



EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EL SECTOR EDUCATIVO OFICIAL DE ARMENIA

Autor

Ana Patricia León Urquijo (patricialeon2006@yahoo.es)

Ángela María Jiménez Rojas (amjimenez@uniquindio.edu.co)

Gerardo Restrepo Ramírez (grestrepor@yahoo.ca)

Título en inglés

Attention deficit disorder in the official educative sector in Armenia

Tipo de artículo

De investigación académica, científica y tecnológica

Eje temático

Transtornos de aprendizaje

Resumen

A partir de estudios de caso y la descripción de los resultados, se presenta la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, en estudiantes de primaria del sector oficial de Armenia Quindío – Colombia. A partir de una muestra de 354 estudiantes reportados por los docentes con sospecha de este trastorno, se aplicaron pruebas estandarizadas y aprobadas por la comunidad científica neurológica internacional, dirigidas a padres, docentes y estudiantes, para identificar el TDA-H y los subtipos.

Abstract

Of case studies and the description of results, the prevalence of the attention deficit disorder with or without hyperactivity, occurs in primary official sector of Armenia Quindio - Colombian students. Of a sample of 354 students reported by teachers of having this disorder, standardized and approved by the neurological international scientific community, aimed at parents, teachers and students, to identify the ad-H and subtypes tests were applied. Keywords: education, care, disorder, deficit, hyperactivity, impulsivity.

Palabras clave

Atención, déficit, educación, hiperactividad, impulsividad, trastorno.

Key words

Attention, deficit, disorder, education, hyperactivity, impulsivity.

Datos de la investigación, a la experiencia o la tesis

Este artículo se basa en la investigación "El trastorno por déficit de atención en estudiantes



de 1º a 5º grado de educación básica del sector oficial de Armenia Quindío” realizada por los autores, entre agosto de 2007 y marzo de 2009, del Grupo de Estudios Pedagógicos y la Línea de investigación: Cognición y Aprendizaje de la Universidad del Quindío.

Trayectoria profesional y afiliación institucional del autor o los autores

Ana Patricia León Urquijo

Licenciada en Preescolar, Magister en Docencia Universitaria, PhD. En Filosofía y Ciencias de la Educación. Líder del Grupo de Estudios Pedagógicos, Profesora de Tiempo completo de la Universidad del Quindío.

Ángela María Jiménez Rojas

Psicóloga, Magister en Desarrollo Humano, Profesora asociada Universidad del Quindío.

Gerardo Restrepo Ramírez

Médico, Especialista en Neuropediatría, Especialista en Epidemiología. Asesor de OPS con sede en Canadá

Referencia bibliográfica completa

León Urquijo, Jiménez Rojas y Restrepo Ramírez (2010). El trastorno por déficit de atención en el sector educativo oficial de Armenia (De investigación académica, científica y tecnológica) Revista Q, 5 (9), 20, julio-diciembre. Disponible en: <http://revistaq.upb.edu.co>

Cantidad de páginas

20 páginas

Fecha de recepción y aceptación del trabajo

1 de septiembre de 2010 – 15 de septiembre de 2010

Aviso legal

Todos los artículos publicados en REVISTA Q se pueden reproducir en otros medios de comunicación sin ánimo de lucro, siempre y cuando se cite la fuente completa: tanto los datos del autor del artículo como de la publicación. En medios con ánimo de lucro se debe contar con la autorización expresa del autor; en tal caso se debe citar la fuente completa de la publicación original (incluyendo los datos del autor y los de la Revista).

Tabla de contenido

| | |
|--|----------|
| 1. Introducción..... | 3 |
| 2. Fundamentación teórica | 4 |
| 2.1. Trastorno por Déficit de Atención predominantemente inatento | 5 |



| | |
|---|----|
| 2.2. Trastorno por Déficit de Atención predominantemente hiperactivo | 6 |
| 2.3. Trastorno por Déficit de Atención combinado o mixto | 6 |
| 3. Diseño metodológico | 7 |
| 3.1. Universo, población y muestra | 8 |
| 3.2. Instrumentos, descripción y aplicación | 9 |
| 4. Discusión de los resultados | 13 |
| 5. Conclusiones | 16 |
| 6. Recomendaciones | 17 |
| Bibliografía | 18 |

1. Introducción

El término Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA-H), se utiliza para describir el comportamiento que presentan los niños, adolescentes y adultos con diferentes manifestaciones, según la edad y la educación recibida. El TDA-H implica dificultad generalizada en espacio y en el tiempo (ocurre en cualquier lugar o todos los días), para mantener y regular la atención en situaciones importantes, e hiperactividad en algunos casos. De forma secundaria el individuo manifiesta déficit de reflexividad, intolerancia a la frustración, alteraciones en el comportamiento y actúa con impulsividad (Borunda, 2008).

El Trastorno por Déficit de Atención suele presentarse con o sin hiperactividad; en este artículo se utiliza TDA-H para referirse a él. Este trastorno influye en el desarrollo del niño o la niña, en forma negativa si no se detecta a tiempo. Se requiere tratar por un grupo interdisciplinario (neuropediatra o psiquiatra infantil, neuropsicólogo o psicólogo clínico, profesor y padres), pues es una de las causas de la deserción escolar, que no es comprendida muchas veces por la comunidad educativa, por carecer de información de las diferentes dificultades presentados en la edad escolar. Algunas veces, los profesores tienen una vaga idea de las dificultades de aprendizaje y comportamiento de sus estudiantes y, por lo general, los rotulan con un diagnóstico impreciso. Se tiene la idea de que el TDA-H es solamente es un problema de comportamiento, sin tener en cuenta que implica dificultades cognitivas específicas en los procesos atencionales: atención selectiva, sostenida, visual y auditiva.

