración en funciones cognitivas básicas.

Entre los 6-16 años o periodo operaciones complejas, maduran las áreas prefrontales, otras áreas terciarias muy especializadas, y sus conexiones con áreas secundarias, y se completa la mielinización del cuerpo calloso. Paulatinamente se produce la consolidación de los distintos procesos de atención selectiva y de atención alternante, dirigidos a realizar acciones complejas y combinadas y aparición de la memoria declarativa, memoria a largo plazo y posteriormente la memoria de trabajo. Se perfecciona la relación causa efecto, y consolidan gnosias y las praxias. Los razonamientos son cada vez más organizados, con capacidad de abstracción y resolución de problemas, lo que le da una flexibilidad cognitiva. El lenguaje oral se establece en toda su complejidad a partir de que sean funcionales la corteza prefrontal y las demás estructuras neurales que sustentan la memoria de trabajo, necesaria para comprender y expresar el lenguaje y poder incorporar nuevas estructuras lingüísticas.

Se establecen también en esta etapa la lectura, escritura y calculo que como complejos procesos cognitivos adquiridos que requieren, además de los prerrequisitos lingüísticos, la adecuada función de áreas motoras, y las funciones cognitivas básicas de percepción con atención selectiva, memorización y abstracción. Por su extensión y complejidad no los vamos a desarrollar en esta comunicación

En este periodo los signos de disfunción cognitiva se van a manifestar por dificultades para seguir el ritmo en el aprendizaje adecuado a su edad. La deficiencia intelectual conlleva pobreza de ideas y de nociones simbólicas, escasez de iniciativa, curiosidad y creatividad, con falta de la adaptación rápida a situaciones poco habituales. El lenguaje se afecta en relación a la profundidad de la deficiencia. Se presentan también problemas en la afectividad, con dificultades en las relaciones con sus iguales por poca flexibilidad cognitiva, y dificultades en el control de impulsos.

Queremos por ultimo llamar la atención sobre la importancia que problemas instrumentales como afectación de la esfera motriz, o problemas de la personalidad tienen en el pronóstico a largo plazo del niño con déficit intelectual.

Funcionamiento intelectual límite, enfermedades del SNC y Trastornos del Neurodesarrollo

Josep Artigas-Pallarès

**Unitat de Neuropediatria. Hospital de Sabadell
Centre Mèdic Psyncron**

El funcionamiento intelectual límite (FIL), está pobremente definido en el DSM IV TR. Se incluye en una categoría denominada **“Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica”**. Dentro de este apartado se define el FIL para hacer referencia a los individuos cuyo CI se halla comprendido en la franja entre 71 y 84. No se hace ninguna otra consideración específica, aparte de que se debe establecer el diagnóstico diferencial con el retraso mental RM. El DSM recomienda que esta categoría de codifique en el eje II; por lo tanto tiene la misma consideración que el RM o los trastornos de la personalidad. Esta ubicación permite combinar el diagnóstico de FIL con otro u otros diagnósticos correspondientes al eje I o al eje III.

A diferencia del RM, existen muy pocos estudios que hayan abordado el FIL como uno de los problemas vinculados al neurodesarrollo. Los temas que han sido investigados en este campo se refieren a: prevalencia en la población general^{1, 2}, prevalencia entre el colectivo de pacientes con enfermedades psiquiátricas^{3, 4}, comorbilidad⁵ y riesgo psicopatológico⁶, aspectos predictivos del RM y FIL en el recién nacido⁷, relación entre el FIL y manifestaciones neurológicas leves (“soft signs”) que se presentan durante los primeros años^{8, 9, 10}, escalas de valoración aplicadas al FIL^{11, 12}, pronóstico evolutivo^{13, 14} y tratamientos sintomáticos^{15, 16, 17}. Puesto que no se ha abordado la concomitancia del FIL con los TND, se tiende a contemplar el colectivo de pacientes con FIL como un grupo relativamente homogéneo, con unas necesidades asistenciales y un pronóstico vinculado casi exclusivamente al diagnóstico de FIL. Sin embargo, en una muestra de pacientes con FIL, sólo un 3,4 % de pacientes podían ser considerados como FIL puros, en el sentido que no encajaban con ningún diagnóstico del eje I del DSM¹⁸. El trastorno detectado con mayor frecuencia es el TDAH (59 %), cifra que excede enormemente la prevalencia del TDAH en la población general.

La primera cuestión a dilucidar sería establecer si los trastornos del aprendizaje y atención son una consecuencia derivada de la propia inteligencia límite o la influencia ocurre en sentido inverso. Es decir, los si los TND contribuyen sensiblemente a disminuir el potencial cognitivo. Es plausible pensar que un individuo con un bajo nivel de inteligencia tiende a ser más inatento por la dificultad para seguir aprendizajes cuya comprensión no alcanza debido a su baja capacidad de inteligencia. La misma suposición se podría aplicar desde la perspectiva de los trastornos del aprendizaje (la baja capacidad de inteligencia influye negativamente en las habilidades lectoras). Por otro lado, si tenemos en cuenta que percepción, memoria, atención y lenguaje son aspectos básicos relacionados con la inteligencia¹⁹, se deduce que los TND tienen una repercusión sobre la inteligencia, por estar en ellos afectados dichos procesos básicos.

En los trastornos asociados a FIL suelen estar alterados ciertos mecanismos cognitivos muy vinculados a la inteligencia fluida y al factor *g*. Tal es el caso de la MT, la capacidad de inhibición de respuesta y el lenguaje. Dichas habilidades, en mayor o menor grado y de forma distinta, están alteradas en el TDAH, en el trastorno específico del lenguaje, en la dislexia y en los trastornos del espectro autista.

A partir de estos datos se plantea la hipótesis de que se podría evitar un deterioro del CI, si se identificaran precozmente y se trataran adecuadamente los TND comórbidos con FIL. Puesto que se ha observado en individuos de edad avanzada que existe una correspondencia entre la disminución de funciones ejecutivas y deterioro intelectual²⁰; sería razonable esperar que, en la medida que se mejore la MT, la capacidad de inhibición de respuesta y el lenguaje, se evitaría durante el periodo de desarrollo cognitivo, al menos en parte, una disminución del CI, tanto a expensas de la inteligencia fluida como a expensas de la inteligencia cristalizada.

¹ Gillberg C, Svenson B, Carlstrom G, Waldenstrom E, Rasmussen P. Mental retardation in Swedish urban children: some epidemiological considerations. *Appl Res Ment Retard* 1983; 4: 207-18.

² Von Wendt L, Rantakallio P. Mild mental retardation in northern Finland. *Ups J Med Sci Suppl* 1987; 44: 47-51.

³ Hassiotis A, Ukoumunne O, Tyrer P, Piachaud J, Gilvarry C, Harvey K, et al. Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and "borderline" intellectual functioning. Report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 135-40.

⁴ Puerta IC, Martinez J, Pineda DA. Prevalencia del retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Rev Neurol* 2002; 1014-8.

⁵ Ninivaggi FJ. Borderline intellectual functioning in children and adolescents: reexamining an underrecognized yet prevalent clinical comorbidity. *Conn Med* 2001; 65: 7-11.

⁶ Masi G, Marcheschi M, Pfanner P. Adolescents with borderline intellectual functioning: psychopathological risk. *Adolescence* 1998; 33: 415-24.

⁷ Mani S, McDermott S, Valtorta M. MENTOR: a Bayesian Model for prediction of mental retardation in newborns. *Res Dev Disabil* 1997; 18: 303-18.

⁸ Futagi Y, Suzuki Y, Goto M. Clinical significance of plantar grasp response in infants. *Pediatr Neurol* 1999; 20: 111-5.

⁹ Futagi Y, Suzuki Y, Toribe Y, Kato T. Neurologic outcomes of infants with tremor within the first year of life. *Pediatr Neurol* 1999; 21: 557-61.

-
- ¹⁰ Futagi Y, Otani K, Goto M. Prognosis of infants with ankle clonus within the first year of life. *Brain Dev* 1997; 19: 50-4.
- ¹¹ Bowen JR, Gibson FL, Leslie GI, Arnold JD, Ma PJ, Starte DR. Predictive value of the Griffiths assessment in extremely low birthweight infants. *J Paediatr Child Health* 1996; 32: 25-30.
- ¹² Mandes E, Massimino C, Mantis C. A comparison of borderline and mild mental retardates assessed on the memory for designs and the WAIS-R. *J Clin Psychol* 1991; 47: 562-7.
- ¹³ Claeys V, Calame A, Fawer CL, Ducret S, Arrazola L, Jaunin L. Neurodevelopmental abnormalities in preschool children with high perinatal risk. Prognostic value and consequences on education at 8 years of age. *Helv Paediatr Acta* 1984; 39: 293-306.
- ¹⁴ Zetlin A, Murtaugh M. Whatever happened to those with "borderline" IQs?. *Am J Ment Retard* 1990; 94: 463-9.
- ¹⁵ Van Bellinghen M, De Troch C. Risperidone in the treatment of behavioral disturbances in children and adolescents with "borderline" intellectual functioning: a double-blind, placebo-controlled pilot trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001; 11: 5-13.
- ¹⁶ Buitelaar JK, van der Gaag RJ, Cohen-Kettenis P, Melman CT. A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 239-48.
- ¹⁷ Aman MG, Kern RA, Osborne P, Tumuluru R, Rojahn J, del Medico V. Fenfluramine and methylphenidate in children with mental retardation and "borderline" IQ: clinical effects. *Am J Ment Retard* 1997; 101: 521-34.
- ¹⁸ Artigas-Pallarés J, Rigau-Ratera E, García-Nonell C. Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Rev Neurol* 2007;44: 739-44.
- ¹⁹ Fuster JM. The cortical substrate of general intelligence. *Cortex* 2005; 41: 228-9.
- ²⁰ Salthouse TA, Atkinson TM, Berish DE. Executive functioning as a potential mediator of age-related cognitive decline in normal adults. *J Exp Psychol Gen* 2003; 132: 566-94.

El caso Fermín.

Fermín es un individuo de 38 años. Amable y educado. Un poco callado.

Vive en una gran ciudad, tiene 4 hermanos, que ya abandonaron el nido y unos padres que le quieren y le cuidan.

Fue él mismo el que se dio cuenta de que no tenía las capacidades de sus hermanos, al ver, en el curso de los años, cómo le costaba seguir las clases de la educación básica, trabar amistades, encontrar trabajo... Además tiene deseos de encontrar pareja.

Cuando ha acudido a algún centro especial no se ha “visto en su sitio”. Se ve a sí mismo de forma distinta a la mayoría de los que le acompañan, no siente ser un discapacitado.

Es organizado, viaja sólo por los medios de transporte de la ciudad, y es muy concienzudo en su trabajo cuando, esporádicamente, encuentra algo.

Ha sido duro llegar hasta aquí. De echo ha generado un tendencia a la depresión que, de cuando en cuando, le azota el estado de ánimo.

Ha conseguido un certificado de discapacidad del 35 %. Nadie que lo conozca cree que realmente tenga tanto porcentaje, pero parece que el equipo de valoración ponderó especialmente los problemas sociales que sufre.

Fermín siempre se deja aconsejar por sus padres. Afortunadamente éstos son sensibles a sus deseos de desarrollo personal y procuran que su hijo se organice por sí mismo, que aprenda oficios, que salga mucho de casa y que sean sus deseos los que gobiernen su vida.

Pero están preocupados. Fermín sigue sin encauzar su vida laboral, no parece que, a corto plazo, pueda vivir solo y sobre todo les preocupa que aparezca una persona que se aproveche de él con malicia. Les han contado muchas historias de manipulación por

parte de parejas advenedizas o, simplemente, de estafadores. Se preguntan si debería Fermín tener más dinero disponible en el banco, o qué pasaría si un día pidiera un préstamo y alguna persona sin escrúpulos, se lo llevara, o si han hecho bien, ya que han puesto una vivienda a su nombre. Las cuotas de la hipoteca las están pagando ellos. Saben que si las cosas se “tuercen” podría, cualquier día, vender la vivienda. Creen que cualquier Notario que le examinara daría fe de que tiene capacidad suficiente para prestar consentimiento. Les da miedo que pueda cometer pequeños deslices, fruto de sus períodos de mayor depresión, como llamar a alguno de esos teléfonos que se publicitan para ganar dinero fácil en concursos claramente amañados, o líneas calientes, o simplemente que le vendan cualquier cosa por parte de esas grandes empresas que sobremotivan a sus comerciales. Al mismo tiempo, ni se plantean una incapacitación judicial, es algo que, obviamente, no se ajusta a su condición.

Y si les preocupa el presente, más aún el futuro, se hacen continuamente esa pregunta de qué pasará con Fermín cuando nosotros faltemos. Porque, a día de hoy, mal que bien, todavía podemos protegerle, pero ¿reclamarán sus hermanos sus derechos a la herencia en perjuicio de Fermín? ¿Quién le ayudará en el quehacer diario? ¿Quién tendrá autoridad suficiente para que evitar que haga daño a su patrimonio? ¿Hay algo que puedan hacer hoy para evitar un futuro de incertidumbre?

1. Precisión terminológica.

¿Quiénes son exactamente? Se trata de un sector de la sociedad de muy difícil caracterización. No hay en ellos un origen único ni causa común que les lleve a tener un funcionamiento intelectual anormal. De hecho tampoco hay una clara patología asociada. Es más, muchas veces no puede decirse que haya patología. La ciencia que estudia la clasificación de las enfermedades (nosología) tiene un difícil reto con este sector de la sociedad.

Sin haber un concepto claro, nos referiremos a ellos diciendo que son individuos que presentan un coeficiente intelectual inferior al normal (entre el 70 y el 85%) y que

además presentas dificultades en la conducta adaptativa que no impiden un buen grado de autonomía en las actividades de la vida diaria y que conviven con una buena capacidad (desarrollada o no) de autogobierno, siempre y cuando estas dificultades se manifiesten antes de los 18 años.

Se trata de una problemática revelante socialmente, aunque prácticamente oculta. En ausencia de datos epidemiológicos serios se calcula que hay entre 78.000 y 390.000 personas con FIL en España, lo cual nos asegura que ni siquiera se conoce su incidencia real.

No existe, a día de hoy, definición alguna generalmente admitida de persona con funcionamiento intelectual límite (FIL en lo sucesivo). De hecho, tampoco hay uniformidad en el término con el que se debe denominar a estas personas. Entre los términos más oídos están:

1.a. "Borderline". Lo más aconsejable es prescindir de este vocablo anglosajón dado que si se utiliza aislado (y esa es la tendencia) se puede confundir con otro colectivo al que se le asemeja. Los borderline (especialidad del género denominado Trastorno de Personalidad Fronteriza) son personas que presentan disregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas. Se trata de un trastorno de la personalidad bastante frecuente al que algunos han denominado pseudopsicosis.

1.b. CIL. Debe abandonarse el término CIL o Capacidad Intelectual Límite por ser la capacidad una cuestión típicamente jurídica y que provoca confusión. La caracterización del individuo debe proceder de aspectos médicos, sociales o educativos, pero no jurídicos. La capacidad es un concepto creado por los juristas para resolver dos cuestiones: ¿quién puede ser titular de derechos y de obligaciones? Y ¿quién puede emitir válidamente una declaración de voluntad? La primera se responde diciendo que lo pueden ser quienes tengan capacidad jurídica y la segunda diciendo que lo podrá hacer quien tenga capacidad de obrar.

Es obvio que una persona FIL no presenta ningún defecto en su capacidad jurídica. Es decir, es capaz para ser titular de todos los derechos civiles, políticos, humanos, social y de cualquier tipo que puedan existir. Lo dice el artículo 14 de la Constitución, se deduce el artículo 29 del Código Civil y forma parte del Derecho Internacional a través de la Declaración Universal de los Derechos humanos. Por lo tanto, al menos en uno de sus significados, el término “Capacidad” no tiene ninguna relación con los FIL.

En cuanto al otro significado, decir que alguien tiene “capacidad de obrar” significa que esa persona puede hacer válidamente una declaración de voluntad, de modo que produzca efectos. Lo cierto es que la principal preocupación del derecho civil ha sido la validez de los actos, estableciendo un sistema que pretende proteger los intereses de los ciudadanos con discapacidad intelectual. Sin embargo, no reconocer la validez de los actos de las personas no es la cuestión principal sobre la que orbita el problema ni social ni jurídico de los FIL y, como veremos no es la mejor solución. Por ello creo que no es correcto designar a estas personas con algo que no es más que un artilugio del derecho (la capacidad de obrar) para invalidar los actos de personas con deficiencias psíquicas y que, además, se ha mostrado como un medio poco adecuado para protegerles.

Así, es preferible encomendar a la ciencia no jurídica la delimitación del concepto de FIL acudiendo a algo de tipo orgánico-social como es el Funcionamiento Intelectual, sin entrar a valorar el origen del mismo ni sus consecuencias.

1.c. DINAI. La denominación “Discapacidad Intelectual con Necesidad de Apoyos Intermitentes” ha prosperado en ciertos sectores por contemplar el aspecto positivo o proactivo de la condición del FIL: la necesidad de un apoyo que mejore su nivel de vida. Sin embargo, soy más partidario de que la forma de referirse a ellos contenga no tanto la terapia, como la descripción de su situación o el fenómeno (entiéndase con las reservas necesarias: “el diagnóstico”). Además la referencia a la discapacidad no deja de ser discutida, como veremos.

1.d. DA. “Dificultades de aprendizaje” es un término muy respetuoso con la condición

de FIL y que expresa con claridad el origen del problema. Presenta el grave inconveniente de que no matiza el colectivo al que nos referimos. Sin duda una persona con retraso mental tiene dificultades de aprendizaje, pero no está incluido en la categoría que aquí pretendemos estudiar.

2. ¿Es una discapacidad?

La primera pregunta que puede surgir es la de si se trata de una discapacidad, dado que sin duda son personas con capacidad intelectual, pero con un obstáculo o barrera que le dificultan su plena participación en la vida social.

Como indicaba, más que una patología concreta, son personas que experimentan todo un itinerario vital que tiene una evolución sintomática típica.

Desde el punto de vista jurídico hay hoy una norma con el mayor rango posible que nos define “persona con discapacidad”, se trata de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (en lo sucesivo “la Convención”), hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por el plenipotenciario español el 30 de marzo de 2007, fue finalmente publicada en nuestro Boletín Oficial del Estado, el 21 de abril de 2008.

Una de las cuestiones más debatidas en la gestación de la Convención ha sido, precisamente, el concepto de discapacidad. En el preámbulo se declara:

“Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”

Y eso es todo lo que hay sobre su concepto. Tanto es así que ni siquiera se ha definido la discapacidad, se ha decidido simplemente definir a las personas que la tienen. Así dice el artículo 1:

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad

de condiciones con las demás.”

Sus elementos definitorios son:

-La existencia de una “deficiencia”. Al margen de otro tipo de consideraciones, creo que puede enmarcarse en el concepto de deficiencia la existencia de un funcionamiento intelectual límite, aunque hubiera preferido un término menos regresivo de la personalidad, quizás “condición” o “circunstancia desfavorable”.

-Esta deficiencia ha de ser física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo.

- Y la pieza clave sobre la que pivota la discapacidad es sin duda, el hecho de que esta deficiencia interactúe con barreras que puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad. Esta barrera es el concepto en el que se centra la Convención, en el sentido que va encauzada directamente a su supresión. Esta idea late en toda la Convención, son los Estados los que deben suprimir todas las barreras posibles para que, al desarrollarse libremente las personas con discapacidad, ésta realmente no exista, sino simples circunstancias personales no invalidantes.

Hasta ahora los FIL han quedado fuera de la discapacidad legal porque jurídicamente las disposiciones que atienden al concepto de discapacidad definen siempre un supuesto de hecho que sea fácilmente identificable y demostrable. Por principio los FIL quedan por debajo del umbral mínimo. Así la normativa fiscal suele establecer que la discapacidad “bonificable” es, como mínimo, del 33% (aumentando los beneficios al llegar al 65%). Una discapacidad psíquica del 30% no está protegida de ningún modo.

Debe entenderse que, en los términos del artículo uno de la Convención, tienen una clara barrera que puede impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, de donde se deduce su inclusión en el concepto de persona con discapacidad.

Este dato es importante porque no hay apenas iniciativas legislativas que hayan tenido en cuenta este sector. Los Estados parte de la Convención han asumido la obligación de promover el desarrollo de los derechos de todas estas personas y hasta la presente no hay nada que se haya hecho a su favor. Es decir, a día de hoy, hay un incumplimiento clamoroso por parte de la Administración en lo que hace a la protección de este colectivo, siempre que se le considere personas con discapacidad.

También la Constitución Española en su artículo 49 dice que “Los poderes públicos

realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.”. Hoy la Constitución debe leerse desde la perspectiva de la Convención y debe interpretarse en el sentido de incluir a este sector dentro de este precepto.

No debemos obviar que socialmente algunos de ellos no se sienten a gusto con la etiqueta de discapacidad, son personas con importantes capacidades pero con algunas pequeñas limitaciones intelectuales que impiden su plena participación en la sociedad.

Debemos plantearnos si la indeterminación del colectivo es jurídica y socialmente aconsejable. Es esta una cuestión que no voy a poder resolver en estas líneas, pero sí exponer algunos de los argumentos a favor y en contra.

La perfecta categorización hará que algunos se queden en el camino. Alguien habrá en el “contorno” de la definición que presentará una barrera para el ejercicio de sus derechos y que sin embargo, no sea exactamente un FIL, con lo que cualquier medida prevista no le beneficiará. Es la frontera de la frontera. Contra ello cabe argumentar que no tratamos de solucionar el problema de la discapacidad en general, sino definir una diana a la que lanzar la solución más ajustada a sus necesidades. Otras iniciativas deben diseñarse para atender a otros sectores.

En segundo lugar, en el mundo de la discapacidad y, especialmente, en la intelectual, las categorizaciones suelen contemplarse como estigmatizantes. A la lucha contra el estigma está ya acostumbrado otro colectivo más visible, el de los enfermos mentales. En este sentido puede leerse de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2005): “...rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a la personas con problemas de salud mental y a sus familias para su activa implicación en este proceso.” Sin duda, etiquetar como FIL puede perjudicar las relaciones sociales, laborales y la propia estima. Con frecuencia el diagnóstico no es claro y el propio individuo ignora su propia condición de FIL. Es este un problema cuya única solución es la educación y el conocimiento social. Pero no

debemos dejar de enviar un mensaje a los profesionales del ramo para que tengan especial sensibilidad al comunicar el diagnóstico a la persona afectada y a sus familiares. El lenguaje, en este punto, es de nuevo fundamental, prefiriendo el término condición, al de enfermedad. Realzando las capacidades existentes sin decir discapaz ni incapaz.

Por otro lado la gran ventaja de definir jurídicamente es obviamente que desde ese momento se podrán hacer normas que les protejan específicamente.

3. Referencia histórica remota

Siempre ha existido alguna norma jurídica que hacía referencia, directa o indirectamente, a las personas que tenían una deficiencia o enfermedad mental. Por ello vamos a referirnos a una breve nota histórica.

Prescindiendo de otros derechos precedentes del nuestro, en Derecho Romano el *Ius Civile* recogía la figura de la insania para referirse a dichas personas y que, por tanto, no podían prestar consentimiento. Así se regula la curatela, institución por la cual pretendía proteger el patrimonio de la persona afectada, fundamentalmente a través de la "cura furiosi", para los locos y la "cura prodigi" para los pródigos (pródigo es el que dilapida su patrimonio). Fue una preocupación ya plasmada en las XII tablas (uno de los textos más antiguos del Derecho Romano, año 450 antes de Cristo), pero constreñida al ámbito patrimonial, inicialmente limitada sólo a la cooperación del curador para un acto o causa concreto. Según el aforismo romano: "tutor datur personae, curator rei" (la tutela se da para la persona, el curador para la cosa), lo cual revela de su carácter (el de la curatela) más específico y, sobre todo, de su fundamento que nada tenía que ver con las necesidades humanas de la persona con discapacidad.

