



TRASTORNO DE ATENCIÓN EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE UNA LOCALIDAD DE BOGOTÁ: PERCEPCIÓN DE LOS MAESTROS

*Claudia Talero Gutiérrez¹, Andrés Espinosa Bode²
Alberto Vélez Van Meerbeke³*

1. MD, Médica Foniatra, Profesora Asociada, Grupo de Investigación en Neurociencias - NEUROS. Facultad de Medicina. Universidad del Rosario, Bogotá.
2. MD, Médico Epidemiólogo. Investigador Asociado. Grupo de Investigación en Neurociencias - NEUROS. Facultad de Medicina. Universidad del Rosario, Bogotá.
3. MD, Médico Neuropediatra, Epidemiólogo, Profesor Titular. Grupo de Investigación en Neurociencias - NEUROS. Facultad de Medicina. Universidad del Rosario, Bogotá.

* Correspondencia cltalero@urosario.edu.co

Resumen

Antecedentes: el trastorno por déficit de atención se diagnostica cada vez con mayor frecuencia en nuestro medio. Los únicos datos de prevalencia que se tienen en el país proceden de Antioquia pero se desconoce la frecuencia en otras regiones del país.

Objetivo: evaluar la percepción de los maestros de escuelas de una localidad de Bogotá sobre la presencia del trastorno de atención en sus alumnos.

Material y métodos: se realizaron conferencias magistrales sobre la evolución de la atención durante el desarrollo, las alteraciones que se presentan y se engloban en el término trastorno por déficit de atención y discusiones de grupo. Al finalizar se aplicó una encuesta de seis puntos desarrollados en formato de preguntas

abiertas que estaban relacionadas con el número total de niños, la distribución por género y las características de la atención de aquellos que tenían a cargo

Resultados. 58 maestros de 10 escuelas percibieron que 612 (31%) alumnos de preescolar y primaria tenían problemas de atención. La distribución por grados mostró un pico importante en el tercer grado. No hubo diferencias significativas en cuanto al género pero si respecto a la preferencia manual.

Conclusión. Los datos recogidos demuestran una importante percepción de dificultades de atención en los niños que invita a una reflexión en relación a medidas de tipo pedagógico y de modulación de la conducta, así como a una búsqueda de tipo estadístico y etiológico formal.

Palabras clave: trastorno por déficit de aten-

ción, escuelas, docentes, aprendizaje.

Summary

Background: the frequency of diagnosis of attention deficit disorder is increasing in our environment. The only available prevalence data in Colombia is from Antioquia and, the prevalence of the disorder is unknown in the rest of the country.

Objective: to evaluate the perception of teachers of some schools from Bogota. The teachers reported the number of children considered with attention disorders after attending a workshop on this issue.

Materials and methods: a conference of attention development, alterations and issues about attention deficit disorder was given. In the end of this conference, a survey of six topics was applied to the teachers. This survey asks about number of children, sex and other considerations.

Results. 58 teachers from 10 schools perceived that 612 (31%) primary school students of a total of 1980 had attention problems. Distribution by grades showed an important increase in third grade. There were no gender significant differences but being left handed had a significant relation with Attention deficit disorder.

Conclusion. The data collected show an important perception of attention problems in children underlining the need for pedagogical and modulation of conduct measures, as that of performing a formal statistical and etiological search.

Key words: attention deficit disorder, schools, teachers, learning.

Introducción

La atención es la capacidad de seleccionar los estímulos que son relevantes para el individuo en una situación específica; depende de la maduración de las estructuras y de los sistemas funcionales que permiten el estado de alerta y la filtración de la información en el sistema nervioso central (SNC) y por lo tanto, es parte importante de los dispositivos básicos para el aprendizaje (1). Cuando el niño ingresa al jardín infantil, los períodos de atención sostenida oscilan entre 20 y 30 minutos los cuales pueden ser interferidos por nuevos estímulos que se corrigen fácilmente. A medida que los niños crecen, estos períodos van aumentando, hasta lograr tiempos de 40 a 50 minutos en la primaria (1,2).