En el estudio "El trastorno por Déficit de Atención en estudiantes de 1º a 5º grado de Educación Básica del sector oficial de Armenia Quindío" realizado por el Grupo de Estudios Pedagógicos, el objetivo fue detectar los estudiantes de 1º a 5º (de 6 a 14 años) de la Educación Básica en el sector oficial, con Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad TDA-H. Para tal fin, se identificó los estudiantes con este posible trastorno, reportados por las instituciones educativas.



En el diseño metodológico, transeccional descriptivo, se utilizó los Criterios diagnósticos del DSM-IV (1994), evaluación propuesta por Conners' (1994) para profesores y padres; y la subprueba de atención de la batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI (Rosselli et al, 2004), para diagnosticar la prevalencia del TDA-H.

Los resultados esperados fueron logrados, se conoció la prevalencia del TDA-H en el sector oficial del Municipio de Armenia (3,89%), de acuerdo a la población y la muestra se puede decir que se encuentran entre el rango encontrado en la comunidad científica internacional que considera que este trastorno se presenta entre el "1% y el 7% de la población estudiantil infantil" (Barkley et al, 1991). También se analizan los resultados de la aplicación de las pruebas para determinar los subtipos, que permiten la discusión de los resultados y las conclusiones.

2. Fundamentación teórica

La atención es el proceso psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica (López y García, 1997), es una función cognitiva que madura a lo largo del desarrollo, al igual que el control de los impulsos... por lo tanto se debe considerar que hay ciertos rangos de inatención, de hiperactividad y falta de control de impulsos, etc., que son esperables en las etapas más tempranas del desarrollo, pero que no suelen presentarse posteriormente (Condemarín et al, 2005).

En los procesos atencionales se involucran diferentes elementos como: a) alerta, es decir, estar siempre listo, para procesar información (implica al hemisferio derecho y el lóbulo frontal); b) detectar y seleccionar estímulos relevantes (función parietal); c) tener capacidad de vigilancia como esfuerzo mental consciente y limitado que es el aspecto central de la atención que involucra la capacidad de planificar y resolver problemas, organizarse para ello, incorporar selectivamente en la memoria, motivarse y preservar en la tarea, función del lóbulo frontal, lóbulo temporal, el cuerpo estriado y el putamen (estructura situada en el centro del cerebro que junto con el núcleo caudado forma el núcleo estriado, el putamen y el globo pálido forman el núcleo lenticular) (Borunda, 2008).

Cuando un estudiante tiene dificultades en los diferentes mecanismos atencionales presenta manifestaciones variadas como distracción sobre tareas de rendimiento, dificultades en la concentración, en la atención sostenida, en la atención selectiva y en la atención dividida (Caballo y Simon, 2001).

El TDA-H se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad. Se observa alteración para seguir una actividad representada por reglas, o bien para seguir un orden de trabajo, se le dificulta planificar y organizar una actividad (Narvarte, 2008). Se destaca como característica del TDA-H, una desviación significativa en la norma, con dificultades permanentes y de inicio temprano en la adaptación social y/o rendimiento escolar, en relación a la edad de desarrollo (León y Restrepo, 2006).

El Trastorno por Déficit de Atención TDA suele presentarse sin hiperactividad, es menos común, se caracteriza por pasividad, lentitud, somnolencia, falta de vitalidad y energía, el niño con este tipo de trastorno, tienen problemas para regular el estado de alerta y focalizar la atención, viven



abstraídos; no presentan gran dificultad social, se puede ver una actitud aplacada, desconectada, y hasta depresiva, influye en el bajo rendimiento académico (Narvarte, 2008).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) en la infancia se caracteriza por la presencia del déficit atencional a temprana edad, puede desplegarse actitud negativa, desafiante y trastornos de conducta (Narvarte, 2008), de base genética, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño o la niña, además de alteraciones atencionales, impulsividad y sobreactividad motora. Se trata, de un problema genérico de falta de autocontrol con amplias repercusiones en su desarrollo, su capacidad de aprendizaje y su ajuste social. Las causas más probables son (Barkley, 2006):

- Diferentes agentes que pueden dar lugar a lesiones cerebrales o anomalías en el desarrollo del cerebro, tales como traumatismos, enfermedades, exposición fetal al alcohol, al tabaco, o exposición temprana a niveles elevados de plomo.
- Actividad disminuida en diferentes regiones cerebrales, especialmente en región orbito frontal del cerebro, que se cree la responsable de inhibir la conducta, mantener la atención, usar el autocontrol y hacer planes para el futuro.
- La herencia asociada a otras dificultades de tipo psicológico en el niño con el TDA-H, como depresión, alcoholismo y problemas de conducta. Además, diversos estudios con gemelos, han llegado a determinar que la herencia explica entre el 50% y el 92% de las conductas de hiperactividad e impulsividad, dándole a los factores relacionados con el entorno (dietas, plomo, embarazo, complicaciones en el parto y estilo de vida familiar) un porcentaje solo entre el 1% y el 10% para explicar las conductas hiperactivas. Se ha considerado que hay una tendencia hereditaria a tener problemas en el desarrollo del corte frontal y del núcleo caudado del cerebro.

La dirección a la investigación se determina por las variables: Trastorno por Déficit de Atención predominantemente inatento, Trastorno por Déficit de Atención predominantemente hiperactivo y Trastorno por Déficit de Atención combinado o mixto que corresponde a los subtipos de TDA-H que se definen y se operacionalizan a continuación. Se toma como referencia los criterios del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994) pruebas Conners' (1994) maestros y padres y la subprueba de atención de la batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI (Rosselli et al, 2004).