La evolución moderna hace que hoy se distingan dos ámbitos fundamentales en los que se divide el derecho: el privado y el público. El primero tiene por objeto la regulación de las relaciones entre personas en condiciones de igualdad jurídica, es decir, desprovistos de poderes exorbitantes (como el que corresponde al Estado), aquí se incluyen el derecho civil, el mercantil, el laboral, el

hipotecario y el internacional privado; mientras que el derecho público, regula las relaciones en las que interviene un sujeto con tales poderes como, por ejemplo, una Administración municipal, un Parlamento o un Tribunal, y por lo general se dice que este derecho vela por un interés general (frente al privado, que en teoría se encauza más hacia un interés particular y a la pacífica convivencia). Pertenecen a esta clase el derecho político o constitucional, el administrativo, el penal, el de la Seguridad Social, el tributario y el procesal.

Pues bien, en la medida en que el derecho civil, como derecho matriz, originario y supletorio de todo el derecho privado regulaba la validez de los contratos (entre ellos, el consentimiento), también se hizo cargo de la capacidad de las personas para emitir declaraciones de voluntad. Por eso también recogió la escuálida normativa que afectaba a las personas que no podían hacer tales declaraciones (los que tienen alguna discapacidad intelectual). Así el Corpus Iuris Civile, pero también los códigos civiles decimonónicos contenían disposiciones que limitaban la capacidad de locos y dementes para celebrar ciertos actos (contratos, testamentos,...). De paso, y casi por añadidura histórica, reguló cómo habían de protegerse los intereses de las personas con discapacidad, a través de las figuras heredadas del derecho Romano, como es el caso de la tutela en Derecho Español (la cual estuvo reservada en Roma a las mujeres y a los menores) y de la curatela.

Así, el régimen de la discapacidad fue heredero de una serie de principios que, siendo muy válidos para favorecer la seguridad jurídica contractual, se compadecían mal con los procesos reintegratorios de la capacidad. La necesidad del tráfico exige conocer si un contrato, un testamento, o los actos de una sociedad son válidos y obligatorios en derecho desde un principio, sin que se pueda

condicionar de la evolución sanitaria o mental de una persona.

4. La discapacidad y el derecho civil

Este encuadramiento en la rama del derecho privado ha tenido, a mi juicio, un efecto determinante sobre el tipo de regulación que le ha correspondido. Lo único que ha interesado al derecho privado es:

1. ¿Cómo conservar el patrimonio de las personas que no pueden protegerlo por sí mismas?
2. ¿Cuándo puede una persona prestar válidamente su consentimiento?
3. ¿Quién formula la voluntad de los que no pueden hacerlo por sí?

Son preguntas importantes, pero no pueden considerarse las únicas que afectan a un FIL.

La primera llevó a la segunda, es decir, la necesidad de proteger ese patrimonio implica establecer un sistema de impugnación de actos celebrados por personas que tuvieran alguna alteración mental. La respuesta ha sufrido una evolución importante, inicialmente parecía existir sólo el problema de que no era justo o razonable que una persona con alguna alteración mental prestase su consentimiento a un contrato (quizás porque perjudicaría el patrimonio de la familia, que era el verdadero interés a proteger). Por eso en el Derecho Romano, un tipo de derecho cuya formación fue de tipo jurisprudencial y casuístico, existió la "restituto in integrum" (figura de la que procede la moderna anulabilidad): cualquier negocio jurídico celebrado por persona sin capacidad es, de alguna forma, impugnable.

Es razonable pensar que una persona que no tiene capacidad para decidir sobre las cuestiones propias, no puede contratar y por tanto

serán nulos o anulables los contratos que realice. Por eso se evolucionó desde un acto protector y especial del Pretor, a una norma general en derecho. Sin embargo esta generalización tiene un evidente efecto regresivo de la personalidad. La respuesta del derecho a los actos de disposición de una persona con alguna limitación psíquica sobre, por ejemplo la vivienda propia, es lógico que sea la ineficacia. Pero no lo es tanto para cualesquiera otros. ¿Por qué no podrá realizar pequeños actos de gestión de la vida diaria? ¿Acaso el gasto diario de la compra no podría ser de su propia decisión? Si el Derecho debe propender a la integración en la vida social, también debe establecer una normativa apropiada a esta integración. Existe un importante efecto educador en el control que cada uno hace de su presupuesto. Ese control es parte de nuestra libertad y dignidad.

Por ello, la tendencia normativa actual es alejarse del concepto de incapacitación y permitir que cierta regulación que es típica de las discapacidades se aplique sin necesidad de la, a veces temida, sentencia de incapacitación.

También ha habido una evolución en el derecho en cuanto al concepto de capacidad, habida consideración de la distinción entre capacidad jurídica y capacidad de obrar (Gullón Ballesteros, 1999). La primera nos indica quién puede ser titular de un derecho (por ejemplo, el *ius connubi*, es decir el derecho a contraer matrimonio, que corresponde a toda persona), la segunda nos dice si la persona tiene reconocido en derecho un nivel de madurez y autonomía suficiente para que sus declaraciones de voluntad tengan eficacia jurídica (por ejemplo, la capacidad para poder decir que se quiere contraer matrimonio, que en España tiene lugar a partir de los 16 años). Antiguamente las personas con discapacidad simplemente carecían de ciertos derechos.

Hoy es generalmente admitido que la capacidad jurídica no se ve alterada por ningún fenómeno (tan sólo se extingue por la muerte), es la capacidad de obrar la que va cambiando según la persona a lo largo de su vida. (Hubo un tiempo en el que una sanción aplicable a delitos muy graves era la muerte civil, la interdicción, que no era otra cosa que la privación de la capacidad jurídica de la persona). La cuestión no es del todo clara porque evidentemente es un derecho en sí el reconocimiento jurídico de la autonomía de la voluntad y si, aunque sea con una finalidad tuitiva, no se reputa válida la declaración de voluntad hecha por una persona con discapacidad, es que no tiene tal derecho.

De hecho la finalidad de la convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad es promover, proteger y asegurar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Y, aún más claro, el artículo 12 dice que los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica y a su capacidad de obrar.

La tercera cuestión, en realidad, no pertenece al Derecho Romano, no llegó a plantearse: si una persona no puede en absoluto contratar, nadie podía asumir su representación sencillamente porque esta figura, la de la representación, no existió en Roma. Ese individuo debería sobrevivir como pudiera, pero sus bienes no son negociables, no podrá contratar un cuidador y nadie podrá contratar en su nombre.

5. El régimen de la representación como medida de protección

Hoy en día se ha generalizado en el derecho el uso de la figura de la

representación para proteger la persona y bienes, ya sea bajo la denominación de la tutela (en el caso de España) o de curatela (otros países). Se dice que la representación legal se caracteriza porque se constituye por disposición legal, con un contenido más o menos típico, en ningún caso disponible por el representado, dándose la circunstancia de que el representante no es elegido por el representado, y está en muchas ocasiones originado por el hecho de verse afectado por una alteración de su capacidad de obrar (menores, incapacidades, ausencia), estos son aspectos que la diferencia de la representación llamada voluntaria que surge de un documento llamado poder, sometido al principio de la autonomía de la voluntad. Recientemente en España (Ley 41/2003) se ha incorporado la posibilidad de que una persona, previendo su futura discapacidad, otorgue un poder que faculte a otra persona para actuar en su nombre (este recurso estaba vetado por el artículo 1.732 del Código Civil). De esta forma, acudiendo a una figura propiamente negocial (representación voluntaria) se soluciona un problema que siempre había estado regulado en sede de representación legal.

La representación legal consiguió que el cuidador pudiera tomar decisiones sobre la persona y bienes del que no puede hacerlo por sí. Eso fue un avance. Pero tuvo algunas consecuencias negativas:

A) De un lado las posibles dilaciones y costes asociados a unos requisitos reglamentarios. Por ejemplo, para ciertos actos es preciso que el tutor recabe la autorización judicial (Art. 271 del Código Civil) pero, además la Ley de Enjuiciamiento Civil (la parte aún vigente del año 1881) establece para la venta de inmuebles la necesidad de que se efectúe por medio de pública subasta (con el consiguiente malbaratamiento del bien). Este requisito, afortunadamente, ha sido con frecuencia inaplicado acudiendo quizás al aforismo *summum ius summa iuria* y a un criterio analógico con la Ley 41/2003.

B) De otro, si una persona es representada de forma forzosa por otra, pierde la autonomía de su voluntad, pierde el reconocimiento jurídico de su personalidad (en el sentido de los actos que proceden de su propia personalidad), tendrá cercenado el camino que supone la educación de la vida real. No puede ahorrar, ni invertir, ni regalar, ni decidir nada sobre su vida. Además, no tendrá la posibilidad de trabajar porque no puede competir en el mercado laboral y, aunque trabaje, ¿para qué?, el no podrá disponer de su dinero, porque carece de autonomía y de libertad. La solución no es nada buena para promover la capacidad y francamente regresiva para las personas que tienen capacidad intelectual pero no plena.

C) Por último, el fenómeno de la representación funciona bien en el tráfico patrimonial siempre que tenga por finalidad establecer la conveniencia y oportunidad de un acto dispositivo o de administración y negociar las condiciones. Existe una fácil sustituibilidad en la formación de la voluntad y un sencillo control posterior del acto. Quiere decirse que es factible saber si es oportuno comprar una casa (o venderla) y por qué precio con arreglo a ciertos datos que podrían explicarse a un juez. Eso no ocurre con la importantísima esfera no patrimonial de la persona. Si alguien carece de capacidad, tiene un tutor y quiere casarse. ¿Qué hace? La respuesta del derecho es que no puede, aunque esa persona sentada ante cualquier otra sea capaz de convencerle de que su decisión es madura y respetable desde una perspectiva humana.

En cierto modo este problema le ha estallado en la mano al Derecho Español. La teoría tradicional entendía que había ciertos actos que son personalísimos, tan vinculados con la personalidad que no eran susceptibles de representación. Por eso no cabía que los incapacitados contrajeran matrimonio de ningún modo, ni siquiera cuando el representante lo juzgara adecuado. El tema se planteó en

el momento de la crisis matrimonial, es decir, una pareja que se casó en estado de plena capacidad de obrar siendo luego la esposa incapacitada por causa sobrevenida. Resultó que el marido incumplió sus deberes matrimoniales y parecía, a todas luces que la esposa, de poder hacerlo, se habría divorciado. Siendo la demanda de divorcio uno de estos actos personalísimos, no podía, ni ella ni su tutor, promover el divorcio. Tuvo el Tribunal Supremo que rectificar esta teoría y admitir la legitimación del tutor para interponer la demanda de divorcio sobre una cuestión tan individual, después de que éste fuera el criterio del Tribunal Constitucional en Sentencia 311/2000. Hoy es la postura generalmente admitida (por ejemplo SAP Alava, sec. 1ª, de 24-11-2006).

6. Las “nuevas tendencias” en el Derecho. Una revisión del régimen aplicable a los FIL

En los últimos tiempos, el derecho privado ha ido haciéndose cada vez más público, existiendo una evidente comunicación de conceptos. De esta forma, la tutela y la curatela se ejercen bajo la vigilancia del Ministerio Fiscal (institución que pertenece al derecho público), bajo un estricto régimen. Así, es necesaria la autorización judicial para ciertos actos y en general se ha pasado de la llamada tutela de familia (era un consejo de familia el que decidía los asuntos concernientes a los sometidos a tutela) a la tutela de autoridad (hay una importante actividad jurisdiccional en el desenvolvimiento de las tutelas). Este fue el lait motiv de la modificación del Código Civil del año 1984 y posteriores. Por último, la regulación de la incapacitación (procedimiento judicial por el cual se somete a una persona a este régimen de protección) ha pasado de la pieza fundamental del derecho privado (Código Civil) a estar regulado en una norma

puramente procesal (Ley de Enjuiciamiento Civil). La protección de estas personas es algo que se deja cada vez menos al arbitrio de los particulares. Con mayor o menor acierto, la normativa va cayendo en el concepto de interés público, con lo que son los propios entes públicos los que asumen competencias en esta materia. Esta regulación, sin embargo, es absolutamente independiente del concepto de funcionamiento intelectual límite. Sin duda, las normas de la discapacidad del derecho civil no están pensadas para los FIL, pero tampoco excluyen su aplicación a estos casos. Se trata de una materia multidisciplinar en la que hay leyes de muy diversa índole. Así son, por ejemplo, la percepción de pensiones de la Seguridad Social, la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, la eliminación de barreras arquitectónicas, la reserva de cuota de trabajadores con discapacidad, los beneficios fiscales, normas de urbanismo. Resultaría muy difícil si quiera enumerarlas. Pero lo cierto es que no hay normas de derecho público destinadas a proteger a aquellas personas que respondan al perfil de un FIL. Sólo recientemente, merced al fenómeno asociativo, por parte de ciertas Comunidades Autónomas, se ha incorporado alguna disposición que facilita el acceso de los FIL a puestos de la administración¹. Se trata de incorporar el concepto de responsabilidad social en los entes públicos. El principio de libre concurso de mérito y capacidad es muy adecuado y justo, pero prescinde de la función social que debe tener la Administración no sólo en su actividad sino en su papel de empleador. Las experiencias que ha habido para facilitar la integración de los FIL en puestos de trabajo cuando se

¹ Claro ejemplo es el Artículo 23 del IV convenio colectivo de ámbito de Cataluña del personal laboral de la Generalidad. DOGC 2836 (de 8 de enero de 1999). Y la Propuesta de acuerdo del gobierno de la Generalidad de Cataluña por el cual se aprueba la oferta de ocupación pública para el año 2005, de 31 plazas del grupo y categoría E ayudante de oficio servicios generales, para personal laboral fijo, del Departamento de Gobernación y Administraciones Públicas, APROBADO en la sesión del Gobierno del día 8 de febrero de 2005. 4 Así el interesantísimo estudio “Normalidad y Límite” de Manuel DELGADO y Carlota GALLÉN (Editado por la Fundación Æquitas y la Asociación Catalana Nabiu, Madrid 2006).

realizan con arreglo a un planteamiento profesional (intervención de técnicos en integración laboral, tutor natural, programas...) han sido muy satisfactorias. Todavía se necesita estudiar la cuestión y los protocolos de actuación con más detenimiento.

Por otro lado, la Ley 41/2003 ha incorporado a nuestro ordenamiento jurídico la figura del Patrimonio Protegido de las Personas con Discapacidad (PPPD en lo sucesivo). Esta norma permite que se aporten bienes a un patrimonio especialmente afecto a la atención de las necesidades de una persona con discapacidad. El que constituya este régimen también podrá establecer su administración con absoluta libertad (salvo el supuesto en el que beneficiario carezca de capacidad para disponer de inmuebles, en cuyo caso, necesitará autorización judicial para este tipo de actos). Disfruta, igualmente de algunos beneficios fiscales.

Esta figura, en algunos casos, ha servido para mejorar el nivel de vida de los FIL, poniendo bienes a su nombre y garantizando que no se dispondrá de ellos sin un debido control o el necesario apoyo. La amplitud de sistemas de administración y la peculiaridades que pueden establecerse son un valioso instrumento que, bien encauzado, podría ser parte de la respuesta jurídica.

El sistema legal es francamente perfectible por, entre otros, los siguientes motivos:

- El beneficiario debe tener al menos una discapacidad del 33 % (psíquica), este dato deja fuera a la mayoría del sector FIL. Podría incluirse a los FIL si se admitiera algún tipo de definición médica del individuo o, simplemente rebajando el porcentaje. Esta última opción, probablemente iría unida a una pérdida de los beneficios fiscales (al menos, esto es lo que parecería a la vista de la conducta cicatera de la Administración Tributaria ante la discapacidad), pero significaría un indudable avance en el mundo del Derecho Civil.

- Dice la Ley que si el beneficiario tiene suficiente capacidad es el

único que lo puede constituir. Los FIL suelen tener esa capacidad. El problema es que el que puede constituir dicho patrimonio, también puede modificarlo. Y en particular podrá modificar el régimen de administración de los bienes. Este obstáculo puede solventarse estableciendo condiciones suspensivas o resolutorias en el acto de la aportación de bienes al PPPD o, incluso, prohibiciones de disponer o reservándose facultades de disposición (artículo 639 del Código Civil). Habría que ir a aportación por aportación. Este sistema, siendo válido, no es del todo satisfactorio. La Ley debería permitir que, establecido un régimen de administración, la modificación sólo fuera posible cumpliendo ciertos requisitos que se definieran en el propio acto de constitución.

- El régimen fiscal es la gran asignatura pendiente de la Ley. De hecho, tuve la oportunidad de informar a la Comisión para las Políticas Integrales de la Discapacidad del Congreso de los Diputados el 25 de noviembre de 2.009 (puede verse en www.congreso.es, archivo audiovisual, transcurridas hora y cincuenta minutos de la sesión 16). La complejidad y la injusticia de dicho régimen esperamos sea modificada en breve.

7. La capacidad/incapacidad civil desde la perspectiva médico forense

Vamos a abordar este apartado desde la actual legislación española, dejando claro que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad que España ha suscrito va a suponer, sin duda alguna, cambios legislativos para acomodar la normativa a los principios generales recogidos en la Convención y que a los efectos que abordamos, destacamos como más relevantes: el respeto a la dignidad, la autonomía individual, incluidas la libertad de tomar las

propias decisiones y la independencia de las personas (art. 3 apartado a)). La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad (art. 3 apartado c)). La accesibilidad (art. 3 apartado f)). Es por ello que las líneas siguientes están condenadas a una provisionalidad que deseamos sea corta, toda vez que el espíritu de la Convención determina unas directrices generales claras en el tema de la incapacidad que suponen un avance significativo en materia de derechos humanos y libertades fundamentales. Lo relacionado con la incapacitación es tratado en el artículo 12 de la Convención "Igual reconocimiento como persona ante la Ley".

Trataremos en este apartado el concepto de capacidad civil que es estrictamente jurídico, para diferenciarlo del utilizado en medicina. Aunque, evidentemente, existe un paralelismo no son términos idénticos. En Psiquiatría clínica se tiene abundante experiencia en la valoración de la capacidad/competencia de los enfermos mentales para consentir, por ejemplo, la aplicación de determinados tratamientos o ingresos hospitalarios. Son clásicos los criterios de Appelbaum y Grisso (1988) sobre la competencia mental:

- Capacidad de comunicar y mantener una elección.
- Comprensión de la información clínica que se aporta.
- Apreciación del significado que tiene la información que se le transmite.
- Manejo racional de la información.

En general, se trata de valoraciones puntuales para actos puntuales, tal y como se refleja en el Acta 2007 sobre la capacidad mental del Reino Unido en el que en su punto 2.2 (Preliminares. Personas con pérdidas de capacidad) dice que "no importa si la discapacidad o alteración es permanente o temporal". Esta es una de las diferencias

con el concepto de “incapacidad jurídica” que implica un estado de permanencia. La otra es que la incapacidad de obrar únicamente existe tras sentencia judicial.

Desde un punto de vista jurídico, es clásica ya la distinción entre dos tipos de capacidad: la jurídica que es inherente a la condición de persona. Ser sujeto de derechos y deberes. No es más que expresión de la igualdad y dignidad de la persona que resalta la Constitución Española. Es, por tanto, la misma durante toda la vida, uniforme, inmune a graduaciones o modificaciones. Por su parte la capacidad de obrar puede estar limitada, no sólo a los menores, sino también a los adultos cuando concurren determinadas circunstancias que le impiden llevar a cabo determinados actos jurídicos. Si la capacidad jurídica es el reflejo directo de la personalidad, la capacidad de obrar la presupone, pero exige un mínimo de madurez en el sujeto para cuidar de su persona y bienes.

Clásicamente se ha venido manteniendo por nuestros Tribunales que los requerimientos para la capacidad de las personas derivan de la inteligencia y la voluntad. Inteligencia para comprender los hechos y voluntad libre para ejercitar las acciones.

Desde un punto de vista legal, como hemos apuntado, sólo se es incapaz por sentencia firme. El C.C. en art. 200 establece los parámetros para la incapacidad. Si nos fijamos, todos ellos son de peritación médico/psicológica ya que hacen referencia a conceptos o aspectos que son competencia médica. Por ello, la propia ley 1/2000 de 7 de Enero de Enjuiciamiento Civil hace preceptiva la intervención médica.

7.1 Las enfermedades o deficiencias físicas o psíquicas

La historia clínica es la herramienta por la que los médicos nos

servimos para evaluar todo tipo de procesos psíquicos. El FIL no es ajeno a esta aseveración. La historia clínica consta de tres partes esenciales: la anamnesis, la exploración y las pruebas complementarias. Mediante la historia clínica podemos acreditar o descartar entidades nosológicas comórbidas con el FIL. Algunas serían encajables en el eje I (DSM IV-TR), de las cuales la más prevalente asociación es con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Artigas-Pallares *et al.*, 2007) o en el propio eje II cuando se asocia a un trastorno de la personalidad. También podemos encontrar condiciones médicas generales, clasificadas en el eje III como, por ejemplo, genopatías, cromosomopatías, síndromes tóxicos.

A pesar de que clásicamente y de un modo exclusivamente teórico y apriorístico se han venido haciendo clasificaciones de las enfermedades, trastornos, discapacidades o alteraciones, según su "facilidad" para poder incapacitar, así por ejemplo, se suele clasificar a las demencias evolucionadas, a las discapacidades intelectuales profundas, graves y moderadas o los grandes defectos esquizofrénicos como fácilmente incapacitables, mientras que los trastornos de personalidad serían difícilmente incapacitables (en este grupo estarían, en todo caso, el FIL), la redacción del art. 200 deja la puerta abierta a cualquier tipo de deficiencia o trastorno. Lo importante en la incapacitación no es el diagnóstico médico sino la repercusión funcional de la patología o deficiencia en la vida de la persona. García Calderón (2006) en cuanto a la actuación de la Fiscalía, refiere, "...se exige la suficiente acreditación de un diagnóstico o juicio médico, pero sólo como punto de partida porque, como ha puesto de manifiesto la doctrina más autorizada, no podemos llevar a cabo una simple identificación entre diagnóstico e incapacidad por cuanto *la incapacidad es algo mas que un*

diagnóstico, es también un concepto circunstancial (Santos Urbaneja) y es el conjunto de esas circunstancias que rodean cada caso el que permitirá acomodar la actuación de la Fiscalía a las necesidades del discapacitado y solicitar del órgano jurisdiccional competente el dictado de una sentencia que establezca –con todas las garantías – cuál es el nivel correcto de incapacitación que debe establecerse, teniendo en cuenta las especiales condiciones del sujeto”.

7.2 La persistencia

Cuando el art. 200 del C.C. establece el término “persistencia” (enfermedades o deficiencias persistentes) debemos entender que se trata de una cualidad vigente en el momento presente. Existe cuando se inicia el procedimiento y, por supuesto, en el momento de la sentencia, pero además, se proyecta hacia el futuro, es decir; no caben a priori reversibilidades de los procesos causales de la incapacidad, lo cual, no es óbice, y así viene contemplado en el C.C., que si por cualquier contingencia no contemplada en el momento de la declaración de la incapacidad o sobreviniesen circunstancias nuevas que produjesen cambios significativos en la capacidad del declarado incapaz, exista la posibilidad de una revisión de la incapacitación y la posible recapacitación o modificación, si procediese.

¿Cuáles son las circunstancias que pueden responder a este proceso? En general, serían todas aquellas que han determinado un cambio sustancial y persistente de las capacidades del incapaz. En los casos de FIL, quizás la reintegración de la capacidad podría deberse a que cuando se instó estaba en una fase de descompensación, por ejemplo, por estrés (problema de la transversalidad en la evaluación) o quizás porque existía algún otro trastorno comórbido que con el tratamiento oportuno ha mejorado, o porque el entorno ha cambiado y es más favorable. Sea cual fuere la razón, lo importante es que

exista la posibilidad de revertir la incapacidad.

La persistencia es una condición fundamental toda vez que no es posible desde un punto de vista procedimental, ni estaría justificado, entrar en un círculo sin fin de incapacitación-recapacitación-incapacitación etc. En el caso de que alguien que tuviese las facultades psíquicas tan perturbadas que le impidiesen tomar decisiones con conocimiento y voluntad y aún no hubiese sido declarado incapaz por sentencia y lleve a cabo un acto (testamento, donación, compra-venta, etc.) existen fórmulas para declarar nulo ese acto.

Estamos, entonces, ante enfermedades o deficiencias crónicas, estables o evolutivas hacia el empeoramiento, no hacia la mejoría.

