

# CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (S.D.A.) EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS QUE ASISTEN A INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE MANIZALES DURANTE 1999

---



---

*Investigadores* CONSUELO VÉLEZ ALVAREZ  
Profesora Facultad de Fisioterapia y Odontología  
JÓSE ARMANDO VIDARTE CLAROS  
Profesor Facultad de Fisioterapia  
*Colaboradores* VIVIANA ARENAS, NÉSTOR PAKER  
Estudiantes Facultad de Fisioterapia

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de investigación hace parte del Macroproyecto interinstitucional sobre el Desorden de Déficit de Atención y pretende presentar la caracterización del Desorden en niños entre 5 y 7 años de edad de las instituciones educativas del área urbana de la ciudad de Manizales durante 1999, como herramienta base que permita profundizar a futuro en interrogantes relacionados con otras problemáticas asociadas al desorden.

El trabajo de investigación realizado describe el síndrome teniendo en cuenta las variables edad, género, lugar de residencia, institución educativa, contextos donde se presenta, las conductas alteradas y las características relacionadas con la desatención y la hiperactividad, entre otros aspectos.

La problematización del estudio permite identificar cómo los problemas de atención hacen referencia a la incapacidad que tiene el niño para concentrarse o permanecer en una actitud específica. El Síndrome de Déficit de Atención (SDA) se caracteriza por niveles inapropiados de atención o por exceso de actividad motriz (hiperactividad, es el término empleado para describir desde niños que presentan un aumento en la actividad motriz para la edad, hasta niños con problemas disciplinarios en la casa o en el colegio), e impulsividad o ambas, inapropiadas para la edad de desarrollo del individuo.

Se resalta que aunque el inicio de los síntomas puede estar presente desde el nacimiento, el problema pasa desapercibido por las condiciones de desarrollo del niño y el diagnóstico sólo se hace al inicio de la escolaridad primaria, debido, a que este tipo de escolaridad exige patrones de comportamiento estructural que incluyen un desarrollo apropiado del nivel de atención y de concentración.

Las causas del Síndrome de Déficit de Atención no se encuentran claramente establecidas y no existe un solo factor que sustente la presencia del problema. El SDA involucra una red de sistemas en el ámbito neuroquímico y neurobiológico, se observa que la persona que lo sufre presenta disfunciones en los sistemas cerebrales relacionados con procesos de atención, activación e inhibición. Para reunir los criterios diagnósticos estos síntomas deben estar presentes por 6 meses y ocurrir antes de los 7 años.

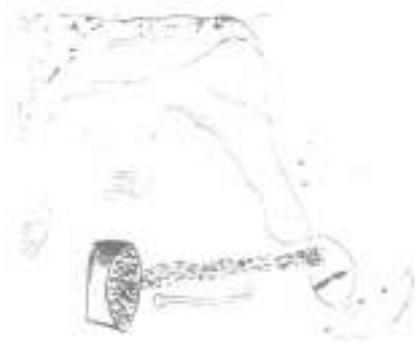
Una de las problemáticas sobre el SDA es que su detección o diagnóstico se realiza, en la gran ma-

yoría de los casos, durante el inicio de la edad escolar, ya que como se anotó, es allí donde afloran los problemas reales del aprendizaje, los cuales vienen acompañados de repitencia escolar y serios problemas comportamentales como: hiperactividad, hipoactividad, agresividad, impulsividad, agudizando aun más la dificultad en el aprendizaje. Estas y otras características del SDA, como la dificultad para mantener la atención, la dificultad para seguir instrucciones, la dificultad para organizarse, la distractibilidad y la dificultad para relajarse y quedarse quieto, ocasionan en los niños un rendimiento escolar inadecuado que se refleja en la presencia de problemas de aprendizaje los cuales se manifiestan de formas diferentes.

Al revisar datos epidemiológicos algunos autores, como la doctora Claudia Gómez, refieren que el desorden se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, la relación 3:1 en población general y 9:1 en población clínica (Arnold L. y Lensen P.) Las mujeres presentan mayor déficit cognitivo de la atención y alteraciones en las relaciones interpersonales. En los varones se presenta más impulsividad - agresividad, lo cual los hace más propensos a los accidentes.

Las características clínicas tienden a mejorar con el desarrollo del niño. Existen sin embargo, formas severas que persisten hasta la edad adulta. Algunos





estudios longitudinales han demostrado la presencia del SDA entre el 10 y el 60% de los jóvenes que presentan el síndrome durante la niñez.