2.1. Trastorno por Déficit de Atención predominantemente inatento

Es cuando el estudiante presenta más dificultades en: la focalización de la atención, distracción y dificultades en la organización de actividades tanto académicas como de la vida cotidiana; y se refiere a la manifestación con frecuencia durante los últimos seis meses de:

- No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- Presenta dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro



de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

- Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.

2.2.Trastorno por Déficit de Atención predominantemente hiperactivo

Se caracteriza por dificultades en la focalización de la tención manifestada por inquietud motora e impulsividad. Los síntomas de Hiperactividad se manifiestan por los siguientes signos que se presentan con frecuencia durante los últimos seis meses de:

- Mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en su asiento.
- Abandona su asiento en la clase o en otrs situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- “Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.
- Precipita respuestas antes de haberse completado las preguntas.
- Tiene dificultades para guardar turno.
- Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

2.3.Trastorno por Déficit de Atención combinado o mixto

Presenta características de dificultades en: la focalización de la atención, en la organización de actividades, y la presencia de inquietud motora e impulsividad. Manifiesta inatención, hiperactividad e impulsividad. Los síntomas de inatención, hiperactividad impulsividad, se manifiestan por los siguientes signos que se presentan con frecuencia durante los últimos seis meses de:

- No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- Presenta dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.



- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.
- Mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en su asiento.
- Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- “Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.
- Precipita respuestas antes de haberse completado las preguntas.
- Tiene dificultades para guardar turno.
- Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).
- Para la evaluación de los criterios diagnósticos de DSM IV (1994) se tiene en cuenta que:
- Seis o más de los síntomas de inatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.
- Seis o más de los síntomas de hiperactividad impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.
- Algunos síntomas de hiperactividad impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes, por ejemplo, en la escuela y en casa.
- Deben existir pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- Los síntomas de TDA-H no aparecen exclusivamente durante el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

3. Diseño metodológico



Los tipos de investigación utilizados son el estudio de caso y el descriptivo; el diseño metodológico transeccional descriptivo, este diseño *tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan las variables* (Hernández et al, 2006), porque se toma de los casos específicos las mediciones de acuerdo a los ítems que han sido los mismos para todos los estudiantes evaluados y se determinan las frecuencias, los porcentajes y se describen los aspectos que determinan la prevalencia del TDA-H y los subtipos.

3.1. Universo, población y muestra

Para la ubicación de la muestra se tuvo en cuenta del universo de 20.711 estudiantes matriculados de 1º a 5º grados de la Educación Básica, en el sector oficial del Municipio de Armenia en 2008, la población de 5.082 estudiantes de los mismos grados, de 12 instituciones educativas que aceptaron participar en la realización del estudio. Se tomó la muestra de 354 estudiantes de 1º a 5º (6 a 14 años) que fueron reportados por los profesores con posible Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se realizó el estudio con estudiantes de estas edades porque el diagnóstico diferencial de hiperactividad puede confundirse como un trastorno de conducta, o como un trastorno que compromete tanto la conducta como el aprendizaje (Narvarte, 2008), por lo tanto es difícil identificar el TDA-H a niños y niñas que no han aprendido a leer y escribir y además no han adquirido las normas sociales, que les permita obedecer las reglas.

Los estudiantes reportados por sus educadores con déficit de atención e hiperactividad, se encuentran ente los 6 a los 14 años, que corresponde a la edad escolar de la educación básica primaria, siendo mayor los comprendidos entre los 7 y los 11 años y menor los de 12 a 14 años (tabla 1). De los cuales no hay mujeres de 12 y 14 años; las mujeres (26,27%) son menos que los hombres (73,73%), y éstos los hay en todas las edades.

| Edad | N H | N M | N | % |
|-------|-----|-----|-----|-------|
| 6 | 17 | 9 | 26 | 7,3 |
| 7 | 46 | 23 | 69 | 19,5 |
| 8 | 59 | 20 | 79 | 22,3 |
| 9 | 40 | 18 | 58 | 16,4 |
| 10 | 50 | 18 | 68 | 19,2 |
| 11 | 35 | 3 | 38 | 10,7 |
| 12 | 5 | 0 | 5 | 1,4 |
| 13 | 4 | 2 | 6 | 1,7 |
| 14 | 5 | 0 | 5 | 1,4 |
| Total | 261 | 93 | 354 | 100,0 |

Tabla 1

Para la presentación de los datos, se denomina número de hombres N H, número de mujeres N M, número



total de participantes N y porcentaje %.

3.2. Instrumentos, descripción y aplicación

Para diagnosticar el TDA-H debe hacerlo el profesional especializado, en primera instancia las pruebas la realiza el neuropediatra o el psicólogo y quien determina si existe trastorno, es el neuropediatra o el psiquiatra infantil. El estudiante es detectado por el profesor y/o el padre de familia, quienes deben reportarlo al profesional especializado. En este estudio, se aplicaron varias pruebas para determinar la presencia o no del trastorno y el subtipo del mismo.

Inicialmente se aplicó el cuestionario de Criterio diagnóstico del DSM VI (1994) para el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, que consta de 18 ítems que debe contestar el profesor sobre sus apreciaciones en los comportamientos de cada estudiante con sospecha de TDA-H. 9 ítems se refieren a detectar la inatención, 6 ítems para detectar la hiperactividad y los tres ítems restantes para detectar la impulsividad. El cuestionario se tomó con la traducción al español, con adaptación a los términos adecuados para los comportamientos observables en niños y niñas del Eje Cafetero, estos ítems que son universales, se pueden observar en los niños y niñas sin ninguna dificultad. Para diligenciar este instrumento el profesor debe tener en cuenta que los comportamientos de los niños se han presentado durante los últimos seis meses señalando Si o No. Para ilustrar, algunas preguntas:

Inatención:

No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

___ No ___

Si

Hiperactividad:

Mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en su asiento.