El trastorno por déficit de atención llamado anteriormente “disfunción cerebral mínima”, “síndrome del niño hiperactivo”, “lesión cerebral mínima” entre otros, es un cuadro clínico caracterizado por dificultad en el mantenimiento de la atención. Se agrega a lo anterior hiperactividad e impulsividad aunque no siempre están presentes (3). La Asociación Americana de Psiquiatría en su manual de estadística y diagnóstico de los desordenes mentales, cuarta edición (DSM IV) establece el criterio diagnóstico con base en un listado de conductas que se aplica a padres, maestros, familiares y al mismo paciente (3-5). No existe un único test para evaluar el trastorno por déficit de atención y se han propuesto una serie de listados, algunos de los cuales ya han sido validados en nuestro medio. Es un trastorno de inicio relativamente temprano en la vida del niño, no tiene etapas de remisión y a medida que el ambiente y el aprendizaje exigen más, empeora la condición clínica. Se presenta con mayor frecuencia en niños que niñas, con una razón que puede llegar hasta 4:1 (3,6).

Debido a que la variabilidad de grados de atención en los diferentes rangos de edad es amplia, se debe diferenciar la disfunción de la atención de



las variaciones de la edad y de las características temperamentales del sujeto (7).

En la búsqueda de la etiología del trastorno por déficit de atención se han desarrollado estudios genéticos, de interferencia ambiental, neuropsicológicos, de neuroimágenes y neurofarmacológicos (8).

Los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia que oscila entre 3 y 17% (3, 5, 9, 10). Sin embargo en nuestro medio no se ha determinado con exactitud; algunos estudios realizados por el grupo de neurociencias de la Universidad de Antioquia han permitido establecer una prevalencia en la población antioqueña alrededor del 17% (5,9). En el resto del país se hace necesario adelantar nuevos proyectos que definan el número y el perfil del trastorno en nuestros niños, así como los factores etiológicos.

La determinación adecuada de la prevalencia e incidencia de este trastorno y de las implicaciones que conlleva en la conducta de los niños, permitirá tomar medidas correctivas de tipo médico y pedagógico que redunden positivamente en el rendimiento escolar, en la capacidad de interrelación de los niños y en general en la conducta. El presente trabajo es una primera aproximación al problema, en los niños que asisten a las escuelas de una localidad de Bogotá sobre la base de la percepción que tienen los maestros de los trastornos de atención en sus alumnos.

Material y métodos

Maestros de preescolar y primaria de las escuelas de una localidad (Barrios Unidos) de Bogotá a quienes se les hizo una invitación para participar a un taller sobre “La atención y sus alteraciones”. En este se realizaron conferencias magistrales sobre la evolución de la atención durante el desarrollo, las estructuras ner-

viosas implicadas en su integración, los mecanismos que subyacen al proceso de dirección de la atención, la atención como pre-requisito importante para el aprendizaje y las alteraciones que se presentan y se engloban en el término trastorno por déficit de atención. Así mismo se realizaron discusiones de grupo y se dieron técnicas de apoyo para uso en el aula de clase.

Al finalizar el taller se aplicó una encuesta de seis puntos desarrollados en formato de preguntas abiertas que estaban relacionadas con el número total de niños, la distribución por género y las características de la atención de aquellos que tenían a cargo.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas: edad, género, grado escolar, lateralidad y número de niños con trastorno de atención, se calcularon medidas de tendencia central. Adicionalmente se realizó una prueba de X^2 para mirar diferencias entre las muestras.

Este fue un estudio sin riesgo de acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”) del Ministerio de Salud. Además, siguió los lineamientos jurídicos y éticos del país y también aquellos contemplados en la última modificación (Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (“Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos”). A los encuestados se les informó acerca de los objetivos del estudio y de la importancia de realizar el mismo. Adicionalmente, se les aseguró que los datos suministrados para este estudio serán de carácter anónimo y se les recaló que la participación era voluntaria.

