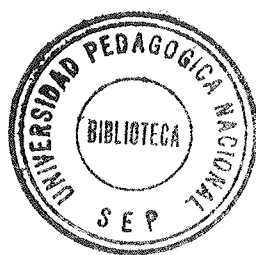




SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 191

Los trastornos por déficit de la atención.



ROSALINDA VILLARREAL JIMENEZ

Monterrey, N.L., 1988.



SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 191

Los trastornos por déficit de la atención.

ROSALINDA VILLARREAL JIMENEZ

Tesina presentada para obtener el
título de Licenciado en
Educación Primaria.

Monterrey, N.L., 1988.

DICTAMEN DEL TRABAJO DE TITULACION

Monterrey, N.L., 12 de MAYO de 1988.

C. PROFR.(A)

ROSALINDA VILLARREAL JIMENEZ
Presente.-

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Exámenes Profesionales de esta Unidad y como resultado del análisis realizado a su trabajo, intitulado

"LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION"

opción TESISNA , a propuesta del asesor pedagógico - C. LIC. MA. DE LA LUZ VILLARREAL GONZALEZ, manifiesto a usted que - reúne los requisitos académicos establecidos al respecto por la Institución.

Por lo anterior, se dictamina favorablemente su trabajo y se autoriza a presentarlo ante el H. Jurado que se le designará, al solicitar su examen profesional.



Atentamente,

PROFR. ISMAEL VIDALES DELGADO
Presidente de la Comisión de Exámenes Profesionales de la Unidad SEAD 191

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
UNIDAD SEAD
191 MONTERREY

c.c.p.- Departamento de Titulación de LEPEP.-

mags'

A quien siendo aún una niña
me dijo que ante todo debía
formarme maestra.

Y ahora, después de tantos
años, me sigo repitiendo día
con día.

Qué maravilloso es ser maestra.

Gracias papito.

INDICE

Página

DICTAMEN	
DEDICATORIA	
I. INTRODUCCION	1
II. LA ATENCION	3
A. La atención en el aprendizaje	3
1. La importancia de la atención	3
2. La sensibilización selectiva	4
B. Enfoque psicológico de la atención	5
C. Tipos de atención	6
1. Atención involuntaria	6
2. Atención voluntaria	7
D. Enfoque pedagógico de la atención	7
E. Factores que influyen en la atención	9
1. Factores externos	9
2. Factores internos	9
3. Factores que favorecen la atención	10
III. GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION	11
A. Definición	11
B. Sinonimia	
IV. ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION	14
A. Causas prenatales	14
B. Causas perinatales	15
C. Causas postnatales	16
V. CUADRO CLINICO DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION	17
A. Sintomatología y clasificación	18
1. Con hiperactividad	19
a. Falta de atención	19

b. Impulsividad	20
c. Hiperactividad	20
d. Sintomatología complementaria	21
2. Sin hiperactividad	21
3. Tipo residual	22
VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION	23
VII. DETECCION OPORTUNA DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION	25
VIII. CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	
NOTAS BIBLIOGRAFICAS	
GLOSARIO	

I. INTRODUCCION

En el proceso enseñanza-aprendizaje, entran en juego una serie de elementos que, interactuando entre sí, forman un sinnúmero de situaciones, y en un momento dado, determinan los logros a obtener.

La preparación profesional, la predisposición al trabajo, el empleo adecuado de métodos, son factores que podemos señalar como predisponentes en el proceso enseñanza-aprendizaje, tomando en cuenta a ese recurso humano de tan incalculable valor como es el maestro.

El alumno, ese elemento del proceso que representa el motivo principal de la acción educativa, posee dentro de sí, una serie de factores que serán determinantes en su aprendizaje: aspectos somáticos, cognoscitivos, psicomotrices, lingüísticos, socioafectivos, de tan diversa índole, que resultaría difícil enumerarlos a todos.

De entre todos los procesos psíquicos que intervienen en el aprendizaje, la atención viene a representar a uno de los elementos fundamentales y además imprescindible, ya que sin la capacidad de atención, resultaría casi imposible que existiera un buen rendimiento escolar.

No obstante de que el alumno cuente con una capacidad intelectual dentro de los parámetros de normalidad, los trastornos por déficit de la atención vendrán a formar una barrera que se interponga entre el objeto de estudio y el sujeto.

El alumno que presenta trastornos por déficit de la atención, posee una serie de características muy propias que interfieren enormemente en su aprendizaje, además de que en muchos de los-

casos, su comportamiento resulta un tanto problemático, tornándose difícil para el maestro su manejo en el grupo.

Por desconocimiento de las causas del problema, y las características que presenta el alumno; el maestro, en muchos de los casos lo perjudica aún más, al "etiquetarlo", tratándolo y haciéndolo sentir como un retardado mental, aunándole a esto, el rechazo tan significativo que siente de parte de sus compañeros, que lo consideran "un niño que no sabe nada". Este tipo de alumnos, por lo general, son incluidos en los grupos integrados o de apoyo pedagógico (cuando los hay), después de haber tenido fracaso escolar en una o dos ocasiones en su primer año de educación primaria regular. Su aprosexia persiste, y aún -- contando con maestro especial; si no es detectado y tratado a tiempo por profesionales que ayuden a disminuir la sintomatología básica que tanto se interpone con el aprendizaje, los logros que obtenga, estarán muy por debajo de lo requerido normalmente.

Es posible encontrar en las escuelas especiales de Deficiencia Mental sujetos que, pudiendo haber sido detectados y tratados a tiempo, han rebasado ya su etapa de desarrollo y por lo tanto resulta casi imposible reintegrarlos a la absoluta normalidad.