Si ___ No ___

Impulsividad:

Precipita respuestas antes de haberse completado las preguntas.

Si ___ No ___

Cuadro 1

Posteriormente se aplicaron los instrumentos Conners' profesores y padres los cuales han sido traducidas al español, comprensible, además, los ítems son adecuados a comportamientos observables, que deben haber sido presentados durante los últimos seis meses en cada niño o niña que forma parte de este estudio y que el psicólogo diligencia directamente con los profesores y los padres o acudientes.

El segundo instrumento (cuadro 2) Conners' (1994) profesores, consta de 28 ítems, donde el profesor identifica los comportamientos de los estudiantes, durante los últimos seis meses o más del tiempo que están en la institución educativa, deben señalar para cada ítem una sola casilla, seleccionando las opciones: nunca, pocas veces, muchas veces o siempre, los cuales se evalúan



respectivamente como 0, 1, 2 y 3, números que se escriben en los cuadros finales para realizar la sumatoria total de las columnas, que se divide cada una por el número que aparece en cada uno de las clasificaciones, para determinar la prevalencia: PC problemas de conducta; H hiperactividad-impulsividad; IP inatención-pasividad; y IH índice de hiperactividad. Resultados que se comparan con la BAREMOS (DSM IV, 1994), para determinar el nivel TDA-H. Algunos ejemplos de preguntas con las puntuaciones:

CONNER`S PROFESORES: Por favor responda a todas las preguntas, colocando una "x" en la casilla correspondiente

Nombre del Docente: _____ Nombre del Alumno: _____ Fecha: _____

| | nunca | pocas | Muchas | Casi | PC | H | IP | Ih |
|--|-------|-------|--------|---------|----|---|----|----|
| | | veces | Veces | Siempre | | | | |
| | | | | | 8 | 7 | 8 | 10 |
| 1. Inquieto retuerce el cuerpo | 0 | | | | | 0 | | 0 |
| 2. Hace ruidos inapropiados cuando se debe | | 1 | | | | 1 | | |
| 3. Sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente | | | 2 | | | 2 | | |
| 4. Actúa en forma grosera y hostigosa | | | | 3 | | | | |
| 5. Explosiones de ira y conducta impredecible | | | | 3 | | | | 3 |
| <i>Instrumento 2 Tomado DSM- IV (1994)</i> | | | | | | | | |

Cuadro 2

El tercer instrumento (cuadro 3) Conner`s (1994) Padres consta de 48 ítems, donde los padres identifica los comportamientos de los estudiantes durante el tiempo que están en la familia, y que se hayan presentado desde hace seis meses o más, debe señalar una sola casilla si se manifiesta nunca, pocas veces, muchas veces o siempre, los cuales se evalúan respectivamente como 0, 1, 2, y 3, números que escriben en los cuadros finales para realizar la sumatoria total que se divide por el número que aparece en cada uno de las clasificaciones, para determinar la prevalencia: PC problemas de conducta; PA problemas de aprendizaje; PS problemas psicosomáticos; H hiperactividad-impulsividad; A ansiedad; y IH índice de hiperactividad. Resultados que se comparan con la BAREMOS (DSM IV, 1994) estandarizados, para determinar el nivel TDA-H. A continuación se encuentran algunas de las preguntas con las puntuaciones:



| | Nunca | Pocas Veces | Muchas Veces | casi siempre | PC | PA | PS | H | A | Ih |
|---|-------|-------------|--------------|--------------|----|----|----|---|---|----|
| | | | | | | | | | | |
| CONNERS PADRES: | | | | | 12 | 4 | 5 | 4 | 4 | 10 |
| 1. Come cosas (uñas, dedos, pelo, ropa) | 0 | | | | | | | | | |
| 2. Grosero con los adultos | | 1 | | | 1 | | | | | |
| 3. Problemas para conseguir y mantener amigos | | | 2 | | | | | | | |
| 4. Excitable e impulsivo | | | | 3 | | | | 3 | | 3 |
| 5. Le gusta hacer las cosas a la carrera | | 1 | | | | | | 1 | | |

Cuadro 3

Instrumento 3 Tomado DSM- IV (1994)

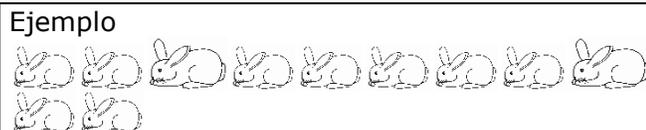
Además, a los estudiantes se les aplicó la subprueba de atención de la batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI (Rosselli et al, 2004), que está validada en Colombia para niños entre los 5 y los 16 años del eje cafetero: atención visual, atención auditiva. El instrumento de atención visual (Cuadro 4) consta de letras en la que se le pide al estudiante que en un minuto cancele la letra A que se encuentra antes de la X, durante un minuto. El otro instrumento de atención visual consta de dibujo de conejos (cuadro 5), los cuales tienen dos tamaños pequeños y grandes, la gran mayoría son pequeños, y se le pide a los estudiantes que señalen encerrando en un círculo o tachando los conejos (los grandes) diferentes a los demás, durante un minuto. A continuación se presenta parte de la página que contiene las letras y los dibujos:

Atención visual

Cancelación de letras

- Ejemplo
- IOEAXEUOIUAXUIAXUXAXEAEIXOAX
IAXIOAEA

Cancelación de dibujos





| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> XOOXAXUUOAXAEIAXIAXUAXIAEX EUAXXAXUAXIUUAAXOEXXUEAXUIA UIEIUAXEUAAAXOIEOAXAUOEIOAX OAXIXUAAAXIUIEUAXXEIOIAUOAA XOXO ... | |
| <p>Instrumento 4: Tomado de Rosselli et al (2004). Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI). Batería para evaluación de niños entre los 5 y los 16 años</p> | <p>Instrumento 5: Tomado de Rosselli et al (2004). Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI). Batería para evaluación de niños entre los 5 y los 16 años.</p> |

Cuadro 4

Cuadro 5

La prueba de atención auditiva consiste en dígitos en progresión y dígitos en regresión. Para aplicarla la primera prueba (cuadro 6), que inicia con tres dígitos y va aumentando hasta 8 en dos columnas de igual número de dígitos pero distintos, se lee las cifras de números uno a uno que se encuentran en la columna de la izquierda (los cuales van aumentando uno en cada fila), al estudiante y se le pide que repita en el mismo orden los números, por ejemplo 9, 6, 2, si no los dice en el mismo orden, se lee la cifra de la derecha 4, 8, 3, si lo puede hacer, se pasa a la siguiente columna de la izquierda 6, 4, 3, 1, que tiene un dígito más, cuando el estudiante no lo haga en la segunda opción a la derecha, no se continúa con la siguiente cifra. Antes de iniciar el ejercicio se realiza una prueba de ejemplo, para cerciorarse que ha comprendido en qué consiste. Se puntúa con el número de dígitos alcanzados a decir en el orden correcto.

La prueba de dígitos en regresión (cuadro 6) consiste en decirle los números de la cifra al estudiantes, y este debe decirlos al contrario, se inicia con dos dígitos y va aumentando un en cada fila. Se hace una prueba con el estudiante, por ejemplo se le dice 1, 2 el estudiante debe decir 2, 1, lo mismo que el ejercicio anterior, cuando el estudiante puede decir al contrario los números leídos de la columna de izquierda, se pasa a la siguiente de la misma columna, cuando el estudiante no lo hace, se le lee los números de la derecha, si lo puede realizar se pasa al siguiente fila de la columna de la izquierda, así hasta que no pueda realizarlo con los números de la derecha, se suspende la prueba. Se puntúa con el número de dígitos alcanzados a decir en el orden correcto. Se comparan los resultados con los BAREMOS de Rosselli et al (2004) para determinar la deficiencia o no en la atención visual y auditiva.



Atención auditiva dígitos en progresión y dígitos en regresión

Dígitos en progresión

| Ensayo 1 | Puntaje | | Ensayo 2 | Puntaje |
|--------------------|---------|----|-----------------|---------|
| a) 7-9-3 | | a* | 5-8-0 | |
| b) 4-2-8-3 | | b* | 6-1-7-5 | |
| c) 9-2-1-4-6 | | c* | 7-9-0-5-3 | |
| d) 9-8-4-7-2-3 | | d* | 3-5-0-6-1-9 | |
| e) 6-3-7-9-1-9-6 | | e* | 7-2-4-9-1-5-9 | |
| f) 5-1-3-8-6-2-4-9 | | F | 4-9-6-1-7-2-5-8 | |
| Calificación | (8) | | | |

*Aplicar sólo si el niño falla en el ensayo 1.

Dígitos en regresión

| Ensayo 1 | Puntaje | | Ensayo 2 | Puntaje |
|------------------|---------|----|---------------|---------|
| a) 4-9 | | a* | 6-3 | |
| b) 5-2-8 | | b* | 7-1-9 | |
| c) 5-0-3-8 | | c* | 2-9-1-7 | |
| d) 3-8-5-9-1 | | d* | 6-2-9-4-0 | |
| e) 9-4-2-5-7-3 | | e* | 9-4-2-5-3-6 | |
| f) 6-2-9-4-7-1-8 | | F | 5-9-8-1-4-7-2 | |
| Calificación | (7) | | | |

*Aplicar sólo si el niño falla en el ensayo 1.

Cuadro 6

Tomado de Rosselli et al (2004). Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI). Batería para evaluación de niños entre los 5 y los 16 años.

4. Discusión de los resultados

Con el instrumento 1 "criterios diagnóstico del DSM IV para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad" se hizo el primer selección de estudiantes con posible TDA-H, quienes obtuvieron de 6 a 9 ítems de inatención, de 6 a 9 ítems de hiperactividad e impulsividad quedando clasificados para las siguientes pruebas Conners' y ENI, con las que se realizó el diagnóstico. En la tabla 2, se hace una comparación de las pruebas realizada.

| Comparación Criterio de TDA-H con Diagnóstico TDA-H | |
|---|---|
| Criterios diagnósticos del DSM IV para el Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad | Diagnóstico TDA-H Conners' y ENI |



| | M H | M N | N N | % | N H | N M | N N | % |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|
| Inatento | 79 | 46 | 125 | 35,3 | 36 | 22 | 58 | 16,4 |
| Inatento - hiperactivo - Impulsivo | 124 | 30 | 154 | 43,5 | 96 | 25 | 121 | 34,2 |
| No aplica | 35 | 14 | 49 | 13,8 | 115 | 41 | 156 | 44,1 |
| Hiperactivo - Impulsivo | 23 | 3 | 26 | 7,3 | 14 | 5 | 19 | 5,4 |
| Total | 261 | 93 | 354 | 100,0 | 261 | 93 | 354 | 100,0 |