Población y muestra. De un total de 130 asis-

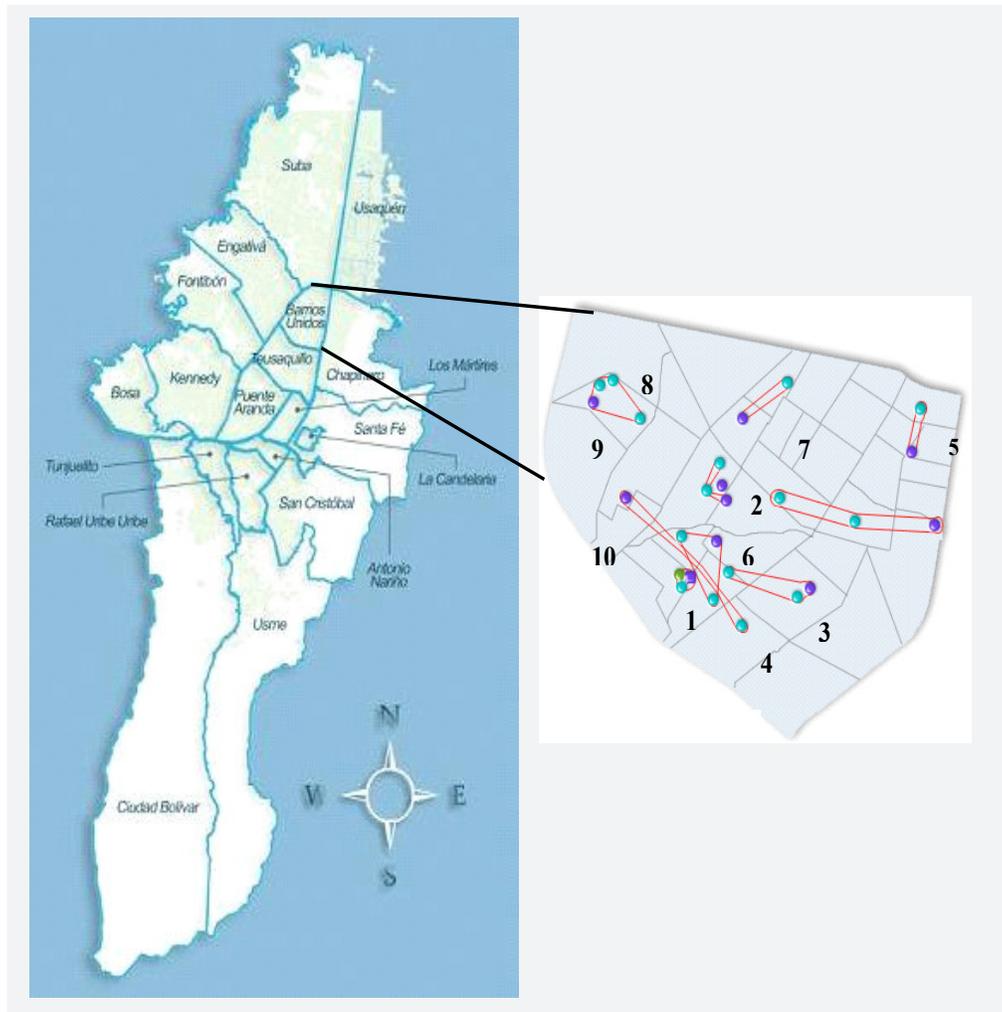


Figura 1. Mapa de las localidades de Bogotá y escuelas de Barrios Unidos

tentes al taller, 58 (45%) fueron maestros de preescolar y primaria y el resto lo constituyeron directores, coordinadores académicos o profesores de bachillerato. Para el objeto de este estudio se tomó en cuenta únicamente la información obtenida en las encuestas de los maestros de preescolar y primaria. El total de alumnos matriculados en educación básica primaria en la localidad en el año 2004, cuando se realizó el taller, fue de aproximadamente 10.000 niños (fuente Centro Administrativo de Educación Local Barrios Unidos (CADEL).