El aula, es el lugar donde se manifiestan con mayor claridad los trastornos por déficit de la atención; y el maestro, responsable directo de su oportuna detección.

Por consiguiente, el conocer las causas y características de los trastornos por déficit de la atención, y el detectar a tiempo a los alumnos que los presentan, es tan benéfico como llegar a salvar a un valioso y productivo elemento de nuestra sociedad, de un irremediable y total fracaso escolar.

II. LA ATENCION

A. La atención en el aprendizaje

1. Importancia de la atención

En este mundo cambiante, lleno de estímulos sensitivos cada vez más modernos y novedosos, el hombre, se siente inmerso en un medio saturado de objetos y fenómenos, (otrora inexplicables para el hombre primitivo). Estos objetos y fenómenos que están integrados por distintas cualidades, forman una enorme amalgama de estímulos, de los cuales, solamente una parte muy-reducida de ellos, influye o se refleja en el individuo, todo lo demás, por muy interesante que parezca, pasa desapercibido, o tal vez se reciba de una manera vaga, casi imperceptiva. De esta forma, se caracteriza a la atención, como una orientación seleccionadora de la conciencia hacia una determinada cosa.

"La atención hacia unos objetos es el reflejo selectivo de ellos que implica prescindir simultáneamente de todos los demás objetos." (1)

Las percepciones son selectivas, son producto de la selección del hombre de entre todos los estímulos que actúan alrededor de él.

Mencionar la importancia de la atención en el proceso enseñanza-aprendizaje resulta un tanto obvio, ya que si el proceso de aprender se manifiesta como una modificación de la conducta resultante de la percepción de una asociación de estímulos y respuestas, es necesario que el aprendiz, detecte el estímulo y lo discrimine de entre otros tantos estímulos, hecho para el cual es imprescindible la atención.

2. La sensibilización selectiva

En un proceso de percepción, la atención viene a significar -- que el hombre no solamente oye, sino que también presta aten-- ción y escucha; no solo ve, sino que también mira, observa y-- contempla. La existencia de la atención significa así, ante -- todo, la modificación de las estructuras del proceso enseñan-- za-aprendizaje.

"La atención es pues, aquella modificación de la estructura -- del proceso que produce una sensibilización." (2)

Para entender el caracter de la atención, es indispensable a-- clarar la función de la sensibilización. El mecanismo de la -- sensibilización, se puede explicar con la influencia trófica-- del sistema nervioso vegetativo, sobre el sistema nervioso cen-- tral, esto es; la sensibilización selectiva con respecto a de-- terminados objetos está condicionada por el estado general del organismo, en especial del sistema nervioso central; el cual, -- favorece la realización de la sensibilización selectiva que es característica de la atención.

La atención está estrechamente vinculada con la actividad; en un principio especialmente en los niveles primitivos de la evo-- lución, la atención se encuentra directamente relacionada con la conducta y la actividad práctica.

En un problema que es planteado a un sujeto, y el problema es-- aceptado por éste, la sensibilización selectiva conducirá sus-- pensamientos en una misma trayectoria y sobre un único objeti-- vo, produciendo la concentración, la cual caracteriza (casi -- siempre) a la atención.

B. Enfoque psicológico de la atención

"La atención es una faceta de todos los procesos cognoscitivos de la conciencia, y principalmente aquella faceta en que dichos procesos aparecen como una actividad orientada hacia el objeto." (3)

La relación entre el sujeto y el objeto, estriba no sólo en la naturaleza del sujeto, sino también en las características y cualidades del objeto.

La atención se encuentra en todos los procesos cognoscitivos del aprendizaje, principalmente en la percepción y el pensamiento.

La percepción se entiende como el proceso comprendido en la adquisición a través de los sentidos, de un conocimiento del "mundo que nos rodea", o del propio cuerpo; implica a muchos otros procesos, además del simple proceso sensorial de advertir los atributos del estímulo. Comprende además el enfoque selectivo de la atención y la conservación de ésta; eliminando todos aquellos estímulos secundarios y seleccionando a uno por el reconocimiento de su relación con los recuerdos de experiencias personales pasadas.

"Los trastornos perceptuales se manifiestan por falta de atención, fluctuaciones de la misma, facilidad para distraerse (los estímulos importantes y los irrelevantes adquieren igual valor), e incapacidad para persistir en una tarea asignada." (4)

El pensamiento es la capacidad de ordenar selectivamente los símbolos para la solución de problemas, (es en esta selección donde está inmersa la atención); además de considerarse como la capacidad de razonar y formar juicios sólidos.

C. Tipos de atención

Al estudiar la atención se distinguen dos formas características o aspectos de la misma. Los principales tipos de atención son: la atención involuntaria y la llamada atención voluntaria.

1. Atención involuntaria

La elección de un objeto o estímulo que en un momento dado se refleja en la conciencia, de entre el gran número que constantemente están actuando sobre el sujeto, se efectúa en muchos de los casos involuntariamente, sin intención; es entonces cuando hablamos de atención involuntaria.

"La atención involuntaria se debe a posturas reflejas, se produce y mantiene independientemente de la intención del individuo." (5)

Es la forma más primitiva de la atención; se fija directamente a consecuencia de las particularidades de los objetos o fenómenos que actúan sobre el sujeto.

No todo cambio que ocurre en nuestro entorno atrae la atención involuntaria; el reflejo incondicionado de orientación desaparece rápidamente; para que la atención sea prolongada son indispensables algunas reacciones condicionadas de orientación como:

- El estado de ánimo del sujeto.
- El estado de cansancio.
- El estado de la corteza cerebral.
- El estado de actividad o inhibición.
- El estado de salud del sujeto.
- Los intereses y necesidades del sujeto.