Estas cualidades: persistencia, irreversibilidad, cronicidad, estabilidad, etc., se asocian frecuentemente con lo estático, lo inamovible, siendo, por lo tanto, opuestas a lo dinámico. Pues bien, en la discapacidad intelectual y, aún, con más motivo, en el FIL, se va hacia una conceptualización donde lo funcional depende de las interrelaciones dinámicas entre la persona y el ambiente y dentro de éste hay facilitadores o barreras según favorezcan u obstaculicen la adaptación de la persona. Esta nueva conceptualización dinámica de la adaptación puede suponer una contradicción con la estabilidad ya que nos llevaría a considerar adaptaciones diferentes según cambie el ambiente.

En este sentido, Wehmeyer and Garner (2003) en su estudio indican que el CI no es un fuerte predictor de la autodeterminación y no correlaciona con el funcionamiento autónomo, sino que son las variables –ambientales- como las oportunidades para tomar decisiones las que presentan altas correlaciones con la autodeterminación. Pone así el énfasis en el ambiente, la experiencia, facilitando las oportunidades para elegir a las personas con discapacidad intelectual leve y evidentemente a las personas con

FIL.

Es probable que un FIL adaptado social, laboral o familiarmente si sufre una pérdida, está bajo estrés, se descompensa emocionalmente, etc. puede necesitar más apoyos que una persona no aquejada de esa deficiencia. Pero ¿dónde está el límite? También todas las personas nos descompensamos y tomamos decisiones disparatadas. Si admitimos esa mayor necesidad de apoyo en el FIL bajo determinadas circunstancias estresantes, ¿cuál sería la figura jurídica adecuada? ¿la curatela? ¿sería necesaria algún otro tipo de figura?. Son cuestiones que deben ser debatidas. Desde mi punto de vista, aunque la institución de la curatela, suponga no una sustitución sino un complemento para el curatelado tal y como lo refleja la sentencia del TS de 31 de diciembre de 1991, me parece una institución rígida, poco flexible, muy encorsetada. Habría que ir hacia figuras más dinámicas, menos intervencionistas, algo que en otros foros hemos apuntado como "supervisor" siguiendo la terminología empleada por el DSM-IV-TR cuando refiriéndose al retraso mental leve dice "Durante su vida adulta acostumbra adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar **supervisión**, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico..." Da la impresión que el espíritu de la Convención va precisamente en ese sentido: mayor flexibilidad y adecuación a las necesidades de la persona con discapacidad.

7.3 **Autogobierno y evaluación de las capacidades**

Es la esencia de la capacidad. Para que las personas tengan capacidad de obrar han de poseer las capacidades físicas y psíquicas mínimas para autogobernarse. Autogobierno y autodeterminación (individual) suelen ser términos equivalentes. La *autodeterminación personal*, frente a la colectiva, se puede definir como la "habilidad

para identificar y alcanzar metas basadas en el autoconocimiento y la autovaloración" (Field y Hoffmnan, 1994, p. 164, en Field, Hoffman y Posch, 1997). Se trata, en esencia, de que todas las personas, con discapacidad o sin ella, puedan asumir el rumbo sobre lo que sucede en sus vidas, tanto en lo que respecta a las grandes decisiones como en los pequeños detalles (Palomo, 2004).

El autogobierno es un concepto de difícil operativización, toda vez, que sus límites son difusos. El ser humano es un ser social por excelencia y como en todas las entidades sociales hay una interdependencia entre sus miembros. Hasta cierto punto esa interdependencia puede colisionar con el concepto de autogobierno. Entonces, ¿dónde está el límite? Los casos de graves discapacidades no ofrecen dudas. No se valen por sí mismos, muchos de ellos, ni para llevar a cabo las consideradas actividades básicas de la vida diaria, muy relacionadas con la supervivencia básica, pero a medida que la discapacidad se hace más leve, más sutil, siendo el caso paradigmático el FIL, la frontera de la autodeterminación se hace más difusa. Planteado así el tema, todas las personas, dependemos de otras. No somos totalmente autónomas, máxime en el mundo que vivimos que se hace cada vez más complejo y con mayores especificidades. En mi opinión, la línea divisoria para establecer una protección legal a las limitaciones de índole psíquica serían:

- Cuando la persona discapacitada no tiene recursos psíquicos para la tarea que se trate ni sabe buscar la forma de complementar su deficiencia, teniendo en cuenta el contexto donde se desenvuelve habitualmente.
- Cuando los recursos o habilidades psíquicas los utiliza mal determinando resultados negativos para sí mismo en cualquier ámbito. Es necesario, no obstante, que todo ello derive de la

discapacidad psíquica. Es decir; hay que excluir aquellos resultados negativos que deriven del "normal" error o equivocación que en la toma de decisiones tiene el total de la población en momentos determinados. Todas Las personas nos equivocamos o cometemos errores.

Desde el punto de vista jurídico, la forma de valorar la capacidad de autodeterminación viene determinada por la capacidad para comprender (elemento cognoscitivo) y la de querer (elemento volitivo). Todo ello, probablemente como reminiscencia tomista sobre la teoría del libre albedrío (se es libre cuando se conoce y se quiere hacer aquello que se desea). Sin embargo, esto no deja de ser un reduccionismo difícil de mantener desde la psicología. Las conductas dependen de más factores que la inteligencia y la voluntad. Por ejemplo, los afectos, las motivaciones, etc. juegan un papel preponderante en las conductas.

Ciñéndonos al FIL no asociado a otro proceso patológico, seguiremos para su evaluación una perspectiva holística. La evaluación, entonces, se ha de centrar en la persona de forma global e integrada donde lo físico y lo psíquico forman una unidad, pero todo ello, en continua interrelación dinámica con el ambiente, entendiendo por "ambiente" lo social, lo estructural, lo físico (elementos facilitadores y barreras), la disponibilidad de recursos, las oportunidades para la participación, etc.

La evaluación centrada en la persona se lleva a cabo a través de la historia clínica como ya hemos reflejado. La entrevista clínica es el instrumento evaluador fundamental. Aporta no sólo información que transmite el evaluado desde que tiene uso de razón, sino que es parte esencial de la exploración ya que el evaluador puede observar y constatar directamente gran parte de la semiología relativa a las funciones psíquicas: atención, concentración, lenguaje, memoria,

razonamiento, etc.

La entrevista clínica cuando, además, es complementada con información procedente de personas significativas que conocen bien al evaluado (familiares, educadores) nos aporta elementos que nos permiten minimizar uno de los principales problemas de la evaluación: la transversalidad. La evaluación se produce en un momento temporal determinado. Si nos centramos en la evaluación de ese momento descuidando la perspectiva longitudinal e idiográfica y la existencia de distintos escenarios, corremos el riesgo de incurrir en graves sesgos. Además, la información de terceras personas también, minimiza el otro gran problema que es la validez ecológica, entendiendo por la misma, la generalización de los resultados a los contextos situacionales.

En cuanto a las medidas de evaluación haremos una breve referencia a tres tipos de pruebas abordadas de forma más extensa en otros apartados: tests de inteligencia, instrumentos de evaluación de funciones ejecutivas y pruebas "adaptativas".

- Los tests de inteligencia tienen un valor muy relativo tal y como hemos venido manteniendo. Se utilizarían como medidas de primera aproximación y tendrían un valor únicamente orientativo. En todo caso, hay que utilizar pruebas validadas y de contrastada fiabilidad para el constructo que se considere. Al igual que como cualquier tipo de pruebas es recomendable que el perito esté familiarizado con algunas de ellas y usar solo esas. Habría que disponer de test para niños y adultos y algún test "exento" de influencias culturales.
- Tampoco nos vamos a extender en este apartado. Este tipo de pruebas tienen a su vez el problema de que el constructo "funciones ejecutivas" tampoco está perfectamente delimitado ni estructurado, por lo que es difícil que los instrumentos utilizados respondan a algo no perfectamente definido. Sin

embargo, de forma individual, cada una de las pruebas que se utilizan sí nos aportan información relevante como, por ejemplo, la capacidad de memoria, el modo de razonar, planificar, solucionar problemas, control de impulsos, de atender, etc.

- Estas herramientas contienen ítems sobre el nivel de ejecución de funciones de la vida diaria. En general, son realizadas tanto por parte del explorado como por personas que conocen bien a la persona evaluada. Dado que los FIL tienen un funcionamiento adaptativo alto, si los comparamos con el resto de incapacidades intelectuales, vamos a obviar todas aquellas pruebas que están diseñadas para evaluar a personas con déficits muy significativos y que se usan, básicamente, para evaluar deterioros cognitivos severos, como por ejemplo las demencias, sobre todo cuando están evolucionadas.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) es la revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS en 1980. El 22 de Mayo de 2001 se aprobó para ser empleada a nivel internacional. Inventario de Destrezas Adaptativas (CALS) (Morreau *et alt*, 2002). Curriculum de Destrezas Adaptativas (ALSC) (Gilman *et alt.*, 2002) y El Inventario para la Planificación de Servicios y la Programación Individual (ICAP) (Bruininks, *et alt.*,1993)

7.4 Extensión y límites

La LEC establece en su artículo 760 la obligación del Juez o tribunal sentenciador de establecer la extensión y límites de la incapacidad. Esta obligación que conlleva la posibilidad de parcelar la incapacidad hasta donde sea necesario es de suma importancia, ya que la

incapacidad si bien es una medida protectora para el declarado incapaz, una mala aplicación de la misma, puede suponer una restricción de derechos con el grave perjuicio que conlleva. Es por ello que todos los operadores jurídicos, (desde los peritos hasta el Juez) debemos esforzarnos para delimitar con la mayor especificidad posible los actos para los cuales la persona es capaz y para cuáles no. Un paso importante fue la Ley Orgánica 5/1985 de 19 de junio del Régimen Electoral General que establecía la obligación del Juez o tribunal para expresar sobre la capacidad para votar. Nuevamente, la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), hace hincapié en estos aspectos.

El nivel más básico de funcionamiento corresponde a las denominadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que se refieren a las conductas relacionadas con el



cuidado personal: higiene, vestido, levantarse, acostarse, etc. con la supervivencia: comer, beber, con la comunicación básica, reconocer objetos y personas, etc.

Un nivel superior al anterior corresponde al de las Actividades Instrumentales Rutinarias de la Vida Diaria (AIRVD). Se tratan de actividades que llevamos de forma rutinaria. Tienen relación con la adaptación al entorno concreto donde se desenvuelve la persona e implican una cierta independencia. Entre las actividades de este nivel están: usar transporte público, teléfono, llevar a cabo compras, cocinar, usar servicios comunitarios como ir al médico, tomar la medicación, etc.

El último nivel jerárquico superior a los anteriores es el que

denominado el de Actividades Instrumentales NO Rutinarias o Especiales (AE) entre estas podríamos incluir actividades financieras o del área económica: como pedir préstamos hacer frente a hipotecas, realizar compra-ventas de cierta entidad etc. y las Decisiones Transcendentales (DT): asumir la guarda y custodia, adoptar, casarse, decidir un cambio de residencia drástico etc.

Es importante tratar de parcelar la capacidad/incapacidad tratando de huir de los automatismos de las incapacidades totales o incluso de las parciales genéricas para llegar a las específicas.

8. Tratamiento en la jurisdicción de las personas con FIL

En esta materia trataremos tres perspectivas, la penal, la administrativa, centrada en el certificado de minusvalía (hoy de discapacidad) y la puramente civil de incapacitación.

8.1 La cuestión penal.

¿Es imputable una persona FIL? Es decir, puede atribuirse responsabilidad penal a estas personas.

El artículo 20 del Código Penal establece que están exentos de responsabilidad criminal el que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

Además el artículo 21 dice que: "Son circunstancias atenuantes: Las causas expresadas en el Capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos."

Aclara el artículo 25 que "A los efectos de este Código se considera incapaz a toda persona, haya sido o no declarada su incapacitación,

que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona o bienes por sí misma.”

Luego no es necesario incapacitar para acreditar la inimputabilidad. Rastreando en la jurisprudencia podemos encontrar diversos pronunciamientos en los que, en vez de excluir la responsabilidad penal de la persona FIL, ésta se atenúa:

- Sentencia de 10 de octubre de 2006 de la Audiencia Provincial de Pontevedra: atenuante analógica.
- Sentencia de de la Audiencia Provincial de Cádiz de 22 de septiembre de 2006: atenuante muy cualificada.
- Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de noviembre de 2003: eximente incompleta.

Sin embargo, el Tribunal Constitucional, en su labor de máximo intérprete de la Constitución (y superior por ello a todos los mencionados) se pronunció en un recurso de amparo ante una Sentencia del Tribunal Supremo núm. 273/2003, de 28 de febrero que había condenado de igual modo a los diversos coautores de un delito. El recurrente entendía que la persona FIL debía tener una moderación o atenuación de la pena.

La Sentencia del Tribunal Constitucional 98/2005 razona lo siguiente: «En consecuencia, teniendo en cuenta los informes anexos y el examen practicado por el médico forense, no puede aplicarse a los hermanos U. la eximente incompleta de enajenación ni tampoco la atenuante puesto que su capacidad intelectual es límite y en ninguno de los dos hermanos está por debajo del 70 por 100 que exige la jurisprudencia del TS para entender que la responsabilidad penal queda disminuida».2

² Caso con similar resultado es la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Militar) de 27 de mayo de 2005, la cual se dictó en un caso de abandono de destino. Otro delito que podríamos calificar de típico de un FIL.

Pero, ¿qué delito era? Pues era robo con violencia e intimidación. No deja de sorprender que un FIL haga tal cosa. ¿Suenan a que no se consumó y quedó en tentativa? Pues sí. El altísimo tribunal condena a los FIL en grado de tentativa. No digo que no deba perseguirse y reprimirse la actividad delictiva o antisocial de los FIL, pero su peligrosidad es evidente que es inferior y resulta que el único caso que llega al TS y TC, no se consumó. Lo prepararon torpemente.

Ello no obstante, no puede decirse que el Tribunal Constitucional prohíba que se establezcan diferencias en la imposición de la pena fundadas en esta causa, simplemente respeta que el Tribunal correspondiente aprecia la irrelevancia de esta circunstancia.

Conclusión: es conforme a la Constitución que la responsabilidad penal del FIL sea la misma que la del resto de las personas.

Una vez condenados, sin embargo, tienen los FIL una posible salida. Se trata del artículo 60 del Código Penal de establece: "Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias."

Sorprende ver cómo algunos de los titulares de Juzgados de

Vigilancia Penitenciaria, al contemplar el efecto que la condena produce en los FIL y su supuesta finalidad reinsertatoria, quizás por motivos más humanitarios que jurídicos, aplican este precepto "in bonam partem" al que no padece un supuesto "trastorno mental grave", sino una función intelectual más limitada. Bienvenida sea la práctica, pero lo aconsejable sería un mejor ajuste legislativo.

8.2 La cuestión administrativa: ¿Son merecedores de un certificado de minusvalía?

La única mención que hay en nuestro derecho a estas personas en la contenida en el Real Decreto 1971/1.999 que regula los certificados de minusvalía (con terminología ya desfasada). Debe destacarse que el concepto empleado en este Decreto es el de coeficiente intelectual comprendido entre 70 y 80, sin conexión con clasificación alguna conocida.

De un lado ya está permitido que se emita el certificado en el que figure una minusvalía inferior al 33% lo cual permite que el FIL tenga acceso a este documento. Pero, por debajo de esa cota, no hay beneficio fiscal ni administrativo.

Las Sentencias son claramente contradictorias sobre si un FIL puede tener una discapacidad de grado suficiente. Se enmaraña la cuestión como es lógico, con la comorbilidad, tan frecuente en estos casos.

Veamos dos de estas sentencias:

Audiencia Provincial de Soria, Sentencia de 20 Dic. 2000, rec. 198/2000: "En el caso presente, de los datos fácticos que expresa la sentencia de instancia, basados en el dictamen médico forense, se pone de manifiesto que Miguel A. D. E. posee una capacidad intelectual límite con un CI=70 que lo sitúa en el límite más bajo de la normalidad, que ha sido capaz de organizar su vida, su economía y atender a sus necesidades sin grandes ayudas externas, concluyendo

que su estado psíquico actual le permite regir su persona y bienes, salvo en el caso de que se trate de bienes muy cuantiosos o de gran complejidad.”

Resultado: no tiene discapacidad protegible (no llega al 33%).

Audiencia Provincial de Valladolid, Sección 3ª, Sentencia de 24 Nov. 2005, rec. 411/2005: “En orden al fondo del asunto, el resultado de las pruebas practicadas avalan y refrendan la decisión adoptada por la Sentencia recurrida, es decir, que Doña Diana, presenta una capacidad intelectual límite o retraso mental leve, de carácter persistente, que si bien no le impide regir su persona dentro de un entorno sociolaboral y familiar ordinario, ni administrar sus bienes en el ámbito de las necesidades de la vida cotidiana, comporta sin embargo una disminución de su aptitud y capacidad de administración ante hechos u operaciones económicas de mayor complejidad e importancia. El informe pericial emitido por la médico forense (folio 55, 56) tanto en la Instancia como en esta Alzada, ha sido muy claro a este respecto y coincide sustancialmente con lo diagnosticado por el Doctor en Psiquiatría D. Jose Enrique en el sentido de que Doña Diana presenta una deficiencia intelectual y un trastorno adaptativo con síntomas depresivos reactivos estos últimos a la muerte de sus padres. La Gerencia Territorial de Servicios Sociales en aplicación de los vigentes Baremos de valoración de discapacidades, ha reconocido a Doña Diana un grado de minusvalía del 65% con diagnóstico de discapacidad psíquica.”

Resultado: obtuvo una discapacidad del 65%.

Conclusión: hay una grave inseguridad jurídica en torno a la posibilidad de acceder a los beneficios fiscales y administrativos.

8.3 La cuestión civil. Los procedimientos de

incapacitación.

El informe pericial no es vinculante para el juez y el tema de la capacidad civil es, exclusivamente, jurídico ya que como hemos apuntado, solo se es incapaz por sentencia firme (art. 199 del C.C.), por lo tanto, a mi entender, quedaría incompleto el tema si no comprobamos cómo nuestros Tribunales de la jurisdicción civil valoran la capacidad civil de los FIL. Para ello se solicitó del CENDOJ - Centro de Documentación Judicial del Consejo del Poder Judicial - las sentencias que tuviesen por objeto este tema: capacidad civil en el Funcionamiento Intelectual Límite. Con esos parámetros nos han remitido un total de 30 sentencias de 18 Audiencias Provinciales distintas. Del análisis de las mismas, sin pretender hacer un estudio exhaustivo, sino simplemente formarnos una idea general del tratamiento jurídico de los FIL, hemos entresacado los siguientes datos:

	EJE I					EJE II					
	T. Afectivo	T. Adaptativo	Depend en. alcohol	TDAH	T orgánico	antisocial	esquizotipico	Histrionico	Limite	Por dependencia	No especificado
13	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3

* **No asociado** indica que en la sentencia no se recoge la existencia de patología comórbida. Lo que no implica que no existiera

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EXTENSIÓN DE LA INCAPACIDAD

No incapac Anulación contrato Recapacitación Obligatoria Revocación Obligatoria Extensión curatela Incapac parcial Incapac. total Incapacidad guarda-custodia

1 asociado 1 no asociado 1 asociado 1 no asociado 1 no asociado 5 no asociados
1 no asociado 2 asociados 4 no asociados 2 asociados 7 asociados

4 asociados

9. Propuestas concretas

El ordenamiento jurídico debe contemplar una serie de modificaciones para atender a este estado de las circunstancias.

9.1 *Evitar los abusos*

En primer lugar debe evitarse que personas con FIL queden a merced de cualquier impremeditación o de un desaprensivo. Nadie duda, hoy por hoy, que una persona con FIL podrá acudir a una Entidad de Crédito y obtener un préstamo, también que le concedan una tarjeta de crédito o contratar la compra de un vehículo.

Las nuevas tecnologías nos brindan la posibilidad de acceder a bases de datos de modo inmediato y con plenas garantías de integridad. Quizás haya llegado el momento en que toda persona que vaya a contratar con ciertos empresarios, tenga que ser examinado en cuanto a su capacidad en un registro "on line". Así también en toda intervención de un notario.

En España disponemos de varios registros en los que deberían anotarse las discapacidades, concretamente: El Registro Civil, el de la Propiedad y el Mercantil. Cuando una persona es incapacitada (es decir, sólo cuando judicialmente se ha establecido la incapacidad de la persona para gobernarse por sí misma), el tribunal envía una comunicación (oficio) al Registro Civil para que por medio de nota marginal, al margen de la inscripción de nacimiento se indique este hecho. Además existe una sección en el Registro Civil (la cuarta) donde se hacen constar las representaciones que correspondan, por ejemplo, a tutores. Si la persona incapacitada tiene bienes inmuebles o es comerciante, se puede igualmente inscribir en el Registro de la Propiedad o en el Mercantil, respectivamente. Lo que ocurre es que el Registro Civil no suele consultarse cuando se va a contratar con una persona, y los fedatarios no tienen obligación de hacerlo. Es algo que

hoy en día puede ser bastante engorroso y perjudica la indispensable celeridad del tráfico jurídico.

Uno de los principales defectos del Registro Civil español es la insuficiente informatización que debió empezarse en 1999 y no ha concluido. Recientemente, la Orden JUS/1468/2007, de 17 de mayo, sobre impulso a la informatización de los registros civiles y digitalización de sus archivos, pretende mejorar este proceso. Otro defecto es la desvinculación que presentan con el Documento Nacional de Identidad u otros equivalentes como el Permiso de Residencia. Sólo las inscripciones más recientes están debidamente informatizadas. El Registro Civil está ordenado de forma que depende de los Juzgados de Primera Instancia de cada municipio, si existe tal, de no existir, se encuentra a cargo del Juez de Paz, en estos casos, lo normal es encontrarlo en el mismo Ayuntamiento. Muchos de ellos carecen de medios técnicos adecuados.

Por otro lado, existe el problema de los nacidos en el extranjero que, si son españoles, se inscriben en el Registro Consular correspondiente y en el Registro Civil Central.

Existe una solución que creo que no ha sido suficientemente examinada. Podrían activarse una nueva funcionalidad del Registro Civil Central que consistiese en que todos los procedimientos o documentos que constaten la existencia de un FIL se comuniquen a este Registro (eso sí, con los datos personales que suelen utilizarse: DNI, Número de Identificación de Extranjero, pasaporte,...). Basta un solo ordenador central que publique on-line esta información.

Recientemente, la "Ley 1/2009, de 25 de marzo, de reforma de la Ley de 8 de junio de 1957, sobre el Registro Civil, en materia de incapacitaciones, cargos tutelares y administradores de patrimonios protegidos, y de la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, sobre protección patrimonial de las personas con discapacidad y de

modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil de la normativa tributaria con esta finalidad” ha incorporado esta función del Registro Civil Central, sin embargo la iniciativa está aún en ciernes. Y, sobre todo, para que sea realmente útil, será necesaria generalizar la consulta telemática a la práctica diaria.

La consulta informatizada previa a la contratación es habitual en la actualidad, tanto en las notarías (examen del archivo de poderes revocados, de la situación registral de la finca, del Registro Mercantil) como en las entidades de crédito (consultas al Banco de España sobre importes de crédito). No implicaría un gran cambio ni esfuerzo que se estableciera en la rutina este requisito previo de calidad.

9.2 No incapacitar

Examinada la cognoscibilidad general de la situación FIL, se hace imprescindible dilucidar cuál sea el documento jurídico que ha de reconocer la existencia de una capacidad límite y cuáles sean sus efectos. Dicho de otro modo, qué es lo que debe publicarse en el Registro.

A fin de proteger adecuadamente a los FIL debe acudir a un nuevo concepto que no incapacite, que sea ágil, pero que impida los abusos sobre estas personas.

Por ejemplo la creación de un procedimiento de jurisdicción voluntaria que finalice con una sentencia (o el tipo de resolución que la técnica procesal aconseje) cuyo objeto sea el de constatar la situación FIL o la iniciación de este procedimiento: el estado civil de apoyo a la voluntad.

Podría establecerse una dualidad de procedimientos según prefiera el interesado, tal y como se regulan algunos actos de jurisdicción voluntaria en el actual proyecto de ley: vía judicial y vía notarial.