Estos maestros representaban a 10 instituciones educativas públicas que pertenecen a la lo-

calidad de Barrios Unidos y que están bajo la dirección de la Secretaría Distrital de Educación a través de los Centros Administrativos de Educación Local (CADEL).

La localidad se ubica geográficamente en el noroccidente de Bogotá, tiene una extensión aproximada de 1190 hectáreas y se compone de 41 barrios (Figura 1). La población residente es de 216.000 habitantes, que representa el 3% de la población total de la ciudad y una densidad poblacional de 149 hab/ha, cifra inferior al promedio distrital (195 hab/ha) (11,12).

De acuerdo con la información del Departamento



Tabla 1. Distribución numérica y porcentual de niños con problemas de la atención según centro educativo.

Nombre centro educativo	Niños con problemas de atención / total de niños en el aula (%)	
	HOMBRES	MUJERES
1	8/37 (22)	5/22 (23)
2	29/102 (28)	25/109 (23)
3	12/37 (32)	6/30 (20)
4		18/36 (50)
5	100/309 (32)	69/292 (24)
6	10/41 (24)	9/29 (31)
7	86/254 (34)	110/269 (41)
8	12/21 (57)	5/12 (42)
9	56/166 (34)	32/143 (22)
10	12/36 (33)	8/35 (23)
TOTAL	325/1003 (32)	287/977 (29)

Administrativo de Planeación Distrital, la localidad de Barrios Unidos concentra el 2,3% (36.566 niños y jóvenes) de la población en edad escolar del Distrito Capital; de estos, 1060 (2,9%) se encuentran en jardines infantiles y en grado cero, y 13.167 (36%) en educación primaria (13).

Resultados

Las escuelas estuvieron representadas en forma irregular por parte de los profesores (Figura 2). Los 58 maestros que contestaron la encuesta informaron tener en sus clases a 1980 estudiantes, 977 niñas y 1003 niños (Figura 3). La distribución por cursos fue homogénea (Figura 4).

Los maestros reportaron que 612 (31%) alumnos podrían tener problemas de atención, 287 niñas y 325 niños (Tabla 1). La distribución por grados muestra un pico en el tercer grado en la que la proporción se incrementa significativamente respecto a los otros cursos ($p < 0.000$) (Figura 4). No se encontraron diferencias significativas entre los géneros (razón 1,1:1 $p = 0,13$). Respecto a la preferencia manual, los docentes identificaron a 125 alumnos con dominancia izquierda (6,3%), de los cuales esti-

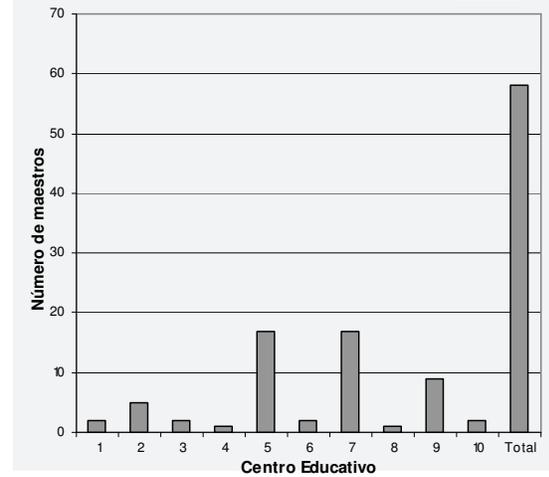


Figura 2. Número de maestros por colegio que asistieron al taller

maron como desatentos a 48 (38%) ($p = 0,03$).

Sólo 46 niños (7,5%) estaban recibiendo algún tipo de terapia para su probable problema de atención y apenas cuatro estudiantes estaban recibiendo una medicación.

Discusión

El trastorno por déficit de atención interfiere de forma importante en el desempeño académico y en las relaciones interpersonales de los niños. Llega a constituir la base de comportamientos inadecuados en la adolescencia, de bajo desempeño en la vida laboral y de frustración en la adultez (14). Puede coexistir con otras alteraciones del desarrollo como trastornos del lenguaje o del habla y con problemas específicos del aprendizaje (5, 9). Igualmente se pueden presentar trastornos comórbidos como ansiedad, síndrome de oposición desafiante, síndrome de Tourette y otros problemas de la conducta.