2. Atención voluntaria

"La atención voluntaria a diferencia de la involuntaria se determina por los fines de la actividad consciente de los que se dirige." (6)

Este tipo de atención se encuentra, donde el objeto, sobre el cual está orientada la atención, no le atrae directamente al sujeto.

La base de la atención voluntaria son las conexiones que se han formado en las experiencias pasadas.

La atención voluntaria puede dirigirse y mantenerse sin dificultad, cuando nada extraño impide la actividad que se efectúa y que no existen inconvenientes como: estímulos externos, sonidos y estímulos visuales, que pudieran en un momento dado distraer al sujeto.

Podríamos decir que lo esencial para la atención voluntaria es una organización determinada de la actividad. Esto es particularmente lo que la caracteriza.

Los dos tipos de atención, la involuntaria y la voluntaria, no pueden separarse completamente una de otra. Con frecuencia la atención voluntaria pasa a ser involuntaria por ejemplo: cuando no hay interés en el hecho, siendo necesario la existencia de un esfuerzo de voluntad para mantener la atención. También sucede el caso de que la atención involuntaria pase o se torne repentinamente en voluntaria, cuando se despierta de pronto un interés en el sujeto.

D. Enfoque pedagógico de la atención

En el contexto del proceso educativo, se entiende por atención a la función mental por medio de la cual nos concentramos en un objeto. Su base es fundamentalmente cognoscitiva, pero también existe un antecedente afectivo.

La atención es una premisa indispensable para que el estudiante trabaje con éxito. Con frecuencia la insuficiencia en la capacidad de atención del estudiante, es motivo para que no se comprenda o se fije mal en la memoria el material estudiado.

La atención es el primer factor que influye en el rendimiento escolar, el cual depende de la fuerza de concentración. La posibilidad de relacionar lo anteriormente conocido, el interés y la vivacidad, ayuda a una mejoría considerable en el aprendizaje.

En general, podemos decir que la atención es directamente proporcional a la motivación, siendo esto un hecho que se afirma con frecuencia.

Cuando se habla de falta de atención, no se dice con esto que la atención falte en lo absoluto, sino que está mal dirigida a aquello en que debiera estarlo en un momento dado. Se dice que un escolar es poco atento cuando su atención no se fija en lo que debe hacer en clase, pero de hecho, la atención se encuentra dirigida a cualquier otro objeto o estímulo.

"La atención es despertada originalmente de un mundo pasivo -- por el objeto, como elemento activo; se manifiesta bajo el influjo del deseo de conocer, y entonces es cuando interviene la voluntad, que viene a favorecer la comprensión intelectual."

(7)

La atención puede además ser concentrada; esto es cuando la -- amplitud o extensión de la atención se reduce, también llamado estrechez del campo de la conciencia.

En el campo pedagógico, se puede hablar también de una atención sostenida, que viene a ser aquélla en la que además de fijarse en un solo objeto, persevera en su condición de fijación. La -- atención sostenida es la que tiene mayor demanda en el trabajo intelectual de la vida escolar.

E. Factores que influyen en la atención

1. Factores externos

De entre todos los factores externos que influyen en la atención podemos señalar:

- La intensidad del estímulo. Atraen mejor la atención los ruidos fuertes, colores brillantes, olores penetrantes etc.
- Los estímulos nuevos. Anunciar los cambios de métodos para -- presentar las asignaturas en la escuela, ofrece evidentemente posibilidades de captar mejor la atención de los niños.
- Un estímulo variable o cambiante. Es recomendable cambiar el material del salón de clase con regularidad.
- Los colores. Ciertos colores son más atractivos que otros, -- los niños y adultos prestan mayor atención a dibujos hechos en color rojo y blanco, que los que se presentan en blanco y negro.
- Los sonidos. Son mejor registrados los sonidos agudos que los graves.

2. Factores internos

- El interés. Es sin duda un factor de tipo interno que influye grandemente en la atención.
- Las privaciones físicas o sociales de necesidades básicas.

Estas surten un marcado efecto sobre la intensidad y la dirección de la atención.

- La motivación. Como ya se mencionó anteriormente es un factor que se encuentra estrechamente ligado a la atención.
- El cansancio y la fatiga. No todos los factores favorecen la atención, también existen unos que influyen negativamente en el aprendizaje, como es el caso del cansancio y la fatiga.

3. Factores que favorecen la atención

- Poner en orden el lugar de trabajo.
- Creación de condiciones habituales de trabajo que favorezcan la atención y la concentración.
- La significación de las tareas.
- Los intereses personales.
- El recordarse a sí mismo que es necesario ser atento.

III. GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION

A. Definición

El término trastornos por déficit de la atención, fué dado a conocer en el año de 1980 por La Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual de Diagnóstico y Estadística de Los Trastornos Mentales, conocido más ampliamente como DSM III (lo que constituyen sus siglas en el idioma inglés). En este manual, la alteración que recibía diversas denominaciones, adopta el término de trastornos por déficit de la atención, ya que en los estudios realizados se encontró que las dificultades de atención, representan el síntoma más constante en los individuos diagnosticados con este tipo de problema.

"El déficit de atención puede con cierta frecuencia, ser parte de los trastornos de aprendizaje." (8)

En el DSM III se reconoce lo anterior al afirmar que los trastornos específicos del desarrollo, tales como el lenguaje, escritura, lectura, matemáticas y sus dificultades de aprendizaje en general, son comunes en los individuos diagnosticados con este tipo de trastorno.