Tabla 2

La aplicación de una sola prueba no es suficiente para diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, puesto que los criterios diagnósticos del DSM IV (1994) para el TDA-H que resolvieron los profesores, presentan mayor incidencia que el diagnóstico (tabla 2), después de aplicar las pruebas Conners' (1994) profesores y padres y las subpruebas de atención de la batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI (Rosselli et al, 2004), se encontró que es menor la prevalencia. Se encuentran diferencias que justifican la importancia de obtener la información suficiente de las personas involucradas en los diferentes ambientes que frecuenta el estudiante, como la institución educativa y la familia, como también las pruebas específicas directamente relacionadas con ellos. Para diagnosticar el TDA-H y los subtipos, se requiere que la incidencia de los comportamientos que la tipifican se presenten tanto en las dos pruebas Conners' profesores y padres.

Se encontró que de los 354 estudiantes reportados por los docentes con posible TDA-H el 44,1% no cumplen con los criterios de TDA-H (tabla 2). Presentan algún tipo de trastorno de déficit de atención así: combinado o mixto (inatención, hiperactividad e impulsividad) 96 hombres y 25 mujeres (121) que corresponde al 34,2%; inatento 36 hombres y 22 mujeres (58) que corresponde al 16,4%; e hiperactivo impulsivo 14 hombres y 5 mujeres (19) corresponde a 5,4%.

Como la población (P) de los estudiantes es de 5082 matriculados en la Educación Básica de 1º a 5º (primaria), en el sector oficial, se hace la relación con respecto a los hallazgos encontrados en este estudio, puesto que la muestra (N) corresponde a los niños (NH) y niñas (NM) con Trastorno por Déficit de Atención, quedando los porcentajes de la prevalencia de la siguiente forma:

$$\frac{N \times 100\%}{P} = \frac{198 \times 100\%}{5082} = 3,89\%$$

198 (3,89%) presentan algún tipo de trastorno de déficit de atención, distribuido así 121 (2,31%) combinado o mixto; 58 (1,14%) inatento; y 19 (0,34%) hiperactivo impulsivo.

En cuanto a la prevalencia por géneros:

$$\frac{NH \times 100\%}{P} = \frac{146 \times 100\%}{5082} = 2,87\%$$



P 5082

$$\frac{NM \times 100\%}{P} = \frac{43 \times 100\%}{5082} = 1,02\%$$

P 5082

146 hombres (2,87%) y mujeres 43 (1,02%), siendo mayor en hombre, que se distribuye de acuerdo a los subtipos de TDA-H así:

$$\frac{NH \text{ mixto} \times 100\%}{P} = \frac{96 \times 100\%}{5082} = 1,88\%$$

P 5082

$$\frac{NH \text{ inatento} \times 100\%}{P} = \frac{36 \times 100\%}{5082} = 0,71\%$$

P 5082

$$\frac{NH \text{ Hiperactivo impulsivo} \times 100\%}{P} = \frac{14 \times 100\%}{5082} = 0,28\%$$

P 5082

$$\frac{NM \text{ mixto} \times 100\%}{P} = \frac{25 \times 100\%}{5082} = 0,49\%$$

P 5082

$$\frac{NM \text{ inatento} \times 100\%}{P} = \frac{22 \times 100\%}{5082} = 0,43\%$$

P 5082

$$\frac{NM \text{ Hiperactivo impulsivo} \times 100\%}{P} = \frac{5 \times 100\%}{5082} = 0,1\%$$

P 5082

TDA-H combinado o mixto (inatención, hiperactividad e impulsividad) 96 (1,88%) hombres y 25 (0,49%) mujeres; inatento 36 (0,71) hombres y 22 (0,43%) mujeres; y el de menor prevalencia hiperactivo e impulsivo 14 (0,28%) hombres y 5 (0,1%) mujeres. En los tres subtipos es mayor la prevalencia en hombres. Los resultados concuerdan con los parámetros del DSM IV (1994) que considera la prevalencia es entre el 1% y el 7%, siendo mayor en los hombres.

El diagnóstico temprano del trastorno aproximadamente a los 7 años, permite el tratamiento médico, terapéutico y pedagógico, para ayudarlos a mejorar las relaciones interpersonales y el comportamiento tanto en el aula como en la familia (Narvarte, 2008). El diagnóstico tardío a los 11 años, es de mayor atención, además de la médica, por los psicólogos y pedagogos para disminuir la violencia (Díaz y Berk, 1992), con ayuda para la elevación de la autoestima y superar las dificultades de interrelaciones personales y familiares.

En cuanto a las sugerencias que se realizaron a cada uno de los estudiantes que participaron en este estudio 153 requiere valoración neuro-pediátrica apoyo psicológico y pedagógico, 45 requiere valoración neuro-pediátrica y de los órganos de los sentidos y apoyo psicopedagógico.

Los estudiantes que no aplican con el TDA-H son 156 requieren 35 apoyo psicológico y emocional, 29 apoyo psicológico y atención a los problemas de aprendizaje; 21 apoyo psicológico y pedagógico; 18 asesoría pautas de crianza a padres: 10 apoyo psicológico, pedagógico, pautas de



crianza. Solamente 6 estudiantes no requiere de ningún tipo de apoyo.