Los resultados obtenidos en la encuesta realizada a los maestros demuestran que estos perciben como desatentos a un número significativamente

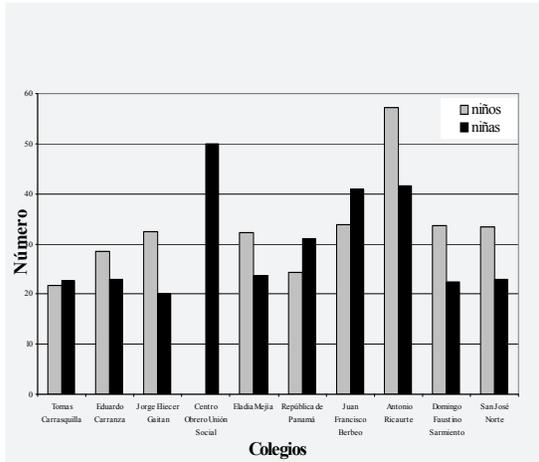


Figura 3. Número de estudiantes referidos por los maestros clasificados por colegio.

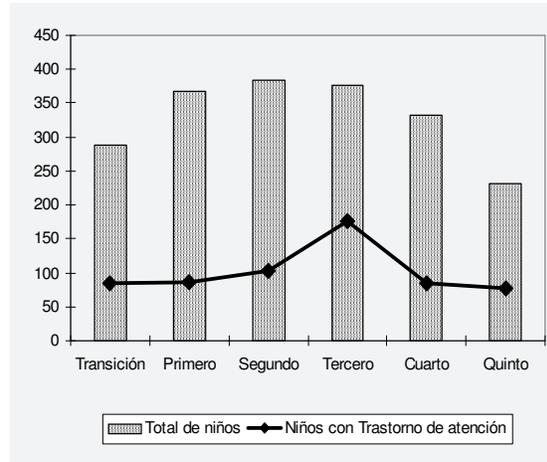


Figura 4. Relación de niños con trastorno de atención con el total por grado.

alto de niños en relación con el grupo total (31%). Estos datos son llamativos por cuanto duplican el porcentaje de niños en relación a las cifras máximas encontradas en otras regiones del país y en general en la literatura (3,10,15,16). Lo anterior podría sugerir una sobrevaloración pero confirma que los maestros detectan que se trata de un problema que podría interferir en las actividades pedagógicas y que debe ser abordado en forma integral. Por otro lado, la popularización del término “Déficit de Atención” ha llevado a que se incluya de forma indiscriminada dentro de este cuadro clínico, a muchos niños que presentan entre otros síntomas, fallas en seguimiento de órdenes, inquietud motriz y distracción, originados por diferentes etiologías (3).

Aunque el grupo de hombres es superior al de mujeres (1,1:1), la razón no significativa lo que es similar a lo encontrado por Pineda y cols en la ciudad de Manizales y difiere de otros estudios que encuentran una razón de 2:1 o incluso 4:1 (3, 6, 17). También, es notorio el alto porcentaje de niños con dominancia manual izquierda que presentan alteraciones de la atención. No se encontraron referencias en la literatura con que se puedan discutir estos resultados.

Llama la atención, el mayor número de niños reportados como desatentos en el tercer grado de primaria. En los estudios revisados la prevalencia del problema aumenta con la edad para encontrar un pico entre los 6 y 11 años con un descenso hacia los extremos, lo que puede estar asociado con el aumento de la exigencia académica en ese grado y la importancia que cobra la competitividad social con los pares (18).