B. Sinonimia

Al revisar la bibliografía existente, nos damos cuenta de que un buen número de términos eran empleados para designar a los trastornos por déficit de la atención; y muchos de ellos se siguen usando con frecuencia hasta nuestros días.

El empleo de tan diversos nombres y designaciones, venía a confundir aún más a los padres y maestros que tratando de encontrar respuesta a el problema específico de sus hijos descubrían

que no había un acuerdo entre los profesionales ni siquiera en algo, tan aparentemente sencillo, como el designar con una terminología específica el diagnóstico de estos sujetos.

Se podrían mencionar alrededor de cuarenta términos que aparecen en la distinta bibliografía profesional, cada uno de los cuales, difiere ligera o excesivamente de los demás; sin embargo, todos estos términos, de alguna u otra manera nos señalan esencialmente al mismo tipo de trastorno.

Entre los términos más frecuentes que designan a los sujetos con trastornos por déficit de la atención podemos mencionar -- los siguientes:

- Disfunción cerebral mínima (DCM).
- Disfunción cerebral menor.
- Reacción hiperquinética de la infancia.
- Síndrome hiperquinético.
- Síndrome del niño hiperactivo.
- Lesión cerebral mínima (MBD).
- Incapacidad del desarrollo o del aprendizaje.
- Dislexia del desarrollo.
- Incapacidades perceptuales.
- Disfunción motora perceptual.
- Daño cerebral mínimo.
- Impedimento neurológico mínimo.
- Niño hipercinético.
- Niño hiperactivo.
- Niño "orgánico".
- Dificultades perceptivas.
- Niño perceptualmente impedido.
- Problemas especiales de aprendizaje.
- Problemas específicos de aprendizaje.
- Incoordinación o insuficiencia del desarrollo.
- Desórdenes del lenguaje.

Defectos cognoscitivos.

Dislexia.

Retraso maduracional.

Inmadurez neurofisiológica.

Disfunción del sistema nervioso central.

Síndrome cerebral orgánico (SCO).

Síndrome cerebral crónico.

Incapacidad de aprendizaje.

Disfunción neurológica cerebral.

Problema específico para leer. etc.

De los términos antes señalados, el de Disfunción Cerebral Mínima (DCM), se sigue usando con regularidad, siendo el que más frecuentemente se maneja entre los profesionales que se dedican al tratamiento específico de los sujetos que presentan trastornos por déficit de la atención.

"El término Disfunción cerebral mínima, se usa para describir a niños con inteligencia general cerca del promedio, en o por arriba de éste con algunas incapacidades de aprendizaje o la conducta que pueden ser de leves a graves, acompañadas de desviaciones de las funciones del SNC." (9)

IV. ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION

Encontrar el verdadero origen del problema resulta un tanto complicado; esto, tomando en cuenta las múltiples opiniones que varían, desde probables disturbios en la neuroquímica o neurofisiología del SNC, hasta considerar al temperamento como un posible factor predisponente que puede resultar de dificultades emocionales en la interacción padre e hijo.

El término trastornos por déficit de la atención, nos da a entender lo que muchos afirman que es el problema principal.

Las causas que lo producen pueden proceder de una alteración o disfunción cerebral, (que en ocasiones se denomina mínima), alterando evidentemente un electroencefalograma (EEG); pero a su vez, se pueden presentar casos en los que el electroencefalograma sea completamente normal.

Para facilitarnos el manejo de las causas que producen los trastornos por déficit de la atención, las dividiremos para su estudio en: causas prenatales, causas perinatales y causas postnatales.

A. Causas prenatales

Este tipo de causas tienen su origen antes del nacimiento. Entre las más frecuentes podemos señalar:

Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente la rubéola (en el primer trimestre del embarazo) y la toxoplasmosis.

Anoxia intrauterina del producto, producida generalmente por aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre.

Anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, que en determinado momento podrían dañar al producto.

Hemorragia cerebral del producto (microhemorragia), producida por toxemia del embarazo o traumatismo directo, diátesis hemorrágica etc.

Alteraciones metabólicas, especialmente la diabetes mellitus. Incompatibilidad materno fetal (Rh), causa del Kernicterus.

Dentro de las causas prenatales podemos mencionar a todas aquellas alteraciones de origen genético (hereditario), que en un momento determinado podrían representar la causa específica de los trastornos por déficit de la atención.

Debemos aclarar que algunos autores señalan la posibilidad de que exista un antecedente hereditario en los trastornos por déficit de la atención, pero los estudios realizados hasta la fecha parecen no tener el suficiente valor científico para asegurar que pueden encontrarse antecedentes hereditarios de origen orgánico en dichos trastornos. Lo que realmente es evidente, es el hecho de que la incidencia de estos padecimientos, aumenta considerablemente en las familias con miembros afectados por los trastornos por déficit de la atención. Lo anterior nos hace suponer que si el antecedente hereditario no es de tipo orgánico, si puede existir, por el contrario, una estrecha relación psicológica predisponente.

B. Causas perinatales

Este tipo de causas son las que ocurren durante el momento del nacimiento (alumbramiento). Resulta conveniente señalar, que en este tipo de causas se encuentra el mayor número de casos, motivo por el cual el índice de incidencia es mucho más alto que en los otros tipos en que se divide la etiología de los trastornos por déficit de la atención (75 u 80%).

Entre las causas perinatales que se presentan con mayor frecuencia podemos señalar:

Anoxia neonatal, producida principalmente por una obstrucción mecánica respiratoria.

Mal uso de sedantes y medicamentos administrados a la madre durante el trabajo de parto.

El uso inadecuado de anestésicos en la madre.

La inducción al trabajo de parto por medio de la oxitocina.

Todos aquellos partos distócicos capaces de producir sufrimiento fetal.