El primero podría tener una regulación que consistiera en la simple remisión a la normativa sobre la incapacitación. Con la particularidad

de que por la simple admisión a trámite el tribunal debería enviar una comunicación preventiva al Registro Civil Central que tenga un plazo automático de caducidad para el caso de que la resolución definitiva del procedimiento no llegue a producirse en un período de tiempo razonable

Y el segundo por la vía extrajudicial, mediante una simple declaración de voluntad otorgado por el propio FIL en la que él mismo declare que quiere poner de manifiesto la limitación a su capacidad, de modo que quede sometido al régimen que él mismo establezca.

Ahora bien, en esta regulación hay que evitar que ciertos intereses espurios sean amparados por el derecho. Podría ocurrir que algún pariente quiera conocer (o evitar) todos los actos de administración o disposición de otro al que se someta a una inapropiada presión o coacción. Este tipo de comportamiento ocurre, a día de hoy y por desgracia, a veces con las personas mayores.

Por ello, si una persona con FIL queda sometido al régimen de apoyo a la voluntad, debería poder realizar todos los actos de la vida civil sin necesidad de que consienta ni se entere de ellos una persona determinada, bastaría con que hubiere motivos suficientes para entender que la decisión de dicha persona es "razonable" o "cabal".

Los medios para apreciar esta condición del acto concreto deben ser diversos y alternativos y los describiría la normativa que establece el régimen de la persona con apoyo a la voluntad. Por ejemplo: cuando concurra el consentimiento de la persona designada para ello; cuando lo consientan dos parientes próximos que no tengan interés alguno en el acto de que se trate, cuando informe favorablemente el fiscal competente o de otras autoridades (abogados del estado, asistente social, juez de paz etc.) etc.

Otro frente, hoy abierto, es el del Patrimonio Protegido de las Personas con Discapacidad, al que me refería en el apartado 4 (Las "nuevas tendencias" en el Derecho. Una revisión del régimen

aplicable a los FIL). No costaría trabajo adaptar los requisitos subjetivos de la Ley 41/2003 a las peculiaridades de estos individuos.

9.3 *Otras modificaciones*

En una normativa relativa a la discapacidad:

- Crear el concepto de: “personas que, en todo o en parte, no esté en condiciones de hacer frente a las necesidades cotidianas” en términos similares a los recogidos en la legislación italiana.
- Permitir que estas personas queden amparadas por una amplitud de estatutos distintos, desde la representación, al simple apoyo o colaboración en la realización de negocios.

En el Código Penal:

- Debería tipificarse el ejercicio de cualquier actividad que suponga la tentativa (o colaboración) en la incapacitación o en la alteración del estado civil en otra persona falseando datos relativos a sus circunstancias personales.
- La excusa absolutoria del artículo 268 del Código Penal no debe ser aplicable a los supuestos en los que el perjudicado sea un discapacitado, una persona con discapacidad o FIL aunque no esté incapacitado.
- Debería tipificarse la captación de la voluntad de personas que la tienen alterada aprovechándose patrimonialmente de sus circunstancias. Especialmente las que se divulgan en los medios de comunicación. Se trataría de una pequeña modificación del tipo delictivo hoy existe de estafa que sea algo más amplio de su redacción actual (artículo 248).

Civil y administrativa:

- La totalidad de las sentencias hacen referencias resaltando la importancia de los informes técnicos (médicos, psicológicos, psico-sociales) etc. por lo que las periciales hay que cuidarlas de forma rigurosa. Bien es cierto que alguna sentencia (hemos encontrado dos) ha ido en contra de las indicaciones periciales. Hay que tener en cuenta que la pericial nunca es vinculante.
- Considero conveniente que los FIL se vean compelidos a trabajar, es decir, que se abandone la política asistencial y se aplique una política que les haga aspirar a un mejor nivel de vida económico si hacen el esfuerzo de integrarse en la vida laboral.

Este efecto puede lograrse sólo convergiendo tres sectores normativos: Normas fiscales y de Seguridad Social que aseguren que la renta disponible del FIL es superior por el simple hecho de trabajar. Normas de reserva de cuota para puestos de trabajo tanto público como privado. Normas de contenido presupuestario (o fiscal) que desarrollen una auténtica política de inserción de modo que se subsidien a los técnicos en inserción laboral y demás gastos.

10. Caso prototípico

F.L.P. es una persona de 37 años que solicita mediante el escrito correspondiente a Fiscalía su recapacitación o, en su defecto, el cambio de la figura del curador. En el año 2003 el Juez competente determina su incapacidad parcial para la administración de bienes. La curatela es asumida por el Instituto Tutelar.

Se trata de una persona procedente de un ambiente familiar desestructurado. Padres separados. Siempre se ha sentido rechazado. Es internado en diversos colegios y hay efectivamente una situación de desamparo, asumiendo la Tutela el Organismo Público. Se le diagnostica de "capacidad intelectual límite" con probable origen en un meningitis neonatal (mal documentada). Desde el punto de vista de la personalidad se aprecian rasgos de tipo esquizoide y anancásticos, sin llegar a cumplir criterios claros de trastorno de personalidad. Por ello, la Diputación Foral le concede un grado de minusvalía del 41%.

En los diversos internados por los que pasó le apreciaron dificultades para seguir el ritmo de las materias académicas de los chicos de su edad. Suspende dos cursos. No se han reportado alteraciones conductuales habiéndose adaptado bien a los distintos centros.

Ha desarrollado diversos tipos de trabajos. Actualmente trabaja como barrendero para un Ayuntamiento. Lleva 10 años. Buena adaptación laboral.

Ante la ausencia de conflictos significativos y la buena adaptación a los diferentes ámbitos: educativo, laboral, social, etc. pasa de un régimen de tipo residencial a un piso, también dependiente de Diputación. Ello implica mayor libertad y menor control. En esta situación, pronto empieza a mostrar descontroles conductuales, principalmente en el gasto. Hace gastos innecesarios y excesivos como por ejemplo llamadas de teléfono a "agencias astrológicas" con facturas desmesuradas. Empieza a beber alcohol en exceso, etc. Por otro lado, es una persona vulnerable al engaño y, terceras personas han abusado en áreas relacionadas con lo económico. Estas alteraciones son las que motivan el proceso de incapacitación que finalmente tiene lugar en el año 2003, siendo, como se ha indicado anteriormente, de tipo parcial.

Han transcurrido más de cuatro años, y solicita su recapacitación. Considera estar preparado para administrar su dinero y bienes. Como alternativa, dado que no está de acuerdo con el curador, pues considera que la asignación de dinero es insuficiente, solicita el cambio de curador.

En la exploración practicada se aprecia un razonamiento simple, con pensamiento en estadio piagetiano incipiente de operaciones formales, dificultades para

interpretar refranes, establecer analogías, mayor lentitud en el cálculo y en el procesamiento de la información. No alteraciones prácticas, gnósticas. Lenguaje expresivo y receptivo conservado. Memoria episódica, procedimental, de trabajo y semántica (aunque con limitaciones del pool conceptual) sin alteraciones groseras. No alteraciones de las capacidades viso-espaciales. Adecuada orientación auto y alopsíquica. No hay alteraciones de la esfera sensorio-perceptiva. No trastornos formales, ni del contenido del pensamiento. No síndromes afectivos.

De su personalidad se advierten los rasgos de tipo esquizoide: es algo retraído, introvertido, mirada esquiva, etc. y anancástico: rigidez, terquedad, rumiación, etc.

Sus puntos débiles son la vulnerabilidad al engaño, las dificultades para demorar gratificaciones, la planificación para obtener resultados a largo plazo y ciertas aspiraciones poco realistas.

No se practica ningún test de inteligencia ya que la psicometría de la inteligencia está avalada por múltiples test (WISC, cuando era menor y WAIS en sus diferentes formatos cuando alcanzó la mayoría de edad) y aunque con las diferencias en puntos de CI ya comentadas en apartados anteriores, no hay duda que teniendo en cuenta ese particular aspecto de la evaluación, el explorado se mueve en cifras de CI en el rango de un FIL o, en algún caso, en la discapacidad intelectual leve en su rango superior.

Sí se evalúan las capacidades adaptativas mediante el ICAP (Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual). No presenta problemas de conducta. De los cuatro módulos de destrezas, no hay problemas en las correspondientes a las destrezas motoras. En las "Destreza Sociales y Comunicativas" puntúa con 2 (las realiza bien, 3/4 de las veces, ó tal vez necesita que se le pida que lo haga) en el ítem 18 (localiza la información que necesita en las páginas amarillas de la guía telefónica o en los anuncios clasificados del periódico). En el módulo 4 "Destrezas de la vida en Comunidad" puntúa con 1 (las realiza aunque no bien) en el ítem 17 (rellena formularios y asiste a entrevistas de selección para buscar trabajo).

Sin embargo, no son evaluables otras destrezas, precisamente, por estar sujeto a curatela. Para no ser extenso, únicamente me referiré a los ítems 15, 18 y 19 de las "Destrezas de vida en la Comunidad" que hacen referencia respectivamente a: "Administra su dinero de forma que cubra los gastos de por lo menos una semana (ocio, transporte y otras necesidades)". "Recibe facturas por correo y efectúa pagos antes de que venza el plazo". "Hace balance mensual de su cuenta bancaria o libreta de ahorros". Evidentemente, por su situación de curatela, estas destrezas no las puede ejercer por lo que desconocemos su competencia.

Comentarios

Estamos ante un caso que podríamos calificar de prototipo de curatela. La sentencia determina su extensión, que, en general, suele circunscribirse al manejo de bienes inmuebles, actividades financieras, manejo de dinero en cantidades elevadas, etc. Se suele asignar pequeñas cantidades de dinero para gastos corrientes que el incapaz puede manejar. Los gastos extras los determina el curador en función de las necesidades del incapaz.

Si no se introducen fórmulas que permitan evaluar la hipotética capacidad "adquirida" del incapacitado en aquellas áreas para las que se le incapacitó, estamos condenando a la perpetuidad al incapaz a seguir siendo incapaz. Es probable que algunos casos absolutamente irrecuperables no supongan ningún problema. Pero hay otros, como pueden ser algunos FIL, que pueden beneficiarse del aprendizaje y, por lo tanto, poder plantearse una reversión de la incapacidad. Así por ejemplo en el caso que presentamos, si no se le da la oportunidad de manejar dinero de forma alternativa a lo fijado formalmente por la sentencia nunca podremos evaluar una posible recapacitación.

Proponemos que de forma escalonada se vayan "experimentado" situaciones de manejo de dinero progresivamente mayor para evaluar la posible adquisición de destrezas en el manejo de dinero. Se pasaría de una fase a otra superior si se supera la anterior. Así por ejemplo si a una persona en sentencia se le ha asignado una cantidad de dinero "de bolsillo" para gastos rutinarios, si al cabo de cierto tiempo se comprueba que el gasto es racional y ajustado, habría que pasar a otra fase en la que se incremente la cantidad, posteriormente, a otras donde se le asigne el dinero, si era semanal, que sea mensual, si fuera mensual que sea cada dos meses, etc. proporcionarle al mismo tiempo el dinero de bolsillo y el extra, etc.. Las posibilidades pueden

ser muy variadas. Lo importante sería diseñar planes individualizados. Estos planes pueden ser muy válidos sobre todo para personas FIL ya que algunos de ellos han podido llegar a la incapacidad parcial por haber pasado por un periodo de crisis donde efectivamente manejaron mal el dinero o los bienes pero son personas susceptibles de aprender y corregir conductas. Si así fuera, podríamos recapacitar a estas personas con el beneficio que para ellas supone el aumento de su competencia.

11. 10 puntos fundamentales del derecho Romano y la capacidad civil

- 1.- La incapacitación civil es un tema de exclusiva competencia judicial.
- 2.- El perito médico es un auxiliar del Juez cuyo informe pericial no es vinculante.
- 3.- El FIL, como cualquier otra etiqueta diagnóstica, no implica "per se" la capacidad/incapacidad.
- 4.- La capacidad civil depende de las capacidades adaptativas al medio donde se desenvuelve el FIL. La valoración del C.I. (cociente de inteligencia) es solo orientativa.
- 5.- La valoración pericial del FIL ha de tener en cuenta a la persona desde una perspectiva longitudinal y holística y en interacción dinámica con el entorno.
- 6.- El proceso de incapacitación sólo debería instarse cuando se han abordado y agotado todas las posibles intervenciones que tanto sobre la persona como el entorno sean adecuadas en aras a su integración.
- 7.- La incapacitación es una instancia de la que se abusa con harta frecuencia como forma de solucionar problemas, que tienen abordajes distintos a este proceso, descuidando de que la finalidad primera y fundamental es la protección del presunto incapaz.
- 8.- Hay que huir de los "automatismos", hasta ahora tan frecuentes, que determinan incapacidades totales o, parciales sólo para la administración de bienes y dinero.
- 9.- Si se han arbitrado medidas de protección, han de ser

exclusivamente las justas, necesarias y acomodadas al caso concreto.

10.- Quizás, y más en los casos FIL, cuando proceda, habría que ir hacia figuras más flexibles que las de tutor y curador tal y como aparece en el espíritu subyacente de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde se concede al discapacitado-incapaz mayor protagonismo.

Referencias Bibliográficas

1. Appelbaum PS. & Grisso T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*; 319: 1635-1638.
2. Artigas-Pallarés, J. Rigan-Ratera, E, García-Nonell, C. Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Rev Neuol* 2007;44:12
3. Bruininks, RH. Hill, BK. Woodcock, RW. Weatherman, RF. Inventario para la Planificación de Servicios y programación individual ICAP. Ice-Deusto: Mensajero. 1993
4. García Calderón J. La voluntad de la víctima discapacitada en el proceso. Cuadernos de Derecho judicial. Consejo General del Poder Judicial. Madrid, 2006
5. Gilman C.J. Morreau, L.E. Curriculum de Destrezas Adaptativas (ALSD). ICE Universidad de Deusto. Ediciones Mensajero. 2002
6. Gullón Ballesteros, A. La capacidad jurídica y capacidad de obrar. *Estudios de Derecho Judicial*; 22/1999: 11-22. Consejo General del Poder Judicial
7. Ley 1/2000 de 7 de Enero de Enjuiciamiento Civil (BOE número 7 de 8/1/2000).

8. Ley orgánica 5/1985 de 19 de junio, del régimen electoral general, Colex, S.A., 2000.
9. Morreau, LE., Bruininks RH. y Montero, D. Inventario de destrezas adaptativas (CALs). Manual. Bilbao: Ediciones Mensajero, 2002
10. Naciones Unidas. Asamblea General. A/61/611. Convención de los Derechos de las personas con discapacidad. 2006
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. Madrid INSERSO.2001
12. Wehmeyer, ML. Garner NM. The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2003; 16, 255-265

I Reunión Andaluza de Neuropsicología. 28 Enero 2011

**SIGNOS PRECOSES BÁSICOS DEL DIAGNÓSTICO Y NEUROBIOLOGÍA
DEL TDAH PREESCOLAR**

Dr. Fernando Mulas

Director Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP)
Jefe de Neuropediatría y Profesor Asociado, Hospital La Fe. Valencia

Correspondencia:

INVANEP. C/ Artes Gráficas, 23, bajo

46010-Valencia. Tf: 963613300

www.invanep.com

INTRODUCCION

El Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad (TDAH) es la problemática del neurodesarrollo mas frecuente en la clínica neuropediátrica, afectando a un 5 - 7 % de los niños, lo que representa uno de cada aula escolar. Las implicaciones académicas, conductuales y sociales son relevantes, especialmente en el subtipo combinado, y solo una intervención decidida con medicación y un adecuado apoyo terapéutico psicopedagógico posibilitan mediante una intervención multidisciplinar un mejor pronóstico en la evolución futura de estos niños.

La visión del TDAH desde la óptica de la Atención Temprana hace precisa su oportuna consideración respecto al diagnóstico precoz y tratamiento en la edad preescolar ya que desde el punto de vista clínico la precisión diagnóstica no es fácil, sobre todo en los futuros subtipos inatentos, y desde el punto de vista del tratamiento farmacológico hay unas mayores limitaciones por la ausencia de indicación aprobada por sanidad debida a la corta edad de los niños, siendo por ello que en estos casos la intervención psicopedagógica temprana se hace aún mas necesaria.

Desde el punto de vista etiológico se estima que en un 80% de los casos tiene una base genéticamente determinada de carácter poligénico, y en el resto se han descrito distintos factores relacionados como los antecedentes de ingesta de alcohol o tabaquismo en el embarazo. La asociación con la adopción también ha sido descrita. Un aspecto de interés para la atención temprana, dada la frecuencia de esta intervención en niños prematuros, es la asociación descrita de TDAH y los niños de muy bajo peso al nacimiento. Esto se puso también de manifiesto en nuestra tesis doctoral sobre *Evolucion neuropsicológica en edad escolar de los recién nacidos de peso menor de 1000 gramos* (Mulas, 2003) cuyos resultados del grupo experimental en el funcionamiento psico-social a largo plazo revelaron que las dificultades mas severas afectaban fundamentalmente al área del lenguaje (C.I. verbal y habilidades psico-lingüísticas) que se asocian directamente con los problemas en el control y regulación de los impulsos (Hiperactividad y agresividad) y con los aprendizajes escolares básicos. Estos niños tuvieron un índice de repetición de cursos académicos cuatro a cinco veces superior a los del grupo control.

El TDAH en edad preescolar se manifiesta en un 50% menos que en la edad escolar, lo que supone alrededor de un 3% de los niños y hay dificultades en la estandarización de los criterios diagnósticos. Tampoco existen criterios clínicos predictivos, aunque puede ser útil los correspondientes al DSM-IV (Viser et al. Pediatrics, 119: s99-s106, 2007)

SIGNOS CLINICOS DE ALERTA EN EDAD PREESCOLAR

(Vaquerizo-Madrid J. Rev Neurol, 2005; 40 (Supl 1): S25-S32):

1. Observamos una pobre disposición para el juego social con otros niños.
2. Tiene en exceso preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos.
3. Tiene una actitud desmontadora ante los juguetes, lo que significa un pobre interés sostenido por el juego con juguetes.
4. Retraso del lenguaje.
5. Retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa: TORPEZA.
6. Se han identificado dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras.
7. Se han identificado dificultades para el desarrollo gráfico y para la comprensión de la figura humana a través del dibujo.
8. Es un preescolar inmaduro emocionalmente.
9. Tienen constantes rabietas y probablemente también ha sufrido algún Accidente aunque leve en el hogar o en el parvulario.

VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA EDAD PREESCOLAR

La exploración clínica neuropsicológica representa dificultades por la irregular colaboración pero es precisa una valoración de las habilidades de autorregulación e inhibición de los comportamientos impulsivos que se precisan para una futura competencia personal y académica. Se enumeran una serie de pruebas que son útiles para la valoración neuropsicológica en edades tempranas:

- **Control Inhibitorio:** Test Stroop SOL – LUNA
- **Reflexibilidad-impulsividad:** Test de Emparejamiento figs familiares (MFF)
- **Memoria de trabajo:** Subtest de Frases de la escala wpsi
Test de figura compleja de REY
- **Planificación:** Torre de Londres
Test de figura compleja de REY
- **Flexibilidad cognitiva:** Test de figuras enmascaradas (CEFT)
Dimensional Change Card Sorting (DCCS)
- **Atención:** Cancelación de rombos
Cancelación de números
CPT
Subprueba de integración visual de ITPA

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y/O PSICOPEDAGÓGICOS EN LA EDAD PREESCOLAR

En primer lugar los psicoestimulantes tienen menos eficacia que en la edad escolar, además tienen más efectos adversos en la edad preescolar y en estas edades no hay indicaciones aprobadas por farmacovigilancia para la mayoría de los fármacos que se emplean para el TDAH. Se han descrito razones teóricas y empíricas de que la intervención psicopedagógica tiene mayor beneficio en los TDAH preescolares (Swanson et al. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 45. 1304-1313, 2006)

NEUROBIOLOGÍA DEL TDAH

GENÉTICA

No existe un marcador biológico que sea específico de este trastorno pero lo habrá, y la genética está poniendo en evidencia algunas de las bases biológicas y etiológicas del TDAH. Los estudios familiares especialmente en gemelos han demostrado una alta heredabilidad del trastorno, y se encontró que los padres de niños con TDAH presentaban un riesgo entre dos y ocho veces mayor de tener un TDAH cuando se comparaban con controles normales, aunque los estudios de los genes candidatos no han dado todavía resultados que permitan una clasificación específica de los endofenotipos.

En la actualidad los genes estudiados con más frecuencia se incluyen en el sistema catecolaminérgico, especialmente el receptor 4 de dopamina (DRD4), y el transportador de dopamina (DAT) (2). También el receptor 5 de dopamina (DRD5), el receptor 2 de dopamina (DRD2), la dopamina B-hidroxilasa ((DBH), la tiroxina hidroxilasa (TH), la catecoloximetiltransferasa (COMT) y la monoamino oxidasa A. Respecto al sistema noradrenérgico los receptores ADRA2A, ADRA2C y ADRA1C y el transportador de norepinefrina. En el sistema serotoninérgico los receptores de la serotonina HTR1B y HTR2A, el transportador de la serotonina y la triptófano hidroxilasa (3).

NEUROIMAGEN

La Neuroimagen comenzó hace poco más de una década a dar las primeras explicaciones “visuales” del funcionamiento cerebral en el TDAH, primero con los hallazgos neuroanatómicos, inicialmente con la tomografía computada y luego con la resonancia, y más tarde con las pruebas de Neuroimagen funcional que ofrecen espectaculares imágenes del cerebro ante determinadas tareas de índole neuropsicológicas. La resonancia magnética funcional (RMf), la tomografía por emisión simple de fotones (SPECT), y la tomografía por emisión positrones (PET) mediante mediciones del flujo cerebral o del metabolismo de la glucosa está permitiendo correlacionar las respuestas clínicas a las diferentes imágenes de cómo se comporta el cerebro. Últimamente la magnetoencefalografía (MEG) está aportando lo más novedoso y tiene un gran campo de futuro.

La Neuroimagen debe correlacionarse con la organización cerebral que a su vez comienza analizando el desarrollo del cerebro para tratar luego de correlacionarlo con el desarrollo cognitivo. Todo ello es difícil en primer lugar porque el desarrollo cerebral es lento, asincrónico y no se completa hasta la segunda década de la vida, posibilitando que haya una gran vulnerabilidad durante toda la infancia, siendo significativo el número de entidades con trastornos del neurodesarrollo con implicación en las disfunciones frontales.

Por otra parte hay áreas cerebrales especialmente complejas implicadas en el desarrollo cognitivo, el cual que por otra parte se ve interferido por su interacción con el medio. Concretamente la corteza parieto temporal implica el lenguaje (lateralización, lectores tardíos, dislexia, etc.) y la corteza prefrontal y conexiones con el resto del cerebro implica el control cognitivo (déficit de atención, impulsividad). Además la maduración de conexiones permite circuitos ampliamente distribuidos que van de la corteza cerebral hasta el cerebelo, haciendo escala en el tálamo y ganglios basales, por lo que el estudio de todas estas áreas permiten encontrar hallazgos diferentes que parecen ser específicos en los casos de TDAH

Las técnicas de Neuroimagen permiten conocer mejor la patofisiología, siendo algunas de ellas las que posibilitan una mejor resolución espacial (PET, SPECT, RMf), dando respuestas en “donde” aparece la actividad cerebral. Las técnicas de alta resolución como la que representan la electroencefalografía (EEG) y los potenciales evocados como la P300, responden a la pregunta del “cuando”, y finalmente combinado estas técnicas podemos explicarnos mejor “como” se organiza la actividad cerebral, siendo ejemplo de ello la combinación de la RM y la MEG que representan los estudios con mas futuro en la exploración de la función cognitiva.

Los estudios anatómicos cerebrales de niños con TDAH han demostrado una lentificación en el desarrollo cerebral y el volumen global del cerebro de estos niños es inferior a los controles normales, al igual que es menor el volumen del cerebelo, especialmente en las porciones posteroinferiores (lóbulos VIII a X) del vermis. Se ha descrito una disminución de la sustancia gris en el giro frontal derecho y en el giro del cíngulo posterior derecho. También en los casos TDAH el putamen es mas pequeño bilateralmente y hay una disminución del globo pálido derecho.