Los niños que asisten a las escuelas públicas de esta localidad, crecen con limitaciones de tipo biológico, nutricional, afectivo, cognitivo y social. Los factores relacionados con la procedencia socioeconómica y cultural probablemente implican una serie de carencias para el adecuado desarrollo de las habilidades de los niños, incluida la capacidad de centrar la atención. Además de lo anterior, influyen en la atención, el estado general de salud, la visión, la audición, las condiciones endocrinas del niño, sus antecedentes familiares y el estado psicoafectivo (3). De forma similar, la conducta se modula a través de la instrucción y guía que dan los padres, las rutinas y actividades a las cuales se enfrenta el niño y a las normas de interrelación que se dan a través de la disciplina, que son además



parte de la cultura. La inatención puede corresponder a una actitud o comportamiento que refleja la ausencia de normatividad y que puede estar presente en la población evaluada (19).

Conclusión

La alta percepción por parte de los maestros de los problemas de atención en sus alumnos, obliga a revisar las normas en materia de modulación y enriquecimiento de la conducta en niños que han carecido de un adecuado estímulo, así como a replantear las enseñanzas que se consideran importantes como herramientas para la vida. Igualmente hay que mejorar los recursos que tienen los maestros para que puedan remitir oportunamente a los especialistas, a los niños sospechosos de presentar el diagnóstico y así poder dar la atención adecuada.

Finalmente hay que establecer objetivamente la prevalencia de este trastorno en nuestros niños y de los factores que contribuyen para que se presente, a través de un diseño que tenga en cuenta parámetros de la historia clínica y de las pruebas neuropsicológicas (20).

Referencias

1. **Azcoaga J, Derman B, and Iglesias P.** Alteraciones del aprendizaje escolar: diagnóstico, fisiopatología, tratamiento. 1982, Buenos Aires: Editorial Paidós.
2. **Shapiro M, Morris R, Morris M.** A neuropsychologically based assessment model of the structure of attention in children. *Developmental neuropsychology*, 1998. 14:657-677.
3. **Zametkin M, Ernst M.** Problems in the Management of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *N Eng J Med*, 1999. 340:40-46.
4. **Pichot P, Lopez-Ibor JJ, Valdés M.** Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, in DSM IV breviario: Criterios diagnósticos. 1995, Masson S.A.: Barcelona. 49-79.
5. **Dunn W.** Attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Neurol Clin N Am*, 2003. 21: 933-940.
6. **Pineda D, Ardila A, Rosselli M et al.** Prevalence of attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms in 4 to 17-year-old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol*, 1999. 27: 455-462.
7. **Kelly D and Aylward GP.** Attention deficits in school-aged children and adolescents. *Ped Clin N Am*, 1992. 39:487-512.
8. **Faraone J.** Neurobiology of attention-deficit hiperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 1998. 44: 951-958.
9. **Pineda DA, Lopera F, Henao GC, et al.** Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Rev Neurol*, 2001. 32: 217-222.
10. **Pineda D.** Diagnóstico neuroconductual y neuroepidemiológico de la deficiencia de atención. *Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 2000. 2:20-37.
11. Departamento Administrativo de Planeación Distrital, S.d.H., Alcaldía Mayor de Bogotá., Diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá D.C. Recorriendo Barrios Unidos . 2004, Asociación Editorial Buena Semilla: Bogotá.
12. Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá.gov.co. 2003.
13. Secretaría de Educación de Bogotá, Localidad 12 - Barrios Unidos, Caracterización. 2003.
14. **Finkel M.** El déficit de atención/hiperactividad a través de la vida. *Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 2000. 2:58-63.
15. **Voeller K.** Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Child Neurol*, 2004. 19:798-814.
16. **Pineda D.** Tratamiento farmacológico de la deficiencia de atención y farmacodependencia. *Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 2000. 2: 64-72.
17. Vital and health statistics and Department of health and human services, Attention deficit disorder and learning disability: United States, 1997-98. 2002, Centers for disease control and prevention. National Center for Health Statistics.
18. **Cornejo JW, Osio O, Sánchez Y, Carruizosa J, et al.** Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*, 2005. 40:716-722.
19. **Christophersen E.** Discipline. *Ped Clin N Am*, 1992. 39:395-411.
20. **Narbona J.** Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Rev Neurol*, 2001. 32: 229-231.