El uso deficiente de fórceps.

Maniobras de extracción inadecuadas (yatrogenia).

Expulsión del producto de una manera demasiado rápida.

Parto prolongado.

Extracción del producto por medio de una operación cesárea.

Incompatibilidad cefalo-pélvica.

Presentación podálica del producto.

Placenta previa.

Atelectacia.

Hipotensión pronunciada etc.

C. Causas postnatales

Este tipo de causas como su nombre lo indica se presentan después del nacimiento. Podemos mencionar entre las de mayor frecuencia:

Traumatismos craneales.

Secuelas dejadas por la incompatibilidad materno fetal (Rh).

Neoplasias cerebrales.

Anoxias accidentales pasajeras.

Asfixias.

Y todas aquellas enfermedades infectocontagiosas que en un momento determinado pudieran dañar el SNC, principalmente la encefalitis, meningitis, sarampión, neumonías etc.

V. CUADRO CLINICO DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION

No obstante de que la historia clínica de muchos de los casos refiere un inicio del problema demasiado precoz, la forma típica tiene su comienzo a los tres años de edad apróximadamente.

Resulta preciso señalar que no se requiere de verdadera atención profesional, (en la mayoría de los casos), hasta que el niño presenta fracaso escolar. Regularmente esto ocurre en el primer año de educación primaria.

"Hay tres formas características de curso. En la primera, todos los síntomas persisten hasta la adolescencia o la vida adulta. En el segundo tipo, el trastorno está limitado y todos los síntomas desaparecen completamente en la pubertad. En el tercer tipo, la hiperactividad desaparece pero las dificultades de aprendizaje persisten hasta la adolescencia o la vida adulta." (10)

Los sujetos que presentan trastornos por déficit de la atención, tienen por lo regular una capacidad intelectual normal o ligeramente inferior al promedio, pero generalmente tienen serios problemas de aprendizaje.

El fracaso escolar (dislexia, disgrafia, discalculia), el trastorno de la conducta y el comportamiento antisocial de la personalidad son las complicaciones más graves que se pueden presentar.

Podemos señalar como factores predisponentes de los trastornos por déficit de la atención: el retardo leve o moderado, la epilepsia, algunas formas de parálisis cerebral y otros trastornos neurológicos.

Como ya se mencionó anteriormente, la frecuencia de los trastornos por déficit de la atención es mayor entre los familiares del sujeto afectado que en la población en general.

En Los Estados Unidos la incidencia de los trastornos por déficit de la atención es del 4% de los prepúberes que asisten a la escuela elemental.

Según las últimas estadísticas se encuentra una significativa incidencia de 4:1 en niños varones con respecto a las niñas.

A. Sintomatología y clasificación

Hasta hace muy poco tiempo se creía que la hiperactividad era el síntoma más constante en este tipo de alteración, que como se mencionó anteriormente en el capítulo III, se conocía con una nomenclatura muy amplia.

No obstante de que en los estudios realizados se observó que la hiperactividad desaparece o disminuye considerablemente en casi todos los casos, los problemas de atención suelen persistir.

La Asociación Psiquiátrica Americana establece que los trastornos por déficit de la atención pueden presentarse con hiperquinesis o sin ella.

"Hay dos subtipos de trastorno activo: El trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, y el trastorno por déficit de la atención sin hiperactividad, aunque se desconoce si se trata de dos trastornos distintos. Finalmente hay un subtipo residual para los individuos diagnosticados de trastornos por déficit de la atención con hiperactividad, en los que la hiperactividad desaparece mientras persisten otras manifestaciones del trastorno." (11)

1. Con hiperactividad

Los síntomas básicos de los trastornos por déficit de la atención con hiperactividad son:

-Falta de atención.

-Impulsividad.

-Hiperactividad.

a. Falta de atención

Este síntoma es determinante para designar a los trastornos por déficit de la atención, y constituye la fuente de mayor obstáculo en el proceso enseñanza-aprendizaje.

También conocida como aprosexia, la falta de atención es producto de la distractibilidad del niño, la cual impide concentrar la atención y obstaculiza este proceso tan importante para el aprendizaje.

Las dificultades de atención se hacen más patentes cuando el niño está en clase, ya que ahí se requiere de una atención sostenida. En la casa se aprecia déficit de la atención cuando el niño fracasa en la realización de las demandas e instrucciones paternas, y cuando tiene dificultades para el mantenimiento de las actividades, incluyendo al juego, durante períodos de tiempo adecuados a la edad de los niños.

Para entender un poco mejor como se manifiesta este síntoma básico que es la aprosexia, podemos decir, que los sujetos que presentan esta alteración a menudo no pueden terminar las cosas que empiezan, se les dificulta mucho concentrarse en tareas escolares y trabajos que requieren de una atención sostenida, se les dificulta concentrarse en los juegos y en ocasiones parecen no escuchar.

b. Impulsividad

Otro síntoma importante que a su vez da origen a ciertas modalidades del comportamiento es la impulsividad.

Podemos definir a la impulsividad como la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta.

El niño hace lo que su impulso le dicta sin pensar en las consecuencias y por este motivo se le toma como "temerario"; ya que no mide el peligro, debido a su incapacidad para inhibir los impulsos, actúa sin pensar, cambiando constantemente de una actividad a otra.

Tiene dificultades para organizarse en el trabajo, necesitando de constante supervisión, hay que llamarle la atención constantemente y le cuesta trabajo convivir adecuadamente en situaciones grupales.

Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas, y suele tomar para sí objetos ajenos.

c. Hiperactividad

Este síntoma no refiere a una actividad e inquietud más o menos reconocible, sino de una verdadera movilidad constante, casi permanente, que los padres reportan como algo que manifiesta el niño desde pequeño.