El déficit en el control inhibitorio del impulso es lo que mejor define al TDAH y es una función que corresponde al área prefrontal, por lo que los estudios de neuroanatomía topográfica y funcional se centran mas en esta area. Con el SPECT se ha demostrado una distribución anormal del flujo sanguíneo regionales niños con TDAH. También en estos niños el PET pone de manifiesto una disminución del metabolismo regional de la glucosa en el lóbulo frontal. La RMf ha demostrado en que los niños con TDAH ante tareas de inhibición (tareas go/no go y tipo Stroop, así como stop-signal), se ha encontrado una hipoactivación de la corteza cerebral en hemisferio derecho y en el núcleo caudado y en el cíngulo anterior, poniéndose de manifiesto como el TDAH puede ser reflejo de una disfunción del proceso de maduración del lóbulo prefrontal y en su relación con estructuras subcorticales que pasan por el cíngulo y otras que llegan a cerebelo. Los circuitos cortico-estriado-talamo-corticales seleccionan, inician y ejecutan respuestas motoras y sensitivas complejas, y los circuitos cerebelosos proporcionan las directrices de estas funciones

ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS. POTENCIALES EVOCADOS P300

Los estudios neurofisiológicos indican un retardo en la respuesta que además es anómala, como se evidencia en los potenciales P300 con repercusiones en los procesos que se producen con posterioridad, por lo que es una técnica útil para objetivar una situación real basal del estado neurofisiológico del sujeto y permite un seguimiento para analizar los cambios evolutivos a la intervención y ver los pacientes respondedores a la medicación.

INVESTIGACIÓN CON MAGNETOENCEFALOGRAFÍA (MEG) EN EL TDAH

Para conseguir una imagen relacionada con la actividad eléctrica cerebral la MEG representa una novedosa técnica de imagen neurofuncional. Registra desde la superficie craneal, el campo magnético generado por fuentes neuronales cerebrales y determina actividad neuronal cortical directa sin distorsión con una resolución temporal de 0.1 ms y espacial de <1mm. La técnica de fusión con una imagen de resonancia cerebral de alta resolución permite localizar los dipolos y ver la propagación bioeléctrica cerebral y sus desviaciones en los casos de TDAH.

El equipo de investigadores del Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP), centro tutelado para la investigación por el Comité de investigación del Hospital La FE, el Centro de Neurodesarrollo Interdisciplinar (RED CENIT) de Valencia) y el Centro MEG de Magnetoencefalografía de la Universidad Complutense de Madrid, realizaron un estudio con esta última técnica comparando los resultados en casos de TDAH inatento, TDAH combinado y un grupo control, con el fin de encontrar un marcador biológico de la atención. Los resultados muestran que existe un circuito normal para el sistema atencional en donde dos regiones del cerebro: el cíngulo y la región dorsolateral de las regiones prefrontales, juegan un protagonismo relevante. Por el contrario en los niños con TDAH se encontró una diferencia significativa con respecto al circuito normal así como una diferencia entre los grupos de predominio combinado e inatento, mas negativo en los últimos en contra de lo esperado. Esta nueva evidencia científica permite brindar la base para diferentes abordajes terapéuticos, no solo en cuanto a lo farmacológico sino también en cuanto a lo neuropsicológico (Mulas et all. *Biologic Psychiatry* 2006; Feb 15; 59-4:373-9).

Todos los estudios de Neuroimagen anatómica y funcional anteriormente reseñados ponen de manifiesto circuitos cerebrales específicos implicados en los niños con TDAH, que en todo caso tienen que estar necesariamente presentes en la edad preescolar y demuestran de forma cada vez mas patente la evidencia una base neurobiológica. Esperamos que estos hallazgos y futuros estudios posibiliten en el futuro aclarar mejor las bases neuroquímicas que abran las puertas a una intervención farmacológica aún mas eficaz, posiblemente gracias también a la genética que está en nuestro horizonte futuro. Ello sin menoscabo de la necesidad de una adecuada intervención psicopedagógica y psicológica en el contexto de una terapia combinada inter y transdisciplinar que mejore la calidad de vida de estos niños y también de sus familias.

ERRORES DIAGNOSTICOS EN EL TDAH.CONSECUENCIAS

Ana Gil Lavado

El TDAH se perfila como un reto en los trastornos de la infancia de del siglo XXI según artículos recientes ya que por su naturaleza repercute no solo en la persona que lo padece sino que alcanza esferas familiares, sociales, educativas y sanitarias, por lo que nos encontramos con una situación de gran actualidad que requiere abordajes complejos. Aunque aparece en las clasificaciones de los trastornos mentales desde los años sesenta, es en las últimas décadas cuando se difunde y se da a conocer. Recientemente se plantea desde todos los ámbitos la posibilidad de un diagnóstico excesivo y en muchos casos el diagnóstico es correcto pero en muchos otros se confunde con otros problemas o trastornos que pudieran tener signos o síntomas semejantes: síntomas producidos por la dificultad para mantener la atención, síntomas provocados por una alta impulsividad, síntomas consecuencia de una actividad motora excesiva (agrupación según DSM-IV).Discriminar lo que es TDAH de otras situaciones con esta sintomatología va requiriendo cada día mayor nivel de conocimiento y especialización. Según el Dr. Mulas, las dificultades en el diagnóstico se deben a que en un 89% de los casos, esta patología aparece asociada a otras enfermedades como Trastorno Límite de la personalidad, (TLP), la depresión, los cuadros de ansiedad generalizada, el trastorno bipolar, adicciones y conductas obsesivas y en conclusión de la jornada organizada por la Fundación de ayuda a la infancia para que mejore diagnóstico y tratamiento de la infancia se concluye que de cada cuatro casos que consultan por TDAH uno no lo padece. Se habla de otras cifras como el 25%de diagnósticos que no se corresponden con el trastorno.

Otro criterio podría ser desde mi punto de vista la posibilidad de tener un error de sesgo desde nuestros diferentes ámbitos profesionales de la dificultad de salir de los mismos, cuando el trastorno va mas allá y no se circunscribe a uno de ellos exclusivamente. Para analizar este aspecto se desarrollan diferentes perspectivas conceptuales desde distintos profesionales de lo que sería un diagnóstico correcto y veríamos la dificultad de realizar un diagnóstico integrado. Estos errores, a su vez, pudieran dar lugar a otros errores como los que se describen a continuación.

Se plantean varios casos, a modo de ejemplo, de alumnos diagnosticados de TDHA con tratamientos farmacológicos que, una vez revisados, vienen a considerarse errores diagnósticos de identificación del trastorno. De ello, podríamos considerar que se obvian procesos necesarios en la evaluación del caso y no se tiene en cuenta en su medida el binomio familia-contexto escolar que sería necesario considerarlo en la manifestación del trastorno. Se aconseja, a fin de erradicar estos errores o minimizarlos en la medida de lo posible, utilizar como técnica evaluadora principal la historia clínica completa y detallada que conllevaría un buen diagnóstico diferencial. A partir de la misma se realizaría una exploración psiconeurológica precisa. Los procesos de evaluación comenzarían con entrevistas a las familias, con quienes se inicia la historia; se indica la necesidad expresa de las entrevistas al maestro/profesor/res, que además podrían conllevar el uso de escalas; asimismo, considerar en la propia evaluación del niño su entrevista en el sentido de hablar con él, conocer qué siente, cómo está.. Su realidad emocional, escolar, familiar. Otras técnicas serían complementarias para cuantificar o precisar el problema ya detectado otros trastornos asociados si los hubiera. (Observación sistemática, instrumentos de medida cognitivas, proyectivas, escalas etc.) Del proceso descrito se extrae una determinación diagnóstica o sospecha en niños pequeños y otras derivaciones a otros servicios si se precisaran. A continuación se detalla resumen de los pasos descritos:



Por otra parte, Curiosamente, a pesar de la frecuencia de emisión de informes con niños diagnosticados con estos trastornos, entre otras cosas, por su mejor conocimiento del trastorno, desde todos los ámbitos profesionales, también nos encontramos con otros errores por omisión del diagnóstico y su frecuencia en las diferentes etapas educativas. En infantil nos encontraríamos con dificultad de ser detectados los alumnos TDAH, (tipo hiperactivo-impulsivo y tipo combinado a no ser que presenten conductas muy disruptivas y alumnos desatentos (DAD), este último cuadro sería el de de mayor incidencia de omisión en primaria. En secundaria alumnado no detectado con TDAH que viene sufriendo numerosas expulsiones, fracaso escolar, absentismo y que han desarrollado otros trastornos asociados: Trastornos psicológicos/ psiquiátricos: ansiedad, depresión; Trastornos del comportamiento: trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, abuso de sustancias; Trastornos del aprendizaje etc. Y de todo ello se extraen consecuencias como veremos a nivel personal, social y escolar, en el sentido de que el diagnóstico no solo nos informa del tratamiento multimodal que precisaran estos chicos sino que tiene una función primordial en la prevención de otros trastornos comorbidos que pudieran desarrollarse y de la evolución del mismo o de sus efectos en el ámbito educativo. De donde deducimos como señalaba el Dr. Mardomingo (2009), que un diagnóstico y un tratamiento precoz conlleva un pronóstico más favorable.

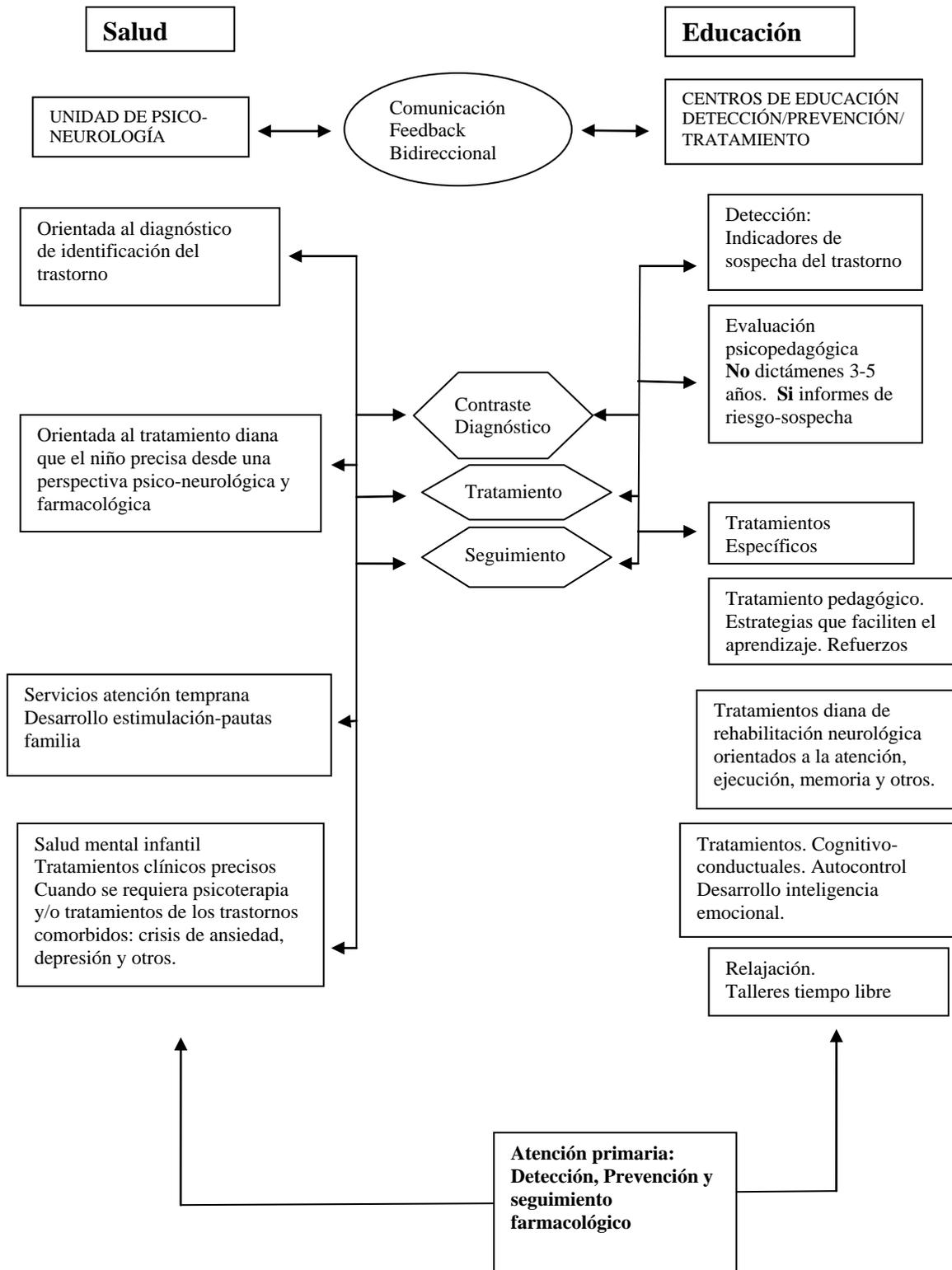
Ante estas circunstancias se considera que cuando se detectan niños con sospechas de trastornos de TDAH se precisa una intervención rápida, orientada al tratamiento, incluso sin confirmar el diagnóstico, que evite una progresión mayor de la alteración conductual y a su vez un aumento de los aspectos comorbidos del trastorno. Las actuaciones seguidas y protocolizadas se resumen en el siguiente cuadro. Este protocolo lo hemos iniciado y se aplica exclusivamente en un centro de Educación Infantil de mi zona educativa.

PROTOCOLO INTERVENCIÓN CON ALUMNADO CON SOSPECHA DE TDAH

1.-DETECCION DE ALUMNADO CON SOSPECHA DE TDAH	ASESORAMIENTO ORIENTADORA/PT/TUTORES/AS
2.-SCREENING EN NIÑOS DE 3-4-5 -MATERIAL ORIENTATIVO PROFESORES SOBRE EL TRASTORNO -INDICADORES ESPECIFICOS DE TDAH EN EL AMBITO ESCOLAR -TUTORIAS PADRES-MADRES DEL ALUMNADO CON SOSPECHA TDAH RECOGIDA INFORMACIÓN	TUTORES/AS ASSESORAMIENTO ORIENTADORA -PT
3- VALORACIÓN INFORMACIÓN RECOGIDA	ORIENTADORA DEL CENTRO/PT
4- EVALUACION DEL ALUMNO -OBSERVACIÓN EN AULA Y ESPACIOS ABIERTOS -EXPLORACIÓN INDIVIDUALIZADA -ENTREVISTAS FAMILIA/NIÑO	ORIENTADORA DEL CENTRO
5- DERIVACION CLINICA AREA DE SALUD	ORIENTADORA DEL CENTRO
6- TRATAMIENTO ESCOLAR- COMPROMISO FAMILIAR .TERAPEUTICO- CONDUCTUAL . ADAPTACION DEL AULA. CLIMA. ORGANIZACIÓN, NORMAS... .PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL AULA, y HABILIDADES SOCIALES (AUTOESTIMA. AUTOCONTROL, COMUNICACION-RELACION CON IGUALES, SOLUCION DE CONFLICTOS, ASERTIVIDAD, CONOCIMIENTO, EXPRESIÓN DE EMOCIONES....) . TRATAMIENTO PEGAGÓGICO: PAUTAS EDUCATIVAS Y REFUERZO . TALLERES: RELAJACIÓN, PINTURA, TEATRO, ACTIVIDADES DEPORTIVAS TIEMPO LIBRE.	ORIENTADORA PT TUTORES/AS
7- CONFIRMACION O NEGATIVA DE TDAH.	DIAGNOSTICO NO CONTRASTADO
8- CONTRASTE DE DIAGNOSTICO Y DEL TRATAMIENTO. (EL CONTRASTE TIENE ESPECIAL DIFICULTAD EN ESTOS MOMENTOS POR NO EXISTIR LOS CANALES OPORTUNOS)	TUTORES/AS ORIENTADORA y PT
9-SEGUIMIENTO FAMILIAR-ESCOLAR (NO EXISTEN CANALES EN OTROS NIVELES ADMINISTRATIVOS)	ORIENTADORA/PT/TUTORES/AS

Ahora bien, este protocolo, por sí solo no sería suficiente. Es un protocolo orientado fundamentalmente al tratamiento en el ámbito escolar y por consiguiente una parte muy importante y necesaria del quehacer con estos niños, pero no única. A fin de paliar errores diagnósticos y favorecer tratamientos más eficaces, se requerirían otras actuaciones más complejas y a su vez más especializadas, donde una vez detectada la sospecha del trastorno, el diagnóstico tenga su importancia, tanto en la identificación del mismo, como en la orientación del tratamiento. Es decir, sería necesario determinar hallazgos neuropsicológicos, que pudieran dirigir el tratamiento- diana a seguir que cada niño precisa. De esta forma, se determinarían e identificarían las dificultades o signos específicos neurológicos que interfieren, menguan o alteran sus procesos de atención, memoria, ejecución, coordinación óculo-motriz etc., para orientar su diagnóstico-tratamiento. Es decir, podrían realizarse tratamientos diana o de rehabilitación neurológica de procesos que inciden muy directamente en el aprendizaje. Posteriormente, y siempre con una comunicación en feeck-back, y bidireccional se realizaría el contraste del diagnóstico y del seguimiento del niño en sus diversos tratamientos por ambas administraciones. A continuación se propone una síntesis del modelo propuesto.

PROCEDIMIENTO COORDINADO DE INTERVENCIÓN CON NIÑOS CON TRASTORNOS DE TDAH Y DAD O CON SOSPECHA DE PADECERLOS (SALUD-EDUCACIÓN)



RECIENTES AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH:

Nuevas opciones diagnósticas y terapéuticas

Dr. D. Miguel Rufo Campos

Servicio de Neurología Infantil. Instituto Hispalense de Pediatría. Sevilla

La importancia tanto clínica como social del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se pone de manifiesto especialmente cuando se determina su prevalencia. Existen varios trabajos en los que se ha realizado un estudio de prevalencia mediante la escala escolar de Conners en varios colegios públicos para poder diagnosticar este síndrome, y se ha podido observar la existencia del mismo hasta en el 7,5% de los niños de 8 a 9 años, lo que se traduciría a nivel sanitario en una gran presión asistencial, que varía desde el 20% de la actividad de una policlínica hospitalaria hasta el 36% en una consulta específica extrahospitalaria de neuropediatría. Si tenemos en cuenta que los menores de 18 años en Andalucía, según el Padrón de 2009, son 1.641.039, tendríamos una población infantil aproximada de 123.078 niños en nuestra comunidad que padecen TDAH. El TDAH, es pues uno de los trastornos neuropediatricos más comunes en la infancia, con aproximadamente un 6-9% de los niños afectados en edad escolar, según recientes trabajos de Barkley y Murphy. Pero quizás más importante, es que estos estudios han encontrado que hasta un 60-65% de los niños afectados siguen siendo víctimas de esta enfermedad en la edad adulta, con lo que se convierte en una enfermedad crónica en aproximadamente el 3,4% personas adultas en todo el mundo (Fayyad et al. 2007). Teniendo en cuenta la prevalencia de adultos con TDAH y el impacto negativo que sus síntomas pueden tener en los distintos ámbitos de la vida de un paciente, debe ser reconocido como un importante trastorno que requiere de una identificación y tratamiento precisos. A pesar de estas cifras, el conocimiento y la sensibilidad referidos al TDAH es bajo o está basado en tópicos, incluso entre la clase médica, aunque haya mejorado en los últimos años. De esta situación de desconocimiento o de problemas en el diagnóstico, se han derivado consecuencias negativas en las pautas terapéuticas, tanto en eficacia como en efectos adversos.

Los medicamentos más utilizados para el TDAH son los estimulantes, que se han utilizado en el tratamiento del TDAH en la infancia desde la década de 1930. El metilfenidato se sintetiza en 1944, y comienza a utilizarse en 1954. A partir de la década de 1960, fue utilizado para tratar a niños con TDAH. Hasta la década de 2000, su uso se limita a la liberación inmediata (IR) y primera generación de formulaciones de liberación prolongada (ER). Un creciente número de estudios clínicos actuales han dado pruebas fehacientes que el tratamiento MPH es eficaz y seguro en pacientes adultos con TDAH. Ensayos clínicos recientes han demostrado que la administración de una formulación de liberación prolongada de metilfenidato a pacientes adultos afectados de TDAH es significativa en los resultados de eficacia y seguridad.

Afortunadamente, y precisamente como consecuencia del gran número de pacientes que padecen TDAH, los diversos métodos encaminados a lograr un diagnóstico preciso, y el arsenal terapéutico existente en la actualidad, va creciendo de forma constante. En este sentido, vamos a enumerar los logros más recientes que

dividiremos en cuatro grandes apartados: Recientes avances en el diagnóstico del TDAH, Nuevas formulaciones, Nuevos medicamentos, y Fármacos no específicos.

Dentro de los **métodos para el diagnóstico del TDAH**, destaca la aportación de científicos de la universidad del país vasco, con el desarrollo del **Aula-Nesplora**. Se trata de la adopción de un software con el objetivo principal de obtener el nivel de atención que tienen los/as niños/as de diferentes edades. Es pues un instrumento de evaluación de la atención, impulsividad y actividad motora. Con la participación de más de 300 niños/as y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y 16 años, en la que ha podido ser avalada la calidad psicométrica de la herramienta en materia de fiabilidad y validez, reflejando la capacidad para discriminar aquellas personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDA/H) de aquellas otras personas que no lo sufren. El paciente, colocado en un aula virtual y mirando a la pizarra, se somete a diferentes distracciones comunes siendo posible realizar una evaluación visual, auditiva y de atención mixta, observando las tendencias de distracción, movimientos estériles, y la tasa de procesamiento en sólo 18 minutos de prueba. Es rápido y fácil de usar, los niños creen que se trata de videojuegos, y reduce el abandono de tasas típicas de otras pruebas, pudiendo el terapeuta obtener los resultados de forma gráfica. El otro gran avance, se encuentra en la aparición del **Neurofarmagen TDAH**, un test de detección de los genes que influyen en la aparición o la eficacia terapéutica del TDAH. Se conoce que en el síndrome existen trastornos del comportamiento con bases neurológicas y un fuerte componente genético, y de hecho los estudios realizados se han orientado principalmente en dos aspectos: Determinar genes implicados en la aparición de la enfermedad (DAT1, y DRD4), y Determinar los genes implicados en la respuesta del paciente a la medicación empleada (DAT1, ADRA2A y COMT). Dependiendo del gen examinado, se aporta información sobre la *susceptibilidad* (mayor riesgo de aparición de TDAH.), *farmacogenética* (mayor o menor probabilidad de respuesta positiva al tratamiento con metilfenidato, alteración de la función del citocromo 2D6, efectos adversos para Atomoxetina) o *comorbilidad* (variantes en OPRM1 y/o COMT1 indican que existe un factor de riesgo adicional)

Las **Nuevas formulaciones** se hacen cada vez más necesarias para abarcar todas las edades y los pesos en los que se tengan que utilizar tratamiento farmacológico para el TDAH. En este sentido, se han desarrollado formulaciones de **atomoxetina (Strattera)** de 10, 18, 25, 40, 60 y 80 mgrs. Como es conocido, la atomoxetina es un medicamento no estimulante que incrementa la cantidad de noradrenalina en el cerebro aumentando la atención y disminuyendo la impulsividad e hiperactividad en los pacientes con TDAH, por lo que se utiliza en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños a partir de los 6 años de edad y en adolescentes, como parte de un programa completo de tratamiento que puede incluir medidas psicológicas, educativas y sociales. Por su parte, el **hidrocloruro de metilfenidato (Concerta)** es un estimulante suave del sistema nervioso central (SNC) cuyo mecanismo de acción terapéutico en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se desconoce, aunque se piensa que el metilfenidato bloquea la recaptación de noradrenalina y dopamina en la neurona presináptica y aumenta la liberación de

estas monoaminas al espacio extraneuronal. Diversos estudios clínicos muestran que los efectos de Concerta se mantienen hasta 12 horas después de la administración cuando se toma el producto una vez al día por la mañana. De forma reciente se ha ampliado sus formas de presentación, existiendo actualmente comprimidos de liberación retardada de 18, 27, 36, 45, 54, 63 y 72 mgrs. Por último, otro tipo de **hidrocloruro de metilfenidato (Medikinet)**, con otro sistema distinto de liberación retardada, se presenta en capsulas de 10, 20, 30, y 40 mgrs., y en comp. De 5, 10, y 20 mgrs.