5. Conclusiones

- Un equipo interdisciplinar de docentes, psicólogos, médicos especializados en órganos de los sentidos y neuropediatra debe realiza la evaluación de estudiantes con posibles problemas de trastorno de déficit de atención, con o sin hiperactividad, para lograr precisar la problemática diferenciada y lograr encontrar soluciones apropiadas.
- Para evaluar el TDA-H es necesaria la información de docentes, padres, familiares o acudientes y pruebas específicas dirigidas a los estudiantes, con instrumentos validados.
- La prevalencia de TDA-H en estudiantes de la educación básica primaria de 1º a 5º en el Municipio de Armenia es de 3,89%, que corresponde a un poco más de la mitad de las estadísticas de estudios internacionales que afirman que este trastorno se encuentra entre el 1% y el 7% en la población infantil.
- El 2,31% de estudiantes presentan TDA-H combinado o mixto, el 1,14% TDA-H inatento; y el 0,34% TDA-H hiperactivo impulsivo, siendo mayor el TDA-H combinado.
- En cuanto a la prevalencia por géneros 2,87% son hombres y 1,02% mujeres, distribuidos así: TDA-H combinado o mixto (inatención, hiperactividad e impulsividad) 1,88% hombres y 0,49% mujeres; TDA-H inatento 0,7 hombres y 0,43% mujeres; y el de menor prevalencia el TDA-H hiperactivo e impulsivo 0,27% hombres y 0,09% mujeres. Se presenta este trastorno menos en mujeres que en hombre, como lo afirma el DSM IV (1994).
- No todos los estudiantes reportados por los docentes con TDA-H presentan el trastorno, son confundidos por presentar problemas asociados a TDA-H como problemas de conducta, problemas de aprendizaje, problemas psicossomáticos, ansiedad, dificultades en la atención auditiva y dificultades en la atención visual.
- Los problemas de conducta, problemas de aprendizaje, problemas psicossomáticos y ansiedad no siempre están asociados al TDA-H. Los profesores suelen confundir estos problemas con este trastorno, razón por la cual se requiere mayor información al respecto, pero sin embargo, ante la sospecha es mejor la remisión psicológica y neuropediátrica o psiquiátrica, para asegurar el bienestar del estudiante, y buscar las alternativas para tratar cualquier problemática que interfiera en el normal desarrollo por el quipo interdisciplinario.
- Los estudiantes con TDA-H requieren valoración neuropediátrica, apoyo psicológico, pedagógico y asesoría en pautas de crianza a padres, familiares o acudientes.
- La comunidad educativa en general y específicamente los docentes y los psicólogos, deben atender los problemas que manifiestan los estudiantes desde la más temprana edad, puesto que la detección de las problemáticas que presentan por dificultades físicas, neurológicas, conductuales, aprendizaje, psicossomáticos asociados o no al TDA-H se pueden diagnosticar con el quipo interdisciplinario, para buscar soluciones y mejorar la



calidad de vida de ellos y su familia, al mismo tiempo, disminuir la repitencia y la deserción escolar, y las problemáticas asociadas de drogadicción, alcoholismo y delincuencia, en que caen los estudiantes en la pre-adolescencia y adolescencia cuando no son atendidos oportuna y adecuadamente.

6. Recomendaciones

Antes de señalar a un estudiante con Trastorno de por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, el docente debe remitirlo a evaluación con los especialistas, inicialmente a psicología y si se requiere posteriormente a neuropsiquiatría o psiquiatría infantil.

Es importante tener en cuenta, que los niños y niñas TDA-H, tienen aspectos positivos de los cuales el profesor y la familia, deben tomar provecho para lograr comportamientos positivos, disciplina y mejorar la atención y los comportamientos sociales (The Columbus School y Colegio Cristóbal Colón, 1999), entre ellos: poseen energía, tienen voluntad de ensayar cosas nuevas, están siempre listos para hablar y actuar, se llevan bien con algunos adultos o niños mayores, pueden hacer varias cosas a la vez, poseen un buen sentido del humor, saben cuidar a los niños más pequeños, son talentosos y espontáneos, ven ciertos detalles que otras personas no ven, entienden a los demás porque se ha experimentado el rechazo de los otros, pueden pensar de forma diferente y novedosa, ofrecen ayuda a otros, son felices y entusiastas, pueden ser imaginativos y creativos, tienen buena capacidad de expresión –pueden decir las cosas- son sensibles, colaboradores, cariñosos y amorosos, se preocupan por la familia y son intuitivos.

El diagnóstico de niños y niñas con TDAH es interdisciplinario, es decir, que es llevado adelante por varios profesionales: Psicopedagogía: evalúa, mediante técnicas neurocognitivas, el déficit cognitivo y la evaluación psicopedagógica escolar. Psicología: con conocimientos neuropsicológicos, evalúa aspectos conductuales y familiares. Neurología/ Psiquiatría infantil/ Neuropsiquiatría: Evaluación del desajuste socio – conductual y diagnóstico clínico.

El grupo interdisciplinario debe orientar a la familia y al profesor (a) sobre la forma de tratar al niño o la niña, para lograr resultados positivos que redundan en la calidad de vida del menor, de la familia y del aula de clase. Todos deben estar en contacto para lograr los resultados que esperan.

En la Institución educativa es importante que cuando los estudiantes con TDA-H llegan al colegio con el diagnóstico, o cuando se ha diagnosticado durante la escolaridad de la educación formal, el docente, el profesor (a) del aula de apoyo, el psicólogo y demás personal del colegio, deben satisfacer las necesidades de afecto, aceptación, reconocimiento y sentido de pertenencia al grupo (Ortiz, 2000).

Los estudiantes con TDA-H, por sus repetidos fracasos y frustraciones, necesitan intervenciones especiales y prácticas que de inmediato les hagan sentir que son queridos y acogidos por el docente y por el grupo. Se recomienda dar al estudiante responsabilidades especiales, de acuerdo a sus posibilidades, que le hagan sentir que hace una contribución en la escuela como abrir la puerta de la clase cuando todos los demás compañeros estén listos para salir a recreo, organizar material didáctico o de clase en un lugar determinante, etc. (Kunter et al, 2004).