La hiperactividad se presenta a través de una actividad motora bastante llamativa.

Estos niños han sido descritos como si actuaran movidos por "un motor", presentando serias dificultades para permanecer sentado.

Como ya se mencionó anteriormente, este síntoma, el cual requiere de fármacos para su control, desaparece comunmente en la

adolescencia.

Se puede describir a un niño hiperactivo como aquél que corre excesivamente de un lado a otro, constantemente se está subiendo a los muebles, se mueve todo el tiempo, le es muy difícil quedarse quieto en un solo lugar, presentando una marcada inquietud en su período de sueño.

d. Sintomatología complementaria

Además de los tres síntomas básicos detallados anteriormente - podemos mencionar una serie de sintomatología complementaria - que pudiera estar presente en alguno de los casos:

Torpeza, incoordinación muscular o inmadurez motora.

Negativismo, testarudez, chabacanería y fanfarronería.

Aumento de la labilidad emocional y baja tolerancia a la frustración.

Temperamento explosivo, falta de respuesta a la disciplina.

Dislalia, dislexia, disgrafía y discalculia.

Cabe mencionar, que esta sintomatología complementaria, varía considerablemente en cada caso en particular, y sobre todo de acuerdo a la edad.

2. Sin hiperactividad

Todos los síntomas de los trastornos por déficit de la atención con hiperactividad, son similares en este rango de clasificación, exceptuando lógicamente la hiperactividad, ya que en este tipo el individuo no la presenta.

En este subtipo de los trastornos por déficit de la atención - la sintomatología complementaria es generalmente más leve.

3. Tipo residual

En este tercer subtipo de clasificación de los trastornos por déficit de la atención, que se considera un subtipo residual, deben encontrarse antecedentes de que la sintomatología se haya presentado en un momento determinado, sobre todo la hiperactividad. Esta información puede proceder de individuo mismo, los maestros u otras personas (miembros de su familia).

De acuerdo a este subtipo de clasificación, los síntomas de hiperactividad desaparecen por completo, no volviéndose a presentar. Más sin embargo, otros síntomas como la impulsividad y la aprouxia persisten, como ya se mencionó con anterioridad, hasta la adolescencia o edad adulta.

VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE
LOS TRASTORNOS POR DEFICIT
LA ATENCION

Para que una alteración que reúne todos los síntomas que caracterizan a los trastornos por déficit de la atención, pueda ser diagnosticada como tal, es imprescindible que su inicio sea anterior a los siete años de edad del niño, lo que representa el término del desarrollo de su Sistema Nervioso Central (SNC).

Otro aspecto importante que debe tomarse en cuenta para el diagnóstico diferencial, es la duración mínima de seis meses que debe presentar la sintomatología básica.

Se debe establecer una clara diferencia entre la hiperquinesis y la sobreactividad adecuada y normal de los infantes. Esto puede observarse claramente en algunos niños normales, pero particularmente demasiado activos.

El síntoma de aprosexia, principalmente en el aspecto que se refiere a la inatención, puede ser producto de un ambiente familiar inadecuado, desorganizado y caótico.

Es importante establecer la diferencia entre la inatención por trastorno por déficit de la atención, y aquella que es producto de un ambiente familiar caótico, en el cual, no se justifica el empleo del término.

En la deficiencia mental grave o profunda, pueden presentarse casos con síntomas clínicos característicos a este trastorno, pero el uso del término, solo es justificable en los casos de retardo mental leve o moderado (como se mencionó con anterioridad).

El uso del término trastornos por déficit de la atención, se justifica también en algunos trastornos de conducta de origen orgánico que presentan signos de impulsividad, aprosexia e hiperactividad.

En algunos tipos de psicopatologías infantiles, que producen una conducta desorganizada, es justificable el empleo del término trastornos por déficit de la atención.

Lo que debe quedar bien claro, es la diferencia que existe entre los trastornos por déficit de la atención y algunos tipos de esquizofrenia o trastornos afectivos con sintomatología maníaca, que pueden presentar signos característicos similares, en los que no se justifica el uso del término trastornos por déficit de la atención.

VII. DETECCION OPORTUNA DE LOS TRASTORNOS POR DEFICIT DE LA ATENCION

Como se manejó en el capítulo I, la importancia del presente - trabajo radica en la detección oportuna de los trastornos por déficit de la atención.

Ya conociendo las causas y las características producidas por la sintomatología básica, es más fácil la detección de este tipo de sujetos en el aula.

Los posibles casos aparecen principalmente en el primer año de educación primaria regular; ya que, al no ser detectado y tratado el sujeto, su sintomatología básica seguirá interfiriendo notoriamente en el proceso enseñanza-aprendizaje, y será sumamente difícil que su rendimiento escolar sea suficiente para ser promovido al grado superior siguiente.

Para facilitar aún más la detección de los alumnos que presenten trastornos por déficit de la atención, se ha creado una cédula, que fué tomada de las bases del DSM III y adaptada al vocabulario y necesidades de las escuelas. Esta cédula recabará información de los padres y maestros de aquéllos niños que se cree (por su comportamiento), presenten trastornos por déficit de la atención, y los resultados obtenidos de ella serán un valioso indicador para proseguir a su oportuna canalización y -- tratamiento.

La forma de obtener la información por medio de la cédula es -- muy sencilla, basta con ir señalando aquellas aseveraciones -- que coincidan con la conducta del alumno.