También van apareciendo **nuevos medicamentos**, unos de principios esenciales ya conocidos, como el **Medicebrán**, un nuevo **hidrocloruro de metilfenidato** de liberación inmediata, que se presenta en comprimidos de 5, 10, y 20 mgrs., y que junto al **Rubifen**, nos va a permitir ajustar la medicación necesaria en algunos pacientes en los que el solo uso de la monoterapia no pueda cubrir toda la fase sintomatológica. De forma reciente, el mercado farmacológico ha presentado una nueva formulación con la adición de la **Fosfatidilserina** a los **ácidos grasos omega-3 OMEGATRIX**, que mejora de forma específica los síntomas de inatención del TDAH en mayor grado que los ácidos grasos omega-3 solos, de los que tenemos sobrada experiencia con resultados no demasiados satisfactorios. Ha podido ser demostrado, que la suplementación en niños sanos de 4 años de edad con 400 mgrs/día de DHA, se asocia a puntuaciones superiores en el test de comprensión y adquisición de vocabulario PPVT. De la misma forma, se conoce que una dieta deficitaria en ácidos omega-3 se asocia a una disminución en los niveles cerebrales de ácido docosahexaenoico (DHA) y alteraciones en la función visual y el proceso de aprendizaje.

Por último, es necesario señalar la enorme ayuda que tanto para el TDAH como para los TGD en general, va a suponer en nuestro país la comercialización de la **Melatonina**, presentada como **MELAMIL**, ya que los trastornos del sueño son un síntoma frecuente en estos procesos, a los que agravan y en los que en numerosas ocasiones son su primer síntoma. Como es suficientemente conocido, la melatonina es una hormona producida por la glándula pineal, y su secreción está controlada por el núcleo supraquiasmático. La síntesis de la melatonina se activa por la noche (con la oscuridad) como consecuencia de la información enviada por el núcleo supraquiasmático a la pineal. La luz, a través del tracto retinohipotalámico (que conecta la retina con el núcleo supraquiasmático) produce la inhibición inmediata de la síntesis de melatonina, que es sintetizada a partir del triptófano; la serotonina es un producto intermedio, que por la acción enzimática de la N-acetiltransferasa se convierte en melatonina. Estudios recientes han demostrado que el seguimiento durante una media de 3,7 años de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y niños con problemas de inicio de sueño tratados con melatonina, fue eficaz en el 88% de los casos, mejorando el comportamiento en el 71% de los niños, y el estado de ánimo en el 61% de los casos. Las dosis medias utilizadas oscilan entre 2,5 mg y 10 mg., teniendo en cuenta que 4 gotas de Melamil contienen 1 mg de melatonina. Debe administrarse media hora antes de acostarse. Por otro lado es necesario conocer que los efectos secundarios de la melatonina son irrelevantes.

I REUNIÓN ANDALUZA de NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL

Organizada por Dr. Miguel Rufo Campos
Servicio de Neurología Infantil IHP. Sevilla

Importancia de la investigación neurobiológica actual en TEA

Dr. Ángel Díez Cuervo

Sevilla, 28 de Enero de 2011

El papel de los anticuerpos maternos para el cerebro del feto en el Autismo



Available online at www.sciencedirect.com

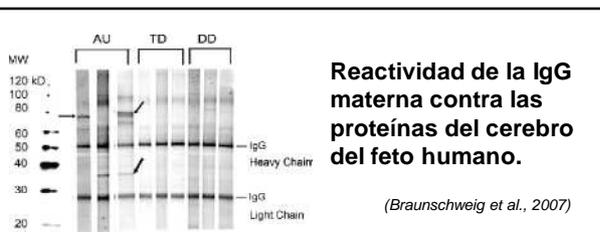
ScienceDirect

NeuroToxicology 29 (2008) 226–231

NeuroToxicology

Autism: Maternally derived antibodies specific for fetal brain proteins

Daniel Braunschweig^{a,g,h}, Paul Ashwood^{b,g,h}, Paula Krakowiak^{c,g,h}, Irva Hertz-Picciotto^{c,g,h},
Robin Hansen^{d,g,h}, Lisa A. Croen^e, Isaac N. Pessah^{f,g,h}, Judy Van de Water^{a,g,h,*}



Reactividad de la IgG materna contra las proteínas del cerebro del feto humano.

(Braunschweig et al., 2007)

- durante el embarazo, madres de hijos con autismo (AU) presentan patrones típicos de reactividad contra el cerebro del feto humano (bandas 73 kDa, 37 kDa y, 73 y 37 kDa, que son las más específicas para el diagnóstico de autismo). La reactividad no se observó en madres de hijos con desarrollo normal típico (TD), ni en madres de hijos con otros retrasos del desarrollo no-autismo (DD).

2002: Henry Markram funda el Brain Mind Institute (BMI) en la Escuela Politécnica de Lausanne.

2005: BMI con IBM fundan el Blue Brain Project.

Objetivo: crear un modelo computarizado del cerebro de mamíferos y, después, estudiar la aparición de la inteligencia biológica.

OPEN ACCESS Freely available online

PLoS COMPUTATIONAL BIOLOGY

Review

The Human Connectome: A Structural Description of the Human Brain

Olaf Sporns¹, Giulio Tononi, Rolf Kötter

- la matriz de la conexión del cerebro humano (el "conectoma" humano) es indispensable para la investigación neurobiológica básica y aplicada.
- el Proyecto Conectoma Humano proporcionará las conexiones del cerebro y sus funciones, únicas de la especie humana y únicas en el individuo.

PLoS Computational Biology | www.ploscompbiol.org

0245

September 2005 | Volume 1 | Issue 4 | e42

OPEN ACCESS Freely available online

PLoS BIOLOGY

Mapping the Structural Core of Human Cerebral Cortex

Patric Hagmann^{1,2}, Leila Cammoun², Xavier Gigandet², Reto Meuli¹, Christopher J. Honey³, Van J. Wedeen⁴,
Olaf Sporns^{3*}

¹ Department of Radiology, University Hospital Center and University of Lausanne (CHUV), Lausanne, Switzerland, ² Signal Processing Laboratory (LTSI), Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL), Lausanne, Switzerland, ³ Department of Psychological and Brain Sciences, Indiana University, Bloomington, Indiana, United States of America, ⁴ Manton Center for Biomedical Imaging, Department of Radiology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America

- las regiones del córtex cerebral humano, funcionalmente especializadas y estructuralmente separadas, están interconectadas por una densa red de vías córtico-corticales

PLoS Biology | www.plosbiology.org

1479

July 2008 | Volume 6 | Issue 7 | e159

I REUNIÓN ANDALUZA de NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL

Organizada por Dr. Miguel Rufo Campos
Servicio de Neurología Infantil IHP. Sevilla

Importancia de la investigación neurobiológica actual en TEA

Dr. Ángel Díez Cuervo

Sevilla, 28 de Enero de 2011

El papel de los anticuerpos maternos para el cerebro del feto en el Autismo



Available online at www.sciencedirect.com

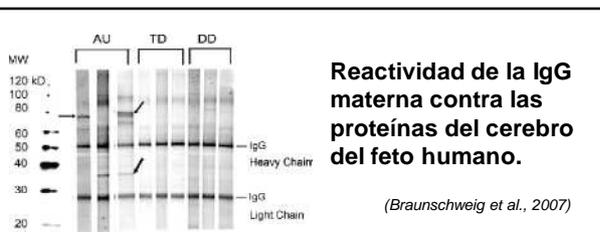
ScienceDirect

NeuroToxicology 29 (2008) 226–231

NeuroToxicology

Autism: Maternally derived antibodies specific for fetal brain proteins

Daniel Braunschweig^{a,g,h}, Paul Ashwood^{b,g,h}, Paula Krakowiak^{c,g,h}, Irva Hertz-Picciotto^{c,g,h},
Robin Hansen^{d,g,h}, Lisa A. Croen^e, Isaac N. Pessah^{f,g,h}, Judy Van de Water^{a,g,h,*}



Reactividad de la IgG materna contra las proteínas del cerebro del feto humano.

(Braunschweig et al., 2007)

- durante el embarazo, madres de hijos con autismo (AU) presentan patrones típicos de reactividad contra el cerebro del feto humano (bandas 73 kDa, 37 kDa y, 73 y 37 kDa, que son las más específicas para el diagnóstico de autismo). La reactividad no se observó en madres de hijos con desarrollo normal típico (TD), ni en madres de hijos con otros retrasos del desarrollo no-autismo (DD).

2002: Henry Markram funda el Brain Mind Institute (BMI) en la Escuela Politécnica de Lausanne.

2005: BMI con IBM fundan el Blue Brain Project.

Objetivo: crear un modelo computarizado del cerebro de mamíferos y, después, estudiar la aparición de la inteligencia biológica.

OPEN ACCESS Freely available online

PLoS COMPUTATIONAL BIOLOGY

Review

The Human Connectome: A Structural Description of the Human Brain

Olaf Sporns¹, Giulio Tononi, Rolf Kötter

- la matriz de la conexión del cerebro humano (el "conectoma" humano) es indispensable para la investigación neurobiológica básica y aplicada.
- el Proyecto Conectoma Humano proporcionará las conexiones del cerebro y sus funciones, únicas de la especie humana y únicas en el individuo.

PLoS Computational Biology | www.ploscompbiol.org

0245

September 2005 | Volume 1 | Issue 4 | e42

OPEN ACCESS Freely available online

PLoS BIOLOGY

Mapping the Structural Core of Human Cerebral Cortex

Patric Hagmann^{1,2}, Leila Cammoun², Xavier Gigandet², Reto Meuli¹, Christopher J. Honey³, Van J. Wedeen⁴,
Olaf Sporns^{2*}

¹ Department of Radiology, University Hospital Center and University of Lausanne (CHUV), Lausanne, Switzerland, ² Signal Processing Laboratory (LTSI), Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL), Lausanne, Switzerland, ³ Department of Psychological and Brain Sciences, Indiana University, Bloomington, Indiana, United States of America, ⁴ Manton Center for Biomedical Imaging, Department of Radiology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America

- las regiones del córtex cerebral humano, funcionalmente especializadas y estructuralmente separadas, están interconectadas por una densa red de vías córtico-corticales

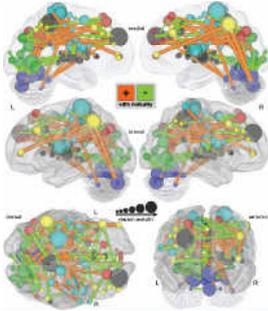
PLoS Biology | www.plosbiology.org

1479

July 2008 | Volume 6 | Issue 7 | e159

Predicción de maduración del cerebro (fMRI)

(Dosenbach et al., 2010)



- las redes de las conexiones cerebrales se desarrollan y cambian con la edad
- niño/a tiene redes neuronales más cortas que unen regiones cerebrales próximas

verde: conexiones cortas; naranja: largas; círculos: 160 áreas de interés; tamaño círculo: fuerza; color: función (memoria, movimiento...)

Índice de maduración de la conectividad

- **evolución normal:** disminución de las conexiones funcionales cortas y aumento de las largas
- **anormal:** las áreas cerebrales quedan separadas, sin conexiones largas de integración con las demás
- estudiar **trastornos del desarrollo** y enf. neuro-psiquiátricas de inicio en la infancia, y otras.

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS BIOLOGY

Development of Large-Scale Functional Brain Networks in Children

Kaustubh Supekar^{1,2*}, Mark Musen³, Vinod Menon^{1,4*}

- el desarrollo de la conectividad interregional se caracteriza por la reducción de la conectividad funcional de rango-corto y aumento de rango-largo.
- la alteración de la conectividad entre regiones cerebrales concretas es clave para la sintomatología específica de los TEA

PLOS Biology | www.plosbiology.org

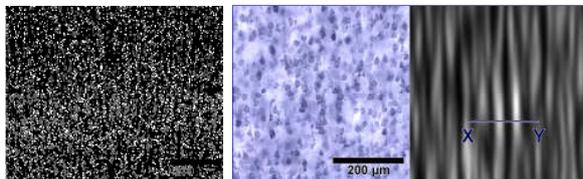
1

July 2009 | Volume 7 | Issue 7 | e1000157

Teoría de la hipoconectividad

“El autismo es un sistema complejo de trastornos interrelacionados que impiden la coordinación, la sincronización y la integración entre las diferentes áreas cerebrales. No es una, sino múltiples alteraciones cerebrales.”

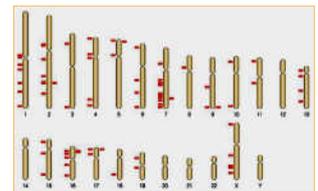
Just et al., 2004)



las anomalías en las minicolumnas y sus conexiones de las personas con autismo aumentan la integración de la información **dentro de un área concreta**, pero dificultan o impiden la conectividad entre áreas y hemisferios.

(Casanova et al., 2006)

- el autismo es, primordialmente, la consecuencia de la alteración de un conjunto de genes interdependientes, distribuidos en distintos puntos del genoma, siendo necesaria la participación de un número mínimo de genes, pero un número necesario, y no siempre los mismos.



Factores ambientales / autismo

- complicaciones obstétricas
- infecciones pre, peri y/o postnatales
- vacuna triple (sarampión, parotiditis, rubéola)
- alteraciones gastrointestinales
- opiáceos cerebrales exógenos (gluten y caseína)
- exposición al mercurio (tiomersal/vacunas)
- intoxicación por plomo
- fármacos y otros agentes, sustancias...

Conclusión de los distintos grupos de trabajo (MRC2001, NYS 2002, NAPC 2003...)

- en la actualidad, se desconoce cómo pueden interactuar los factores ambientales propuestos con la susceptibilidad genética, y la evidencia científica documentada indica que los factores ambientales *per se* no son la causa del autismo.

24 mayo 2010

The UK General Medical Council

- Wakefield actuó de manera "deshonesta", "engañosa" e "irresponsable" al vincular la triple vírica con el autismo
- abusó de su posición de confianza "como médico" y "desacreditó" a la profesión médica en sus estudios llevados a cabo con niños
- ... y hoy ha decidido retirarle el registro para trabajar como médico

MP Open

Wiley-Blackwell (2009), 1, 12
© 2009 Nature Publishing Group. All rights reserved. 1391-4146/09 USD 20
www.nature.com/nrg

High-density SNP association study and copy number variation analysis of the *AUTS1* and *AUTS5* loci implicate the *IMMP2L-DOCK4* gene region in autism susceptibility

E Maestrini^{1,2}, AT Pagnamenta^{1,2}, JA Lamb^{2,3,4}, E Bacchelli¹, NH Sykes⁵, I Sousa⁶, C Toma¹, G Bamby⁷, H Butler⁸, L Winchester⁹, TS Scerif¹⁰, F Minopoli¹¹, J Reichert¹², G Cai¹³, JD Buxbaum¹⁴

doi:10.1038/nrg2999

nature

Common genetic variants on 5p14.1 associate with autism spectrum disorders

Kai Wang^{1,2}, Haitao Zhang^{1,2}, Deqiong Ma^{1,2}, Maja Bucan³, Joseph T. Glassner⁴, Brett S. Abrahams⁵, Daria Salyakina⁶, Marcin Imielinski⁷, Jonathan P. Bradfield⁸, Patrick M. A. Sleiman⁹, Cecilia E. Kim¹⁰, Cuiying Hou¹

Functional impact of global rare copy number variation in autism spectrum disorders

Dallia Pinto, Alistair T. Pagnamenta, Lambertus Klei, Richard Anney, Daniele Merico, Regina Regan, Judith Corroy, Yago R. Magalhães, Catarina Correia, Brett S. Abrahams, Joana Almeida, Elena Bacchelli, Gary D. Bader, Anthony J. Bailey, Gillian Baird, Agostino Battaglia, Tom Bernay, Nadia Biskobkova, Sven Bölte, Patrick F. Bolton, Thomas Bourgeron, Sean Brennan, Jessica Brian, Susan E. Bryson, Andrew R. Carson, et al.

Nature 466, 368-372 (15 July 2010)

De los más de 400 genes candidatos (posicionales y funcionales) relacionados con la etiología del autismo, han sido replicados:

- **CDH9/CDH10 en 5p14.1** (Wang et al., 2009)
- **IMMP2L-DOCK4 en 7q21.3-q23** (Maestrini et al., 2009)
- **SHANK2, SYNGAP1, DLGAP2, y el locus DDX53-PTCHD1 (ligado al X)** (Pinto et al., 2010)

(variaciones múltiples del número de copias genéticas, loci, asociación de SNP de alta-densidad...)

- **precisamente, estos genes están implicados en modelar la conectividad** funcional y estructural de regiones cerebrales encargadas de asociaciones.
- su ausencia y/o disfunción causan manifestaciones clínicas típicas de los TEAs, que indica la existencia de un **síndrome de desconexión neuronal**.

(Just et al., 2004; Casanova et al., 2006; Klinhans et al., 2008; Supekard et al., 2009; Dosenbach et al., 2010; Pinto et al., 2010; Sahin et al., 2010...)

Síndrome de Asperger: Un trastorno no tan infrecuente

M^a Lourdes García Nieto. Psicólogo clínico

Introducción: El síndrome de Asperger fue descrito en 1944, un año después de que Kanner describiera el autismo infantil clásico, en referencia a niños de personalidad inusual y descritos como afectos de una 'psicopatía autística' pero no fue hasta 1981 que tras la publicación seminal de Lorna Wing se conociera como síndrome de Asperger. Es un cuadro que tiene visos de continuidad con el autismo infantil y entra a formar parte de lo conocido como Trastorno del Espectro Autista en sentido amplio, aunque no está claro y sigue siendo motivo de discusión si es equivalente a los pacientes descritos como Autistas de Alto Rendimiento.

Es un problema mucho más frecuente en varones que en mujeres (1:10) y su prevalencia, aunque desconocida, se ha estimado en al menos 3:1000. En su esencia, son paciente afectos de una 'Apraxia Social'

Presenta alteraciones en los tres apartados que comprende el autismo infantil: Dificultades de interrelación social, alteraciones de la capacidad de comunicación y patrones de conducta repetitivos y estereotipados.

Los que piensan que el síndrome de Asperger es diferente del autismo de alto rendimiento defienden que los primeros presentan lenguaje precoz, son más imaginativos y tienen menos intereses restringidos, mientras que los segundos tienen un desarrollo más tardío del lenguaje, mayor tendencia a la invariabilidad y problemas de conducta más frecuentes y más persistentes, difiriendo por tanto en la severidad de los síntomas y en la calidad del contacto social.

Se han propuesto distintos criterios para el diagnóstico de Asperger, aunque todavía no han sido valorados (Gillberg 1989, WHO 1993 y DSM IV 1994). Todos ellos son muy semejantes, exponiendo por motivo de espacio solo el segundo:

A.- No hay retraso significativo en el lenguaje ni en la capacidad intelectual. Deben aparecer las primeras palabras antes de los dos años y frases a los tres años.

- Las capacidades para manejarse, la conducta adaptativa y la curiosidad respecto al entorno, deben estar a un nivel correspondiente a su CI.
- La capacidad motriz puede estar significativamente retrasada y es frecuente las anomalías de la coordinación (aunque no imprescindible para diagnóstico).
- Puede desarrollar habilidades especiales, a menudo en relación con sus preocupaciones anormales (tampoco imprescindible para el diagnóstico).

B.- Hay anomalías cualitativas en la interrelación social recíproca (cumplen criterios de autismo).

C.- Presentan intereses inusualmente marcados, restringidos y estereotipados tanto en patrones de conducta como en actividades (criterios como en el autismo aunque tanto las estereotipias motoras como la preocupación por partes de los objetos o de elementos no funcionales del material de juego son menos frecuentes.

D.- El problema no puede ser atribuido a otras formas de trastorno generalizado del desarrollo, trastorno obsesivo compulsivo etc...

Como comentario a los otros dos criterios sugeridos, debe mencionarse que todos ellos contemplan como requisito que el interés por el entorno, la aparición del lenguaje y la capacidad intelectual sean normales en los tres primeros años de vida.

El problema nuclear del trastorno es la pobreza de las habilidades sociales. No pueden 'leer' las señales sociales y por tanto no dan respuestas sociales y emocionales adecuadas. Por lo general tienen poco interés en compartir la información y experiencias con los otros niños y en menor cuantía con los adultos, pero les dificulta grandemente hacer amigos. El proceso supone una deficiencia en la 'Teoría de la Mente'. Todo ello se traduce en:

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN: A menudo el lenguaje es peculiar en cuanto a acento y volumen, tendiendo a ser excesivamente formal y de entonación monótona. El lenguaje corporal no es normal y parece extraño, con mirada fija y rígida, mas que contacto visual. No comprenden las metáforas ni los sarcasmos, tendiendo a la interpretación literal. Algunos emplean frases hechas, generalmente fuera de contexto.

PROCUPACIONES E INTERESES LIMITADOS: Suele obsesionarse con ciertos asuntos, a menudo con temas del transporte, ordenadores, dinosaurios, mapas, artes etc. Estas preocupaciones van cambiando pero siguen siendo intensas.

RUTINAS: Se suelen imponer rígidas rutinas a si mismos y a su entorno desde como desean que se hagan las cosas hasta rígidas exigencias a la hora de comer. Se suelen atemperar con el tiempo.

Hay escalas para su diagnóstico, pero tampoco están validadas y son generalmente orientativas. Una muy popular es la escala Australiana. Puede obtenerse en Internet :M. S. Garnett y A. J. Attwood reimpresso con permiso del autor en la página de O.A.S.I.S.ä

<http://www.udel.edu/bkirby/asperger/aspergerscaleAttwood.html>

Se ofrece una prueba de detección general de la Universidad de Cambridge por Scott y col 2002: CAST (Childhood Asperger Syndrome Test) diseñado para uso en la población general pero no en ámbito clínico y no estrictamente específico de autismo que ha mostrado buena sensibilidad y especificidad pero poco valor predictivo,

MANEJO: Lo fundamental es enseñarles las habilidades que no surgen de forma innata mediante entrenamiento en comportamiento social y modificar sus rutinas. Debe también atenderse a los otros problemas comórbidos que con frecuencia presentan, especialmente ansiedad, TDAH ó depresión.

Diagnóstico precoz en los Trastornos del Espectro Autista. Marcos Zamora Herranz. Autismo Sevilla

La detección precoz en todos los trastornos infantiles y del desarrollo se presenta como un factor clave para minimizar el impacto que una discapacidad puede tener en el niño y en la familia, así como mejorar significativamente su evolución. Es en los primeros años cuando el cerebro de los niños y niñas es más plástico y cuando los cambios en sus habilidades pueden ser más significativos, gracias al apoyo psicoeducativo. Los Trastornos del Espectro Autista, no tienen actualmente curación, pero uno de los factores de pronóstico más importantes es el inicio de una atención temprana intensiva, individualizada y especializada (Fuentes y cols, 2006).

Un retraso en la detección y, por tanto, en la derivación hacia un diagnóstico adecuado y una atención temprana, implica una serie de complicaciones importantes para el niño o niña con TEA y su familia, como la falta de acceso a recursos de apoyo ajustados a sus necesidades, la aparición de conductas secundarias a los problemas sociales y comunicativos poco adaptativas, un gran desconcierto familiar y el desarrollo de pautas educativas desajustadas.

La detección y diagnóstico de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (o TEA), implican una serie de dificultades importantes como la ausencia de marcadores físicos o biológicos, la sutileza de los síntomas sociales y comunicativos alterados en los primeros meses o el solapamiento con síntomas de otros trastornos infantiles.

A pesar de que la investigación actual está explorando posibles marcadores biológicos tempranos que permitiría una detección mucho más precoz de los TEA, los resultados de estos estudios son muy limitados y no aportan evidencias claras. La relación del aumento de testosterona en saco vitelino o marcadores metabólicos en la orina en los primeros meses, han despertado la polémica en el último año. Este afán por la búsqueda de marcadores biológicos claros viene provocado por la gran dificultad que existe actualmente para establecer diagnósticos claros en los primeros años de vida y un diagnóstico diferencial fiable respecto a otros trastornos del desarrollo. Más aún, cuando la única forma de detectar y diagnosticar los TEA actualmente por la observación de conductas.