Cuando se trabaja con un estudiante con TDA-H, hay ciertas pautas y códigos entre el docente y el estudiante, que deben estar acordadas de antemano, para que el estudiante no vivencie ciertos señalamientos como retos o persecuciones. Cuando el trabajo es grupal, inevitablemente habrá que hacer intervenciones individuales, al igual que habrá que tener una mirada especial para monitorear cada momento (Narvarte, 2008).

Como se ha dicho anteriormente, los estudiantes con TDA-H requieren tener normas y saber las consecuencias claras y consistentes de ellas y para lo cual los docentes serán consecuentes con ellas (Ortiz, 2000):

Duración de los tratamientos: El tratamiento cognitivo - conductual de TDA-H oscila entre 4 y 5 años para hacerlo completo. Durante este tiempo, la terapia psicológica puede distribuirse según las necesidades conductuales. Un tratamiento de 1 año no es efectivo, ya que no puede hacerse completo (Bandura, 2008), y las problemáticas comportamentales y problemas asociados seguirán presentándose en el ambiente educativo y familiar. Por lo tanto, el profesor (a), la familia y la institución en educativa, deben ser conscientes que no se puede interrumpir el tratamiento. Si la familia considera que el tratamiento médico no funciona, puede acudir a otro especialista, pero sin interrumpirlo, puesto que el TDA-H no es una cuestión de voluntad, sino de salud, la cual debe ser atendida; se requiere paciencia y perseverancia, para lograr mejor la calidad de vida del estudiante y su ambiente escolar y familiar.

Por la naturaleza misma del niño o la niña con TDA-H, es importante que los padres o familiares, lo lleven por lo menos una vez a la semana, a un lugar donde pueda correr, gritar, saltar, quemar energías propias de su condición de necesidad de actividad, esto es necesario y lo hará sentirse bien.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 ed. Washington: American Psychiatric Association. DSM-IV. (APA 1994) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. et-al. (1991). The adolescent outcome of hyperactivity children diagnosed by research criteria. Mother-child interactions, family conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 233-255.
- Barkley, R. A. (2006). Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment. 3 edition. New York: Guilford Press.
- Borunda M., G. H. (2008). Actividades terapéuticas para niños con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Guía práctica con ejercicios. México: Trillas.
- Caballo, V. y Simón, M. A. (2001). Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Madrid.
- Condemarín, M. et al. (2005). Déficit atencional. Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa. 2da. Ed. Santiago de Chile: Ariel Educación.
- Conners' C. K. (1994). Conners' continuous performance test. Users Manual. Toronto: Multi-health Systems.
- Davison, L. L. et al. (1992). Hiperactivity in School-age Boys and Subsequent Risk of



- Injury en Borunda M., G. H. (2008). Actividades terapéuticas para niños con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Guía práctica con ejercicios. México: Trillas.
- Díaz, R N. y Berk, L. E. (1992). Private speech: From Social Internation to self-regulation, Mahwah: Erlbaum.
 - García S., J. N. et al. (2007). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), diferencias entre los diferentes subtipos en la composición escrita. Estudios de Psicología. Universidad de la Rioja. ISSN 0211-7339, Vol. 33, Nº. 149, pag. 369
 - _____ (2009). Influence of cognitive effort, sutained attention, working memory and ADHD symptoms in the process and product of written composition: an experimental study. Estudios de psicología. SSN 0210-9395, Vol. 30, Nº 1, pags. 31-50.
 - Hernández S., R. et-al. (2006). Metodología de la Investigación. 3ª ed. México: Mc Graw Hill.
 - León U., A. P. y Restrepo R., G. (2006). Neuropsicopedagogía. Cuadernos Interdisciplinarios Pedagógicos. Congreso Internacional en Investigación Educativa y didáctica. Nº 7, pp. 39-46.
 - López S, C. y García S, J (1997). Problemas de atención el niño. Madrid. Pirámide. En Caballo, V. y Simón, M. A. (2001). Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Madrid.
 - Narvarte, M. E. (2008). Soluciones Pedagógicas para el T.D.A/H. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Argentina: LESA.
 - Rosselli et-al. (2004). Evaluación Neurosicológica Infantil (ENI). Batería para evaluación de niños entre los 5 y los 16 años. México: Editorial Manual Moderno.
 - Sánchez C., R. (2000). Trastornos en el aprendizaje. 25 años evitando el fracaso escolar. Universidad de Navarra. En León U., A. P. y Restrepo R., G. (2006). Neuropsicopedagogía. Cuadernos Interdisciplinarios Pedagógicos. Congreso Internacional en Investigación Educativa y didáctica. Nº 7, pp. 39-46.

Revista Q

Revista electrónica de divulgación académica y científica
de las investigaciones sobre la relación entre
Educación, Comunicación y Tecnología

ISSN: 1909-2814

Volumen 05 - Número 09
Julio - Diciembre de 2010

Una publicación del Grupo de Investigación Educación en Ambientes Virtuales (EAV),
adscrito a la Facultad de Educación de la Escuela de Educación y Pedagogía
de la Universidad Pontificia Bolivariana, con el sello de la Editorial UPB.



<http://revistaq.upb.edu.co> – www.upb.edu.co

revista.q@upb.edu.co

Circular 1a 70-01 (Bloque 9)
Teléfono: (+57) (+4) 415 90 15 ext. 6034 ó 6036
Medellín-Colombia-Suramérica