Como se verá, mas adelante, la cédula cuenta con cinco apartados, cada uno de ellos, identificado con una letra mayúscula. Si los apartados A y B son contestados afirmativamente, podemos pasar al los tres siguientes, si nó, de acuerdo a lo que --

señala el diagnóstico diferencial, el problema pertenece a otro tipo diferente al de los trastornos por déficit de la atención.

Para que la cédula nos revele un resultado positivo, es necesario que de los siguientes tres apartados C, D y E, sean marcadas como verdaderas, tres del total de las conductas mencionadas.

Hay que recordar, que el trastorno por déficit de la atención se puede dar con hiperactividad o sin ella, por tal motivo el apartado E, puede no aparecer como verdadero en las conductas de los niños, pero si los apartados C y D fueron positivos, es muy posible que el niño presente trastornos por déficit de la atención, del subtipo conocido como sin hiperactividad.

La cédula se aplica por separado a padres y maestros, cuando los resultados son contradictorios, se toman en cuenta los referidos por los maestros, ya que es en el aula, donde se presenta con mayor claridad este tipo de trastornos, ya que en la escuela se requiere necesariamente de una atención concentrada y sostenida para el logro del aprendizaje.

El que la cédula nos haya rebelado que el niño posiblemente presente trastornos por déficit de la atención, en ningún momento, nos puede servir como diagnóstico diferencial, además, de que nos serviría saber que el niño presenta estos trastornos, si no podemos disminuir la sintomatología básica que en algunos de los casos requiere de fármacos para su control.

La cédula mas que todo nos servirá de indicador para proseguir a la oportuna canalización de éstos alumnos, y a su respectivo tratamiento.

MODELO DE CEDULA

- A. El problema tuvo un inicio antes de los siete años.
- B. El problema tiene al menos una duración de seis meses.
- C. Falta de atención.
 - 1. A menudo no puede acabar las cosas que empieza.
 - 2. Con frecuencia no parece escuchar cuando le hablan.
 - 3. Se distrae con facilidad.
 - 4. Tiene dificultades para concentrarse en tareas o trabajos que requieren una atención sostenida.
 - 5. Tiene dificultades para concentrarse en los juegos.
- D. Impulsividad.
 - 1. Frecuentemente actúa antes de pensar.
 - 2. Cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra.
 - 3. Tiene dificultades para organizarse en el trabajo.
 - 4. Necesita de constante supervisión.
 - 5. Hay que llamarle la atención constantemente.
 - 6. En juegos o situaciones grupales le es difícil guardar turno.
- E. Hiperactividad.
 - 1. Corre excesivamente de un lugar a otro.
 - 2. Se sube constantemente a los muebles.
 - 3. Se mueve constantemente o se le dificulta quedarse quieto en un solo sitio.
 - 4. Le es muy difícil quedarse sentado.
 - 5. Está siempre en "marcha", actúa como "movido por un motor".

VIII. CONCLUSIONES

- 1.- La atención es una función mental que se encuentra inmersa en todos los procesos cognoscitivos, y produce una sensibilización selectiva orientada hacia el objeto.
- 2.- En el proceso enseñanza-aprendizaje, es imprescindible la capacidad de atención; ya que la mala orientación de ésta, provocará que no se comprenda, o se fije mal en la memoria el material de estudio.
- 3.- El término trastornos por déficit de la atención, fué dado a conocer en 1980 por la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos mentales DSM-III, al encontrar, en los estudios realizados, que el déficit de atención es el síntoma más constante que caracteriza a dicho trastorno.
- 4.- La etiología de los trastornos por déficit de la atención es muy diversa, encontrándose mayor incidencia entre las causas de origen perinatal.
- 5.- La sintomatología básica de los trastornos por déficit de la atención es: Falta de atención, Impulsividad e Hiperactividad.
- 6.- La detección oportuna de los alumnos que presentan trastornos por déficit de la atención, es tan benéfica, como el llegar a salvarlos de un irremediable y total fracaso escolar; y en un determinado momento, cambiar definitivamente el curso total de sus vidas.

BIBLIOGRAFIA

- ARDILLA, Rubén. Psicología Fisiológica. México, Ed. Trillas, - 1981.
- BERHMAN, Richard E, et. al. Nelson Testbook of Pediatric. Philadelphia, Saunders Company, 1984.
- CHILD, Dennis. Psicología para los Docentes. Buenos Aires Argentina, Ed. Kapeluz, 1978.
- CRUICKSHANK, William M. El Niño con Dano Cerebral en la Escuela en el Hogar y en la Comunidad. México, Ed. Trillas, 1977.
- Diccionario de las Ciencias de la Educación. Vol. I A-H. Madrid España, Ed. Santillana, 1985.
- Diccionario de Pedagogía Labor. Tomo I A-F, Barcelona España, Ed. Labor, 1983.
- Diccionario de terminología médica Salvat. México, Ed. Salvat, 1980.
- DSM-III Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Psychiatric Association, Masson S.A., 1984.
- KEMPE, C. Henry, et. al. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico. México, Ed. El Manual Moderno, 1985.
- RUBINSTEIN, J.L. Principios de Psicología General. México, Ed. Grijalbo S.A., 1980.
- SMIRNOV, A. Psicología. México, Ed. Grijalbo S.A., 1980.
- THORN, George Raymond D, et. al. Medicina Interna Harrison. Tomos I y II, México, Ed. La Prensa Mexicana, 1979.
- VELAZCO FERNANDEZ, Rafael. El Niño Hiperquinético. Los Síndromes de Disfunción Cerebral. México, Ed. Trillas, 1986.
- WEINER, Howard L. Neurología Pediátrica. México, Ed. Limunsa, 1982.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- A. Smirnov. Psicología. México, Ed. Grijalbo S.A., 1980. p. 177.
- 2.- J.L. Rubinstein. Principios de Psicología General. México, Ed. Grijalbo S.A., 1980. p. 492.
- 3.- ibid. p. 492.
- 4.- George Thorn. Medicina Interna Harrison. México, Ed. La--Prensa Mexicana, 1979. p. 174.
- 5.- J. L. Rubinstein. op. cit. p. 499.
- 6.- A. Smirnov. op. cit. p. 183.
- 7.- Diccionario de Pedagogía Labor. Tomo I A-F. Barcelona Es--paña, Ed. Labor, 1983. p. 48.
- 8.- Henry Kempe. et. al. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico. México, Ed. El Manual Moderno, 1985. p. 706.
- 9.- ibid. p. 705.
- 10.- DSM-III Manual de Diagnóstico y Estadística de los Tras--tornos Mentales. Psychiatric Association, Masson S.A., - 1984. p. 49.
- 11.- ibid. p. 47.