Sin embargo, en los últimos años, una enorme cantidad de investigaciones se han orientado hacia la elaboración de pruebas sensibles de detección de TEA en los primeros años de desarrollo (www.aetapi.org), basadas en establecer conductas fácilmente observables y que sean exclusivas de los niños y niñas pequeños que posteriormente muestra cuadros de TEA. Actualmente, la prueba M-CHAT (Robbins, 2001), es la más utilizada entre los 18 y 24 meses y está siendo validada su uso en territorio español. Estas pruebas valoran aspectos importantes del desarrollo socio-comunicativo como son los intentos comunicativos de los niños y niñas por compartir, habilidades de atención conjunta y habilidades para el juego de ficción. A pesar de que estas pruebas muestran buenas propiedades psicométricas, la investigación está avanzando en mejorar significativamente la fiabilidad de estas pruebas. Está en estudio la versión revisada de esta prueba el M-CHAT-R.

Las guías de buenas prácticas para la detección (Asociación Americana de Pediatría, 2007 y Hernández y cols, 2005) recomiendan el uso de este tipo de pruebas en un segundo nivel de Detección Específica, siempre que haya habido sospechas o valoración de riesgo en un primer nivel de Vigilancia del Desarrollo, donde se haya valorado preocupación por parte de los padres, presencia de otro hermano con TEA, preocupación por parte del pediatra o por parte de otros cuidadores. En este sentido, es fundamental que dentro de la exploración pediátrica se mejore la valoración sistemática, no sólo del desarrollo del lenguaje y habilidades psicomotoras generales, sino una detección de hitos socio-comunicativos. Algunas pruebas de detección orientadas a la valoración de habilidades socio-comunicativas, como el CSBS-DP, permiten detectar alteraciones en estas áreas, aunque no específicamente cuadros de TEA.

De cara a establecer un diagnóstico diferencial ajustado es fundamental poder establecer una evaluación multidisciplinar (neurólogo, psiquiatra, psicólogo,...) que permitan detectar posibles alteraciones orgánicas que establezcan la causa del cuadro y un perfil psicológico que permita tomar decisiones para un diagnóstico diferencial. Todas las guías de buenas prácticas (Díez Cuervo, 2005; Autismo Europa, 2009) establecen la importancia de valorar el CI (edad mental) del niño para poder tomar decisiones acerca de si las dificultades sociales y comunicativas son significativas, comparadas con la edad mental y no con la edad cronológica.

La investigación en las características tempranas en los TEA han destacado la alteración de habilidades sociales básicas que aparecen en los primeros meses de desarrollo y que están mostrando un correlato neurológico y funcional claro (Mundy, 2005), como son las alteraciones en cuanto a las habilidades de atención conjunta, imitación y orientación social.

En estos últimos años, se está desarrollando una gran cantidad de investigación para encontrar aquellas conductas más tempranas que puedan ser claves en la detección de los TEA, previas a los 12 meses de desarrollo. En esta línea se están desarrollando estudios basados no sólo en la información retrospectiva de los padres si no en la observación de vídeos de los primeros meses de vida, así como en el estudio de niños y niñas de riesgo desde su nacimiento (hermanos de niños y niñas con TEA en los que la probabilidad de presentar un cuadro de TEA aumenta) (Zwaigenbaum, 2009, Klin, 2009). Estos estudios, aunque todavía en fase experimental, están mostrando de una forma sistemática y generalizable, que niños y niñas pequeños entre los 6 y 9 meses de edad que posteriormente son diagnosticados de TEA está mostrando un déficit importante en la capacidad para mirar a los ojos de su progenitor en situaciones de interacción y juego sencillas y una preferencia por mirar a la boca o a otros objetos del entorno. Klin y su equipo (Klin, 2010) plantean que, en la medida en que estos estudios avancen, utilizando herramientas que permitan el seguimiento de la mirada (“eye tracking”), podría detectarse antes del año la presencia de TEA.

Resumen

Intervención “Neuropsicológica” en los Trastornos del Espectro Autista

Rosa Ventoso

La intervención en los trastornos del espectro autista, y el autismo como caso más conocido tienen como requisito básico el conocer el perfil psicológico prototípico que define el cuadro. Las distintas teorías psicológicas han intentado explicar las dificultades de relación, comunicación, limitación de intereses y gama de actividades con tendencia a la repetición estereotipada, las dificultades para desenvolverse en la vida cotidiana y la presencia de islotes de habilidad. Sin embargo el reto en autismo y en otros trastornos del desarrollo se encuentra en que resulta necesario adoptar una perspectiva de desarrollo, ya que el cuadro se detecta en edades tempranas y el patrón prototípico específico parece irse configurando de forma cada vez más estable en la interacción con la estimulación ambiental. Los déficits iniciales se detectan en aspectos de desarrollo socio-comunicativo y a partir de ellos, en la relación con el entorno estándar, parece configurarse el patrón de alteraciones complejas con afectación en funciones de discriminación emocional, empatía, atención conjunta, teoría de la mente, capacidad para el análisis global y significativa de la información y alteraciones ejecutivas en anticipación, planificación, secuenciación y capacidad de generación y cambio flexible.

Con este conocimiento genérico se han elaborado distintos modelos de intervención, entre los que destacan por haber demostrado validez empírica los métodos relacionales para intervenir en edades tempranas (p.e. “RDI”, “Denver”, “DIR”, “Scerts”), los métodos basados en los principios del aprendizaje (p.e. “ABA”, Applied Behavior Analysis para niños con autismo), los métodos de estructuración del entorno y/o empleo de señales visuales para transmitir información (p.e. “TEACCH”) y metodología específica para tratar aspectos concretos pero muy importantes como la comunicación (p.e. sistema “PECS” de comunicación mediante intercambio de imágenes) o la mejora de la conducta adaptativa (p.e. “Historias Sociales” de Carol Gray). De entre ellos vamos a destacar los métodos relacionales y el método TEACCH por constituir dos enfoques de intervención compatibles en el transcurso del tiempo pero moderadamente distintos en el planeamiento. El primero se centra en la posibilidad de reconducir el desarrollo en niños pequeños con autismo hacía patrones lo más normalizados posibles a partir del empleo de estrategias que promueven la implicación socio-emocional y comunicativa. El segundo pretende impulsar el desarrollo desde la adaptación, ya que constituye un sistema de enseñanza que respeta y se adecua a las características psicológicas ya definidas.

Los métodos relacionales, como el “Denver” (Rogers y Dawson), se utilizan con niños pequeños, desde que se detecta el cuadro hasta los 5 años aproximadamente. Ofrecen un conjunto de estrategias a aplicar por las familias y profesionales y un currículo comprensivo, con el que se persigue el objetivo general de que el niño se implique de manera motivada y positiva en actos autoiniciados de interacción, aumentando el interés social y “reconduciendo” en la medida de lo posible el desarrollo mental y cerebral hacía patrones más estándar de desarrollo.

El método Teacch (Schopler y Mesibov) en especial intenta adaptarse a las características del “prototipo” psicológico autista y aprovechar las habilidades

preservadas, como la capacidad de discriminación y memoria visual (analógico como los dibujos, pero también simbólico con referente fijo y universal, como las palabras escritas) para tratar aspectos ejecutivos afectados de forma central. Así se emplean agendas, que son listados de imágenes (o palabras) para anticipar cursos de actividad, secuencias de objetos o imágenes para tratar los problemas de planificación y secuenciación, y permitir que las personas con autismo de cualquier edad sean independientes realizando los distintos pasos de una tarea o sean capaces de realizar secuencias lógicas de tareas para conseguir un fin concreto.

En general, el empleo de material visual analógico como los dibujos o en forma de escritura se emplea de forma frecuente y generalizada ya que constituye una vía alternativa para permitir que las personas con autismo “comprendan” mucha mayor cantidad de información de todo tipo o sean vía de expresión cuando se emplean como sistema comunicativo expresivo alternativo al verbal.

El contexto educativo es el marco en el que se suele realizar gran parte de la intervención en autismo durante la infancia y la juventud. En la educación se tienen en consideración los modelos psicológicos que nos permiten comprender el “prototipo” autista y las metodologías específicas, pero el plan personal de desarrollo y aprendizaje considera de forma central a la persona -“con” pero más allá del trastorno- con sus gustos, deseos, intereses y necesidades. Actualmente los principios conceptuales derivados de la planificación centrada en la persona (Holburn) y los modelos de calidad de vida en discapacidad (Schalock y Verdugo) tienen una gran influencia en la realización de programas de intervención en autismo. El objetivo final de la intervención sería conseguir el máximo nivel de desarrollo y aprendizaje, que le permita vivir una vida “propia” con el mayor nivel de independencia y la mayor calidad de vida en el ámbito menos restrictivo.



INICIACIÓN A LA ALTA CAPACIDAD INTELECTUAL. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

I REUNIÓN DE NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL

Sevilla, 28 de enero de 2011

M^ª Teresa Fernández Reyes

Directora del centro CADIS

Muchos son los aspectos que conforman la personalidad de cualquier ser humano y muchas las variables que pueden intervenir en su desarrollo. Esto mismo ocurre con las diferentes habilidades cognitivas que tiene cualquier persona, y por supuesto siempre tendremos muchos factores a nuestro alrededor que nos van a permitir conocer, detectar o intervenir ante cualquier necesidad educativa.

Al hablar de niños y niñas con altas capacidades intelectuales, superdotados o talentos, debemos prestarle una especial atención a sus características específicas que hacen que su desarrollo tanto académico, como afectivo y emocional sean diferente en algunos aspectos. En esta ponencia intentaremos explicar brevemente los conceptos, teorías y definiciones que más influencia tienen hoy en día en el ámbito de las capacidades intelectuales superiores.

Podríamos empezar debatiendo acerca de ¿qué es la inteligencia?. Sabemos que la inteligencia está cargada de un cierto componente genético pero que su estructura puede modificarse con estímulos significativos aplicados en momentos decisivos del desarrollo del/a niño/a. No debemos hablar de la existencia de una inteligencia general que vaya creciendo o se estabilice, sino de *múltiples habilidades cognitivas*, algunas más modificables que otras proporcionando los estímulos adecuados.

El término "*altas capacidades*" presupone una gama más amplia y extensa de competencias referidas a una alta ejecución en algunos niveles. Hay autores que defienden que esa capacidad intelectual superior la encontramos en un sujeto con un cociente intelectual a partir de 120, mientras que para hablar del concepto de *Superdotación*, el criterio del CI debe situarse a partir de 130, junto con otros criterios, como tener un alto nivel de creatividad y una gran motivación por algún tema en concreto. La proporción de casos se estima en torno al 2'2%



cuando hablamos de superdotación y alrededor de un 10% si hablamos de capacidades intelectuales superiores.

Existen múltiples teorías y definiciones, que se van modificando a lo largo del tiempo, como el auge que en estos momentos está tomando la *Teoría de las Inteligencias Múltiples* de Gardner.

Se habla de una persona **talentosa** cuando presenta un perfil en el que existen uno o algunos factores muy destacados, pero otros son normales o incluso bajos. A mayor especificidad es de esperar un mayor valor. Esto es, si una persona posee una alta capacidad en un aspecto específico (música, por ejemplo), ese valor será muy alto (se puede operativizar en torno al 95% de competencia). Los talentos se pueden clasificar en *Talentos Simples* (cuando destaca en un área específica, con puntuaciones de percentiles por encima de 95), y *Talentos Complejos* (el sujeto destaca en tres áreas con percentiles por encima de 85).

Otro término muy utilizado y que plantea muchas dudas, sobre todo a los padres, a la hora de plantearse una posible sobredotación, es el de **precocidad**. Debe diferenciarse claramente de los conceptos anteriores, pues la precocidad es un fenómeno evolutivo, mientras que la sobredotación y el talento son fenómenos cognitivos estables. En el caso de la precocidad, que puede desembocar o no en sobredotación o en talento, hablamos de diferencias de ritmo; es decir, hablamos de precocidad cuando la activación de los recursos intelectuales se lleva a cabo en un período de tiempo más corto que el promedio normal. Un niño precoz accede antes a los recursos intelectuales básicos, pero no consigue mejores niveles. Por el contrario, los niños superdotados y los talentosos pueden haber sido o no precoces, pero su desarrollo cognitivo alcanza niveles más altos. Esto supone una precaución importante a la hora de evaluar a los supuestos superdotados o talentosos, pues el desarrollo cognitivo fundamental abarca normalmente hasta los 14 años.

M^a Teresa Fernández Reyes

Directora del centro CADIS

Alto rendimiento. Del conocimiento al tratamiento. Nuevos métodos diagnósticos. Nuevas terapias de la familia.

Introducción.

La alta capacidad intelectual ha sido dentro de los cursos diferenciales del desarrollo cognitivo una de las que más tardíamente se ha estudiado. Actualmente faltan investigaciones que demuestren de forma fiable, que es la alta capacidad, y dentro de ella, la superdotación y el talento. En consecuencia, es preciso un cambio en el paradigma que aporte mayor coherencia desde el concepto actual de inteligencia y enfoque neuroconstructivista de su desarrollo, sin reduccionismos. Un nuevo paradigma que postula que:

- La alta capacidad adopta formas múltiples, no tiene una forma única que se exprese mediante un alto CI.
- No hay un número fijo entre el 3 y el 5% de la población que permita una estimación estadística automática; estudios recientes indican que la superdotación está representada en torno a un 1% de la población y el talento, con sus distintas expresiones, hasta un 6%.
- El origen de la alta capacidad reclama la interacción entre naturaleza y factores externos.
- La duración no es estable, sino que su expresión cambia con el desarrollo.
- La identificación no puede hacerse mediante tests de CI o rendimiento académico, sino que debe ser entendida como un proceso utilizando medidas intelectuales multidimensionales, de creatividad, aptitudinales y de respuesta educativa.

La alta capacidad intelectual tiene distintas formas de expresión: la superdotación y el talento (simple o múltiple).

La superdotación se identifica como una capacidad intelectual globalmente situada por encima del percentil 75 en todos los ámbitos de la inteligencia, tanto convergente (lógico-deductivo) como divergente (creatividad): lingüística, numérica, espacial, creativa, lógica...

El talento supone una muy alta puntuación (percentil 90) en una o varias aptitudes intelectuales, pero no todas. Puede ser simple (ej talento creativo) o múltiple (ej lógico, creativo, verbal).

El genio supone una alta capacidad intelectual (superdotación o talento), una alta creatividad y alta productividad.

Funcionamiento cognitivo y exploraciones neurológicas.

La identificación del alto rendimiento cognitivo es un proceso, administrando instrumentos formales e informales de medida intelectual convergente y divergente, de estilos resolutivos, metacognitivos o de aprendizaje, y funcionamiento cerebral.

Para ello interesa conocer como funciona la alta capacidad. Las investigaciones muestran que superdotación y talento tienen funcionamientos distintos entre ellos, y respecto de la capacidad intelectual media, no solo a nivel cuantitativo (mayor número de recursos intelectuales o información) sino también cualitativo (gestión de los recursos y de la información).

El funcionamiento intelectual del talento es específico y vertical (mayor disponibilidad de información) condicionado por su configuración.

En el funcionamiento del superdotado se describen características diferenciales respecto del de la capacidad intelectual media como:

- Mayor capacidad de resolución de problemas complejos.
- Uso de estrategias resolutivas más complejas y adecuadas a la tarea y situación.
- Comprensión temprana de problemas.
- Mayor flexibilidad para hallar nuevas estrategias resolutivas.
- Durante una tarea, dedica mayor tiempo a la planificación que a la resolución con mayor discriminación de la información y estrategias irrelevantes y relevantes.
- Mayor eficacia para generar nuevas estrategias para cada problema.
- Mayor resistencia a la interferencia.

Neubauer et al, en su estudio de las bases fisiológicas de la inteligencia observan:

- Mediante la realización de Tomografía por emisión de positrones (PET) observan correlaciones negativas entre la inteligencia y la medida del consumo de energía (metabolismo de la glucosa) en el cerebro durante la ejecución de tareas cognitivas. Estos estudios iniciales

llevó a los autores a formular la hipótesis de la eficiencia neuronal de la inteligencia: sujetos que realizan una tarea compleja puede utilizar un número limitado de circuitos cerebrales y/o menos neuronas, lo que requiere el uso de glucosa mínimo, mientras que el resto utiliza mas circuitos y/o neuronas , algunas de las cuales no son esenciales o son perjudiciales para la ejecución de la tarea , y esto se refleja en mayor metabolismo de la glucosa en general.

Jin et al realizan un estudio de las diferencias en la transmisión de información entre el cerebro de un superdotado y los niños normales durante la generación de una hipótesis. Para ello miden las distintas actividades del cerebro por varios canales de EEG, estudiando la transmisión de información entre diferentes áreas corticales mientras los niños generan una hipótesis. Su hallazgo mas notable es el aumento de valores de I ACMI eran evidentes para redes posteriores en los niños superdotados, mientras que los niños normales tenían más redes incluidas en regiones frontales al realizar la misma tarea. Ello coincide con otros trabajos que concluyen que los sujetos con alta inteligencia muestran una mayor activación de áreas específicas del cerebro posterior, con uso mayor de la región parietal mientras sujetos con baja capacidad usaban casi exclusivamente regiones frontales. Una explicación provisional podría ser el nivel de mielinización: las neuronas de las personas menos inteligentes podrían estar menos mielinizadas, provocando una mayor dispersión de la actividad neuronal con inclusión de áreas del cerebro que no son pertinentes para la ejecución de la tarea. Como conclusión los niños superdotados usan menos y más específicas redes neuronales y por lo tanto de forma mas eficiente.

Jausovec et al, realiza un estudio en dos grupos de inteligencia en el desempeño de tareas de memoria. Encuentran un patrón diferencial en las bandas alfa del EEG; en los de baja capacidad predominan en áreas frontales, mientras que en el grupo de alta capacidad en áreas parietooccipitales. Concluyen que el procesamiento de la información en individuos con altas capacidades es más rapido y utilizan estrategias de aprendizaje más adecuadas que los individuos con bajas capacidades.

Diagnostico de los trastornos asociados: trastornos del aprendizaje y TDAH

Podemos encontrar en este grupo doblemente excepcional alumnos superdotados con: dificultades de aprendizaje, déficits sensoriales, desórdenes emocionales graves, deficiencias motrices, e incluso deficiencias cognitivas (Pardo de Santayana, 2000a). Cada uno de ellos exige una aproximación teórica y práctica específicas que no suponen una simple amalgama de los campos teóricos de cada excepcionalidad por separado sino un nuevo ámbito en el estudio y tratamiento de la **Atención a la Diversidad**

Los alumnos superdotados con TDAH presentan características similares a los estudiantes con **Alta Capacidad** tales como (ERIC Clearing House on Handicapped and Gifted Children, 1990):

- Habilidad superior para el razonamiento abstracto
- Amplia variedad de intereses
- Fluidez verbal: con mayor cantidad y calidad de vocabulario que su media de edad
- Curiosidad intelectual
- Fuerte creatividad

Pero, a la vez, presentan rasgos similares a los que la Asociación Americana de Psiquiatría expone en la cuarta edición revisada de su Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (1994, Brown et al, 2001) para la identificación de un alumno con TDAH . (criterios de inatención, criterios de hiperactividad y criterios de impulsividad). algunos de los rasgos que caracterizarían a un alumno superdotado con TDAH (Flint, 2001):

- Hace bromas en momentos inapropiados
- Se aburre con las tareas rutinarias y rehusa hacerlas
- Es autocrítico e impaciente con los fracasos
- Tiende a dominar a los otros
- Prefiere estar solo
- Tiene dificultad para cambiar de área de interés cuando se siente “absorbido”

por una

— A menudo está en desacuerdo con los demás y lo expone en voz muy alta de malos modos

— Es muy sensible emocionalmente, puede presentar reacciones exageradas

— No le interesan los detalles

— Rechaza la autoridad

Pero uno de los mayores problemas cuando abordamos la existencia y situación de alumnos doblemente excepcionales caracterizados por la combinación simultánea de Superdotación Intelectual y Trastornos con Déficit de Atención e Hiperactividad es el estar totalmente seguros de que los síntomas asociados al TDAH que el alumno presenta suponen realmente un trastorno de esta gravedad y no son simplemente fruto de su Alta Capacidad.

Pero ¿cómo diferenciar la Sobre-excitación psicomotora y el TDAH?, para ello, será importante tener en cuenta cuestiones como:

— Saber que los alumnos superdotados no muestran problemas de este tipo en todas las situaciones, mientras los niños con TDAH sí.

— Evitar que el alumno superdotado encuentre tiempo de ocio en el aula por la repetición sistemática de contenidos y el tratamiento circular de la actividad que le llevan a expresar frustración y/o aburrimiento.

— El mantenimiento de la atención en alumnos superdotados puede ser continuado y profundo en tareas que los motivan, mientras un niño con TDAH no puede centrar su atención (no se aconseja realizar esta observación con la televisión y los vídeo-juegos, puesto que se ha comprobado que en estas situaciones los alumnos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad sí pueden mostrar una atención continuada y profunda).

— La actividad del alumno superdotado siempre está encaminada a unas metas, mientras que la de un alumno con TDAH, en muchas ocasiones, no busca alcanzar ningún objetivo. (*Webb & Latimer, 1993*)

— Los alumnos superdotados con TDAH muestran una fuerte variabilidad inter e intra-tests en las pruebas de inteligencia y aptitudes, (*Lovecky, 2000*).

TRATAMIENTO EN EL ÁMBITO ESCOLAR

— Un estimulante ambiente escolar que promueva un mayor nivel de atención en el alumno doblemente excepcional y la inhibición de las conductas hiperactivas, contando a la vez con una ratio pequeña que permita una supervisión más constante y directa sobre el niño.

— Asistir a clases especiales para alumnos de alta capacidad (*Lovecky, 2000*).

— Mantenimiento por parte del profesorado de unas expectativas elevadas que favorezcan un “Efecto Pygmalion” en el alumno, acrecentando su confianza en sí mismo y en sus posibilidades.

— Abordar contenidos relevantes, que motiven al alumno doblemente excepcional y resulten significativos para él.

— Utilizar las nuevas tecnologías ya que suelen ser área de interés para estos alumnos por su Alta capacidad y por la facilidad que tienen de centrar su atención ante estos estímulos a pesar de su TDAH.

— Instrucción intensiva en habilidades organizativas y de estudio.

— Terapia cognitiva: sobre las expectativas que los alumnos perciben de los demás y de sí mismos, así como sobre sus pensamientos y sentimientos frente a la condición doblemente excepcional.

— Asesoramiento (orientación) sobre todo para aquellos alumnos que hayan tenido una detección tardía de su doble excepcionalidad para aceptar su condición, entenderla y “hacerla frente” (*Flint, 2001*).

TRATAMIENTO EN EL ÁMBITO FAMILIAR:

— Mostrar altas expectativas hacia los niños (“Efecto Pygmalion”).

— Estructurar la vida familiar de forma clara y sistemática de manera que se le inculque al alumno una disciplina en su actividad diaria.

— Comunicación con la escuela: conociendo la respuesta educativa que ésta está ofertando al alumno y cooperando en todos aquellos aspectos de la educación

integral del alumno que sean susceptibles de colaboración (Flint, 2001).

Detección del alumnado con altas capacidades

Instrumentos:

Cuestionario de nominación por profesores (recomendado).

En la bibliografía es recurrente la idea de que los profesores, a la hora de detectar altas capacidades intelectuales entre sus alumnos, no son informadores fiables; desde nuestro punto de vista, esta habilidad puede mejorar mucho si disponen de criterios e indicadores relevantes sobre los que fundamentar su observación.

Numerosos autores se han venido ocupado de ello elaborando escalas, cuestionarios e inventarios con esta intención; algunos de los más utilizados son los siguientes.

- Escalas para evaluar las características del comportamiento de los estudiantes con altas capacidades (Renzulli y otros, 1998).
- "Escala de evaluación de superdotados. GATES. (Gilliam et al, 1996).
- Escala de detección de alumnos con altas capacidades. EDAC. (Artola y otros 2003).
- Cuestionario evaluación de inteligencias múltiples para profesores (Beltrán, 2000).
- Cuestionario de características a observar en los superdotados (Freeman, 1988).
- Escala de detección de Canarias (Escala de observación para el profesorado. EOPRO)

La desventaja de estos cuestionarios es ser de aplicación individual y requieren mucho tiempo y esfuerzo. Existen otros que permiten la valoración colectiva:

- Protocolo de detección de la sobredotación intelectual. Cuestionario para profesores. (1. Educación Infantil y 2. Educación Primaria). (Arocas y otros, 2002).
- Escala de observación de las características de los alumnos. Educación Primaria (Monterde, 1998).
- VANEPRO-1 y 2. Valoración de las necesidades por el profesor. 1. Educación Infantil y 2. Educación Primaria y Secundaria (Del Caño y otros, 2003).

Cuestionario de nominación por compañeros (opcional o complementario).

Los compañeros atienden a factores y suelen percibir habilidades que pasan desapercibidas a los adultos; especialmente cuando éstas se aplican en los contextos naturales de relación interpersonal. Este conocimiento, si se rescata adecuadamente, aportará datos de relevancia al proceso de detección. Algunos de los instrumentos diseñados a este respecto son:

- Técnica de nominación entre iguales en Educación Infantil. Cuento "El cole del cielo" y "La estrella Alfa" (Arocas y otros, 2002).
- Cuestionario de nominación entre iguales. Alumnos/as de Educación Primaria. (Arocas y otros, 2002):

Cuestionario a alumnos/as de Educación Primaria (Arocas y otros 2002)

Intentamos encontrar a un niño o niña que...

Sería capaz de inventar los mejores juegos...

Si fueran a dar un premio al mejor inventor lo ganaría...

Descubre situaciones o detalles que los demás niños no vemos...

Es el niño o la niña que hace más preguntas y demuestra más curiosidad...

Si hay que hacer un teatro esa niña o niño inventaría la mejor historia...
Esa niña o niño sabe hacer bien las cosas difíciles que los demás niños todavía no sabemos hacer...
Ese niño o niña puede resolver situaciones y problemas muy difíciles

EL NOMBRE DE ESE NIÑO O DE ESA NIÑA ES:

Cuestionario de nominación por los padres (opcional o complementario).

En el proceso de detección es muy importante y valiosa la información sobre los aspectos evolutivos y aptitudinales manifestados en las situaciones externas al contexto escolar. La familia es el entorno donde con más evidencia se pueden observar los primeros síntomas de precocidad en el desarrollo y son, especialmente los padres los observadores e informadores naturales más relevantes. Sin embargo, dada la tendencia de algunos padres a sobrevalorar las capacidades de sus hijos y de otros a infravalorarlas; los datos obtenidos mediante estas técnicas deberán ser contrastados con las opiniones de otros y, especialmente, con los resultados de las pruebas estandarizadas. Algunos de los instrumentos disponibles :

- Cuestionarios para las familias. E. Infantil y E. Primaria. (Arocás y otros, 2002)
- Cuestionario de Inteligencias Múltiples para padres (Prieto y Fernández, 2001).
- GATES. Escala de Evaluación de Superdotados. (Gilliam y otros. 1996)
- Cuestionario para padres. Test de screening para la identificación temprana de niños de 4, 5, y 6 años con sobredotación intelectual (Benito y Moro, 2002).

Pruebas estandarizadas

En las teorías monolíticas, factoriales o jerárquicas de la inteligencia y en las que siguen modelos cognitivos la habilidad intelectual por encima de la media es considerada un elemento necesario sin cuya presencia no es posible hablar de superdotación.

La medida de la inteligencia es, por tanto, imprescindible en los procesos de detección. La coincidencia de nuestros intereses (usar instrumentos sencillos y rápidos de aplicación grupal) con los diseños y las posibilidades de aplicación de las pruebas factoriales nos llevan a seleccionarlas con prioridad. Otro aspecto relevante es que estas pruebas nos van a permitir diferenciar los indicios de superdotación de los que apuntan hacia la existencia de talentos. Algunas de las pruebas más habitualmente utilizadas a este respecto son "Pruebas de inteligencia general y aptitudes específicas"; la selección de la más adecuada debe hacerse considerando, al menos, los criterios de: edad, tiempo de aplicación, modalidad colectiva, ámbitos de valoración e información que proporciona.

Los alumnos/as que presenten indicadores suficientes, tanto en los cuestionarios de nominación aplicados como en la prueba estandarizada, deberán ser registrados como alumnos con probables altas capacidades y "**Pendientes de evaluación psicopedagógica**".

Fases y ámbitos de la evaluación psicopedagógica:

a) FASE PRIMERA: EVALUACIÓN DEL ALUMNO/A.

Objetivo: Determinar las aptitudes, habilidades, competencias, destrezas, rendimientos, producciones... del alumno/a. **Ámbitos a evaluar:**

A. Cognitivo-intelectual: capacidades intelectuales generales, aptitudes específicas, estilo cognitivo.

B. Académico-curricular: nivel de competencia curricular, rendimiento académico, capacidad de esfuerzo, calificaciones, motivación e intereses, estilo de aprendizaje.

C. Creatividad y pensamiento divergente: flexibilidad, fluidez, originalidad, elaboración en tareas diversas.

D. Socio-afectivo y emocional: relaciones interpersonales con compañeros o con otros alumnos y con adultos, habilidades sociales y de liderazgo, autoconcepto y autoestima, grado de integración, estado emocional, problemas de ansiedad, tristeza, irritabilidad...

b) FASE SEGUNDA: EVALUACIÓN DEL CONTEXTO.

Objetivo: Determinar las condiciones, exigencias y posibilidades del entorno escolar, familiar y social.

Ámbitos a evaluar:

E. Contexto escolar: organización del centro, espacios y agrupamientos, clima de centro y de clase, formación, experiencia y habilidades del profesorado, nivel académico del grupo-clase, metodologías y recursos didácticos, exigencia y adaptabilidad curricular.

F. Contexto social: oferta social y cultural del entorno próximo, posibilidades de integración y participación social, cogniciones, atribuciones y expectativas sobre el alumno/a.

G. Contexto familiar: cogniciones, atribuciones y expectativas sobre el hijo/a, estructura y clima familiar, grado de utilización de la oferta extraescolar, necesidades detectadas y reclamaciones, actitud y colaboración con el centro.

c) FASE TERCERA. CONCRECIÓN DE NECESIDADES

Objetivo: Determinar y concretar las necesidades educativas del alumno/a.

Nuevas terapias de la familia

Muchos estudios (Wallace y Walberg, 1978; Gardner 1995), señalan que la familia, el colegio y las condiciones sociales son también un apoyo indispensable para el niño con capacidad superior. Por ello es importante orientar y atender las necesidades de la familia, si queremos que el niño desarrolle sus talentos adecuadamente.

No pretendemos realizar aquí una descripción completa de este tipo de programas y sus resultados, no obstante si diremos que la revisión bibliográfica sobre el tema ((Colangelo 1997, 1988, Colángelo y Deman,1980; Moon, Kelly y Feldhusen, 1997; Freeman 2000) demuestra su necesidad y utilidad, aunque todavía en muchos países no están extendidos.

Desde las escuelas o los distritos escolares pueden crearse escuelas de padres con los siguientes objetivos:

- Obtener y dar información precisa y no sesgada
- Ayudar a cambiar actitudes y romper estereotipos
- Trabajar ansiedades en un marco grupal.
- Mejora la relacion familia-escuela-medio social.
- Compartir experiencias con otras familias.
- Intercambiar recursos.
- Planificar actuaciones en el medio familiar y social.
- Trabajar dos aspectos importantes: la capacidad de contención (saber poner limites) y el autoconcepto.
- Establecer un compromiso continuado.
- Establecer una metodología comunicativa interactiva.
- Escuchar las demanda de los padres respecto de la organización de charlas y seminarios. Dar respuesta a estas demandas.
- Organizar actividades conjuntas con otras familias

REUNIÓN ANDALUZA NEUROPSICOLOGÍA
ATENCIÓN EDUCATIVA.
DE ALTA CAPACIDAD A ALTO RENDIMIENTO.

**¿CÓMO SE PUEDE INTERVENIR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS CON
EL ALUMNADO DE ALTAS CAPACIDADES?**

Ma Ángeles Oliva Jiménez

Psicóloga. Orientadora IES Los Alcores

Miembro de REDES

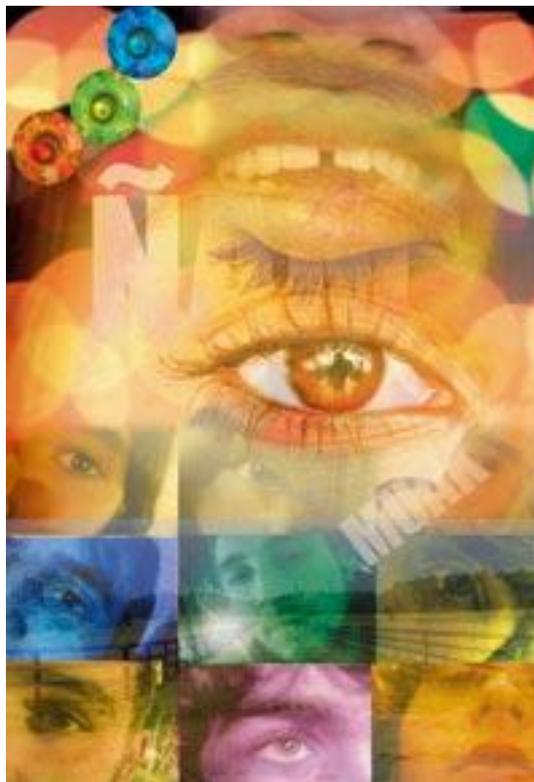
En esta ponencia, se trata de contar la experiencia educativa real, que se lleva a cabo en un centro educativo de Secundaria de la provincia de Sevilla, desde hace diez años con el alumnado de Altas Capacidades y que pretende poner de manifiesto que es posible intervenir desde dentro de los centros con este tipo de alumnado.

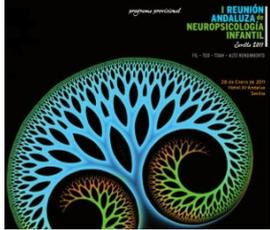
En resumen, podemos decir que se tratará, desde el contacto con el EOE de zona y con los Tutores de Primaria en relación a los niños que vienen diagnosticados para estudiar las medidas educativas que se han llevado a cabo, sus características y sus necesidades entre otras cosas, pasando posteriormente al diagnóstico de la totalidad del alumnado de nuevo ingreso en el centro y, en el caso de las nuevas detecciones así como las ya realizadas con alumnos/as ya pertenecientes al centro de otros cursos, el programa de intervención llevado con ellos/as tanto en lo referente a Programas Extracurriculares como a Adaptaciones Curriculares de Enriquecimiento.

Se abordarán cuestiones relacionadas con las dificultades encontradas tanto a nivel institucional como de centro, de profesores, de familias y de los propios alumnos/as así como de los resultados obtenidos hasta la fecha.

En definitiva se hablará del trabajo que hacemos en el IES Los Alcores con este alumnado, con sus profesores y con las familias pretendiendo con ello aportar un granito de arena a este tema tan invisible en la mayoría de los centros.

Creo que también es muy importante observar en dicha exposición la evolución del tratamiento de este tema no sólo en el centro sino en la zona a lo largo de los años para, entre todos, extraer algunas claves interesantes a mi modo de ver y que nos pueden animar para seguir trabajando en este tema con ilusión





**Puedes ser un sol,
no te conformes con menos**

Pág.1

**FUNDACION
AVANZA**

ASOCIACIONES FAMILIARES

- Introducción.

Las asociaciones civiles, y las familiares son una parte de ellas, son entidades surgidas en las sociedades desarrolladas y democráticas.

Es el cauce más directo de participación ciudadana en la mejora de la sociedad civil y un buen barómetro del estado de desarrollo y de la salud democrática de un pueblo.

Son entidades creadas de forma altruista con objeto de llevar a cabo actividades pensadas en el bien común de un colectivo.

Entidades que consiguen con menos recursos, ser más eficientes que los propios estados y aunque no pueden ni deben sustituir a estos, lo cierto es que sin ellas muchos colectivos estarían desatendidos.

Una sociedad se crea por un proceso de acción continua de algunos de sus miembros. Hoy en día tenemos la posibilidad de crear una sociedad con la participación más amplia de sus ciudadanos de toda la historia de las grandes sociedades.

Hoy podemos, entre todos, crear una sociedad más justa, más cercana a sus ciudadanos y este cambio social pasa por nuestra implicación en asociaciones civiles.

Creo que hay dos preguntas que deberíamos hacernos de vez en cuando como miembro responsable de la sociedad que nos acoge.

¿Como es mi participación en entidades civiles?

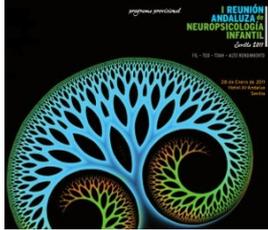
¿Apoyo o favorezco la actividad de entidades civiles como las asociaciones familiares?

Pudiera parecer que el coste de estas entidades puede ser alto, y por ello destacan en los países desarrollados, o que sus beneficios son muy limitados, para minorías, así que para ver su alcance, vamos a analizarlas brevemente desde cinco perspectivas.

- Desde el punto de vista macroeconómico.

Para un país como el nuestro las personas involucradas en estas instituciones representan el 4,3 % de la población activa.

En el ranking de 36 países del estudio publicado por la Universidad Johns Hopkins en el año 2004 ocupábamos el puesto nº 15.

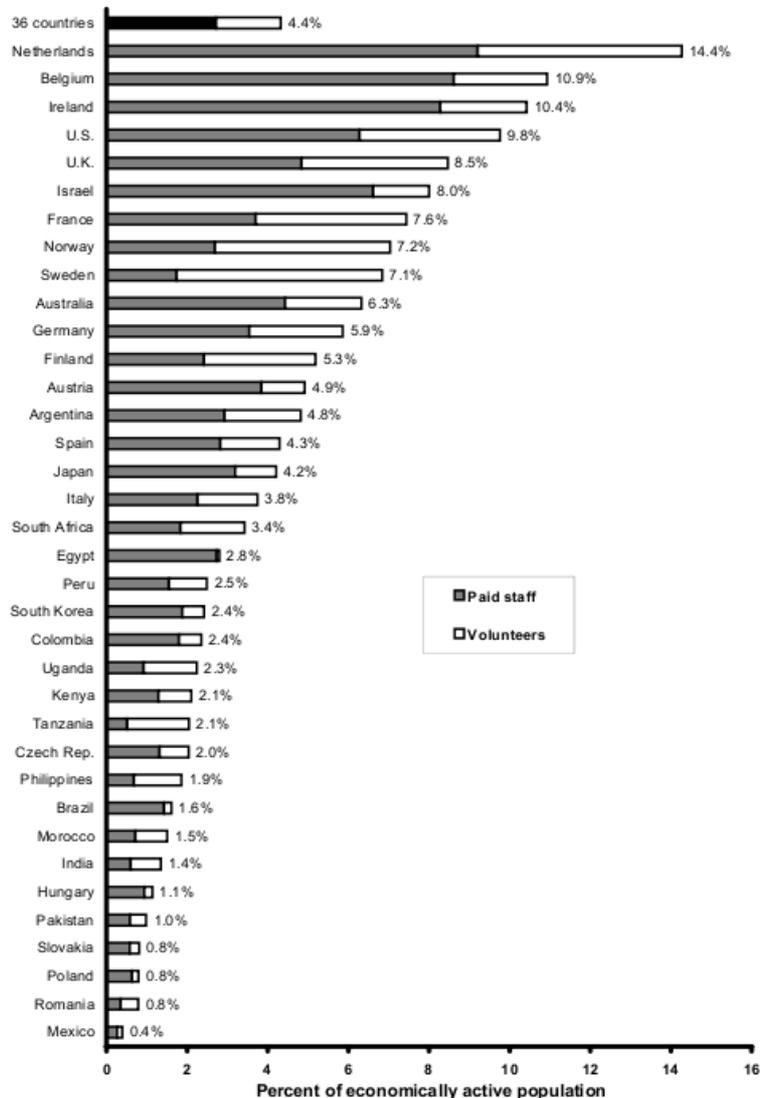


Puedes ser un sol,
no te conformes con menos

Pág.2

FUNDACION
AVANZA

Figure 1. Civil society organization workforce as a share of the economically active population, by country



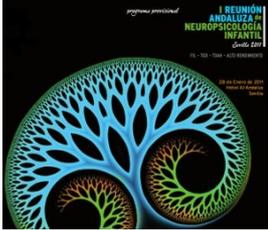
SOURCE: The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project (2004)

Reference years: 1995-2000

Según este mismo estudio, se considera que el 7,4 % de la población activa, por término medio, de los países desarrollados, trabajan en organizaciones civiles, de ellos el 2,75% en forma de voluntariado.

En nuestro caso deberíamos esforzarnos un poco más, teníamos en este estudio un 4,3 %.

Esta actividad representaba en 1995 un 4% del PIB de nuestro país, el 5,2% si se



**Puedes ser un sol,
no te conformes con menos**

Pág.3

**FUNDACION
AVANZA**

consideraba el trabajo voluntario.

9 años después tenemos una prueba evidente del protagonismo económico emergente que la economía social genera. En el año 2004 esta actividad representó más del 7% del Producto Interior Bruto de España (CEPES, 2005:11)

Estas cifras nos indican que es un sector nada despreciable en la economía, siendo además un buen índice de su desarrollo económico.

- Desde el punto de vista de los beneficiarios, concretado en las asociaciones familiares.

Estas entidades ofrecen a su público objetivo servicios que de otra forma no encontrarían.

Gracias al movimiento asociativo muchas familias encuentran respuestas a la situación de desamparo que sienten. Encuentran un entorno acogedor y enriquecedor, tanto para los niños y niñas como para los padres y madres.

Los niños se pueden relacionar con iguales, rebajándoles la presión de sentirse distintos, encontrando amigos que los comprenden y con quienes pueden compartir experiencias.

Encuentran actividades donde los niños recobran la ilusión y el entusiasmo que estaban perdiendo. Actividades tanto de marcado nivel cognitivo-manipulativo como de habilidades sociales.

A veces resulta increíble como niños que apenas tienen relación con sus compañeros de clase a los pocos minutos, en una asociación, se consideran rodeados de amigos. De niños que tienen similares características y les hacen sentir que no son seres raros.

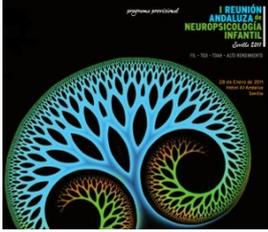
Los padres también aprendemos a comprender a nuestros hijos, así como pautas para educarlos mejor.

Estas entidades son auténticas escuelas, donde se aprende a ser mejores padres, mejores personas y mejores ciudadanos. Aprendizaje complejo de encontrar en este mundo tan cambiante.

- Desde el punto de vista social.

Estas entidades llevan a cabo labores sociales tan importantes como la concienciación ciudadana y el reconocimiento de los derechos de sus socios, lo que permite la creación de una sociedad plural y solidaria.

Y aunque ni son, ni deben ser un sustituto del estado, en ocasiones ponen en marcha



**Puedes ser un sol,
no te conformes con menos**

**FUNDACION
AVANZA**

Pág.4

iniciativas que este no acomete, no por que no sean necesarias, sino por la propia dinámica administrativa.

Ponen en marcha iniciativas no atendidas por las instituciones administrativas, como la formación del profesorado, dio lugar a nuestra Fundación y en ella continuamos inmersos. Actividad que consideramos de gran calado y transcendencia social, por lo que trabajamos en ampliar colectivos, colaboradores y participantes que se beneficien de nuestra plataforma de formación online y del conocimiento de nuestros colaboradores.

- Desde el punto de vista científico, enfocado a las mejoras sociales.

Los avances científicos que significan una mejora social, que no tiene una rentabilidad económica tangible, no suelen tener una respuesta social inmediata.

¿Cuánto tiempo pasa desde que un descubrimiento científico de este tipo pasa a desarrollarse en el ámbito de la educación?

A modo de ejemplo sirva Howard Gardner, después de 27 años de su publicación *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences* (La teoría de las inteligencias múltiples), sigue siendo casi un desconocido dentro del mundo de la pedagogía y se encuentra ausente en las actuaciones de las administraciones, con el perjuicio en el desarrollo social que ello conlleva en todos los niños y por ende en el futuro de nuestra sociedad.

Las entidades sin ánimo de lucro están consiguiendo que estas teorías sean tenidas en cuenta dentro del ámbito normativo y poniendo recursos formativos a disposición de los educadores para que conozcan y pongan en marcha este conocimiento en el aula.

Estas entidades por tanto, introducen una curva de aprendizaje social mucho más rápida de aquellas teorías que se demuestran exitosas. Son un buen catalizador que favorecen las buenas prácticas. De otra forma, hasta que estos conocimientos llegan al ámbito universitario y se trasladan a la sociedad, el tiempo es considerablemente mayor.

Digamos que son entidades que se adaptan bien a los tiempos cambiantes que vivimos, algo intrínseco a la participación social activa.

Sin duda los profesionales y las asociaciones familiares forman un tándem ganador en beneficio de la sociedad.

- Desde el punto de vista del voluntario o colaborador.

Cutler en 1973 demostró la relación positiva entre la participación en asociaciones de voluntariado y la satisfacción con la vida.



**Puedes ser un sol,
no te conformes con menos**

Pág.5

**FUNDACION
AVANZA**

- Conclusión.

Si un médico te recetara realizar una actividad que te hace sentir mejor, que no tiene por que costarte dinero, que beneficia a tu familia y a tu entorno más cercano, que es sostenible, o sea mejora la sociedad actual y futura ¿Que harías?

Si tu opción es realizarla, esta actividad se llama voluntariado.

Los que ya la realizamos, te aconsejamos que participes en instituciones sin ánimo de lucro, con trabajo voluntario o con tu apoyo desde distintas opciones.

Por tu bien, por el de las personas que te rodean, por tus hijos, por tu familia y por que es la mejor manera de construir una sociedad mejor.

Alberto Flaño Romero

Presidente Fundación Avanza



Cuestionario habilidades y logros de niños y niñas en los primeros años de vida.

Ref.:

Niño Niña (rodear con un círculo)

Marcar los ítems que ha cumplido y/o cumple el niño/a en cuestión.

Levanta la cabeza desde el primer día de su nacimiento.

Reconoce los colores a los 18 meses.

Aprende a mantenerse limpio al año y medio (control de esfínteres diurno y nocturno)

Está muy interesado por lo que le rodea, interés por aprenderlo todo, desde los dos años.

Mantiene una conversación con dos años.

Memoriza cuentos, canciones y oraciones con dos años y medio.

En educación infantil de 3 años se aprende el nombre y apellidos de todos los niños de su clase, el primer trimestre.

Tiene preferencia por jugar con niños mayores de su edad.

Tiene un elevado sentido de la justicia.

Pone nombre o da utilidad a sus creaciones.

Es crítico con el ritmo de aprendizaje de su clase, considera que aprende poco.



Si tu hijo/a cumple la mayoría de los ítems propuestos en este cuestionario (más de cinco), deberías considerar la posibilidad de que tiene un ritmo de aprendizaje muy superior a la media.

El ritmo de aprendizaje, es de suma importancia a la hora de asimilar nuevos contenidos, e influye decisivamente en su infancia y por lo tanto en la etapa escolar.

Actualmente, hay varios expertos que consideran que se deberían tener en cuenta estas características, para su correcta atención educativa, a un colectivo de niños/as entorno al 10%.

Este colectivo está compuesto por los niños/as con talento y/o altas capacidades intelectuales, e incluye a los denominados tradicionalmente niños/as superdotados (un 2,2% aproximadamente de la población).

Por otro lado, es bien sabido que un talento que no se potencia, ni se cultiva, no se desarrolla y se pierde, concepto muy asimilado dentro del ámbito deportivo.

En el ámbito intelectual, hoy en día, parece que este apoyo no se da con el mismo entusiasmo, algo que perjudica las posibilidades futuras de estos niños y niñas.

Te animamos a que profundices en las necesidades educativas de tu hijo/a, en sus puntos fuertes y menos fuertes, para propiciar una infancia feliz que culmine en un adulto moderadamente feliz, satisfecho y autorealizado.

¡Infórmate en tu centro escolar!