GLOSARIO

ALTERACION METABOLICA. Cambio negativo en las transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.

ANEMIA. Literalmente falta de sangre; clínicamente, disminución de la masa de sangre o de alguno de los componentes.

ANESTESICO. Que produce privación total o parcial de la sensibilidad en general.

ANOXIA NEONATAL. Oxigenación insuficiente en el recién nacido.

ATELECTACIA. Falta de expansión de los alvéolos pulmonares.

CESAREA. Operación en la cual se libera el feto por la sección de la pared abdominal y uterina.

CORTEZA CEREBRAL. Capa exterior del cerebro, compuesta principalmente de sustancia gris.

DIABETES MELLITUS. Trastorno del metabolismo orgánico, se caracteriza por la presencia de azúcar en la orina y por aumento de la misma en la sangre.

DIATESIS. Predisposición individual de enfermar de un grupo de terminado de dolencias.

DISGRAFIA. Trastorno de la facultad de expresar las ideas por medio de la escritura.

DISLALIA. Trastorno de la expresión con anomalía de los órganos del lenguaje. (disartria).

DISLEXIA. Trastorno de la lectura, incapacidad de comprender la lengua escrita.

DISTOCICO. Parto difícil, doloroso, prolongado.

ELECTROENCEFALOGRAMA. Registro gráfico obtenido por la aplicación directa al cráneo de electrodos, empleado en el diagnóstico de epilepsia, traumatismos, tumores etc.

ENCEFALITIS. Inflamación del encéfalo.

EPILEPSIA. Enfermedad nerviosa que se presenta con accesos de convulsiones tónico-clónicas.

ESCARLATINA. Enfermedad infecciosa, contagiosa y exantémica -- producida por el estreptococo hemolítico.

FORCEPS. Instrumento en forma de pinza, destinado a la presión y extracción de la cabeza del feto.

GENETICA. Ciencia que trata de la reproducción, herencia, varia ción y del conjunto de fenómenos y problemas relativos a la descendencia.

HEREDITARIO. Fenómeno biológico mediante el cual los ascendientes transmiten a los descendientes cualidades normales o patológicas.

HIPERTENSION. Aumento del tono o la tensión general; especialmente de la presión sanguínea.

INFARTO PLACENTARIO. Areas de tejido placentario con necrosis por obstrucción de la arteria.

KERNICTERUS. Pigmentación biliar en los núcleos grises del cerebro con degeneración de células nerviosas; se observa en la ictericia grave del recién nacido.

LABILIDAD EMOCIONAL. emociones rápidamente cambiantes.

MENINGITIS. Inflamación de las meninges, especialmente la arac noides y la pia madre.

MICROHEMORRAGIA. Sangrado puntiforme.

MONOXIDO DE CARBONO. Gas incoloro muy tóxico que se forma cuando se produce la combustión con escasa cantidad de oxígeno.

NEUMONIA. Inflamación de tejido pulmonar; (pulmonía).

OXITOCINA. Hormona producida en el hipotálamo; estimula las con tracciones uterinas.

PLACENTA PREVIA. Inserción viciosa de la placenta en la porción inferior del útero por lo que el parto se presenta antes que el feto, pudiendo ser causa de hemorragia grave.

PUBERTAD. Período en el comienzan las funciones de los órganos reproductores (12 a 14 años).

RADIACION. Emisión de luz o calor, tratamiento con radio u otra sustancia radioactiva.

Rh. Rheusus (simio); factor de los grupos sanguíneos capaz de reaccionar y fijarse en el anticuerpo anti Rh presente en la sangre del conejo.

RUBEOLA. Enfermedad infectocontagiosa, exantémica producida por un virus (sarampión alemán).

SARAMPION. Enfermedad infectocontagiosa, exantémica, precedida por síntomas catarrales.

SECUELA. Lesión o afección consecutiva a otra.

SEDANTE. Medicamento que calma el dolor o la excitación.

SIGNO. Síntoma objetivo de una enfermedad que el médico reconoce o provoca.

SINTOMA. Manifestación de una alteración orgánica o funcional.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. Comprende el encéfalo, médula espinal y el conjunto de nervios craneales y raquídeos.

SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO. Incluye los sistemas simpático y parasimpático.

SINDROME CEREBRAL ORGANICO. Trastorno psicótico o no, causado por una alteración de la función del tejido cerebral.

SOMATICO. Referente al cuerpo.

TOXEMIA. Presencia de veneno o toxinas en la sangre.

TROFICO. Relativo a la nutrición.

TOXOPLASMOSIS. Infección causada por el toxoplasma; en los niños causa encefalomiелitis.

UTERO. Organó situado en la pelvis, entre la vejiga y el recto.

YATROGENIA. Error humano, producido por el médico o medicamentos.