El 80% de niños con el síndrome tienen un pronóstico favorable a largo plazo, siempre y cuando se corrija, antes de la adolescencia, los problemas comportamentales y académico. Si esto se logra, sólo el 20% de un grupo conformado por los casos más severos, tendrá dificultad en la edad adulta.<sup>1</sup>

De otro lado, los niños que no reciben ningún tipo de tratamiento o que lo reciben de forma irregular o incompleta el 80% tienen mal pronóstico a largo plazo con la aparición progresiva de trastornos de la conducta en la adolescencia (trastorno disocial, delincuencia, alcoholismo, farmacodependencia, inestabilidad laboral y dificultades en las relaciones personales).

En Estados Unidos se conoce que este trastorno afecta al menos del 2 al 10% de los niños en edad escolar. En Colombia aún no existen estudios de neuroepidemiología infantil para evaluar la magnitud de este problema, pero puede suponerse que nos encontramos frente a una problemática significativa de salud pública. En Manizales no se conocen estudios que hasta el momento hayan caracterizado el síndrome, existen 2 trabajos uno realizado por el CECH de la Universidad Católica de Manizales que caracterizó los problemas del lenguaje en

los niños con el síndrome que consultaron en esta institución, el segundo realizado por la Universidad de Manizales (Facultad de Psicología) que pretendió realizar una adaptación de un instrumento para valorar el síndrome en el Municipio.

Teniendo como fundamento toda la problemática expuesta se ve la necesidad de desarrollar un estudio que en primera instancia caracterice el SDA en los niños en edad escolar del Municipio de Manizales, planteando la posibilidad de realizar, a futuro, trabajos posteriores que complementen lo encontrado en esta investigación.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación fue de tipo descriptivo, ya que pretendió realizar una caracterización general de un evento que, para este caso, es el Síndrome de Déficit de Atención, sin realizar ninguna manipulación de las variables que en él intervienen, presentando la realidad tal como se encuentra en la población a estudiar. Además fue de tipo transversal pues la medición se realizó en un solo momento describiendo lo que allí se encontró, con respecto a las variables de interés en el estudio.

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica la entrevista individual en donde, partiendo de una serie de preguntas preestablecidas, el entrevistador recolectó la información necesaria la cual fue consignada directamente en el instrumento, para este caso, una encuesta estructurada con preguntas cerradas en su gran mayoría, cada una de las cuales buscaba el logro de los objetivos que permitiera poder realizar la caracterización del síndrome.

El instrumento utilizado fue el DSM4, el cual ha sido validado y probado a nivel nacional e internacional, y que fue adoptado de acuerdo con los requerimientos de información del presente estudio, variando fundamentalmente en la parte de

*«Una de las problemáticas sobre el SDA es que su detección o diagnóstico se realiza, en la gran mayoría de los casos, durante el inicio de la edad escolar»*

identificación general. Este instrumento ha sido utilizado en el Hospital Infantil de la Cruz Roja de Manizales.

El grupo interinstitucional de Déficit de Atención conformado en la Universidad Autónoma de Manizales revisó el instrumento, una vez reorganizado, haciendo unas últimas sugerencias que fueron tenidas en cuenta por los investigadores.

Para el desarrollo de la investigación se realizó lo siguiente:

- Una revisión documental permitió estructurar el referente conceptual y teórico de la misma, concertación con la Secretaría de Educación Municipal donde se planteó la investigación a realizar y se logró el compromiso de esta entidad para el éxito de la misma. La capacitación al grupo investigador el cual estuvo integrado por docentes de la Facultad de Fisioterapia con experiencia investigativa. La concertación con los directores de las instituciones educativas seleccionadas para el estudio con el fin de explicarles la dinámica del mismo y al mismo tiempo poder realizar contacto con los docentes y motivarlos a participar de manera productiva en el desarrollo de la investigación. Las encuestas se diligenciaron con los docentes y padres de familia y por último se procedió a realizar el procesamiento, análisis e interpretación de los resultados de la investigación realizada.

A través de la Secretaría de Educación Municipal se obtuvieron los listados de las instituciones edu-

cativas del Municipio, de las cuales se seleccionaron las del área urbana, para un total de 193 instituciones con una población infantil de 33.677 niños. La muestra para el estudio se seleccionó de la siguiente manera:

En el programa epiinfo se sacó una muestra de las instituciones que correspondió a 37 instituciones del área urbana del Municipio, teniendo en cuenta que la literatura describe una frecuencia esperada del 10 al 20% y se trabajó con un margen de error del 5%. Posteriormente habiendo numerado todas las instituciones con una tabla de números aleatorios se seleccionaron las que se iban a incluir en el estudio, y se procedió a realizar con ellas todo el procedimiento anteriormente mencionado.

El total de niños entre 5 y 7 años de las instituciones educativas seleccionadas para el estudio fue de 3.208 niños correspondientes a los grados de preescolar y primero de primaria.

Contando con la aprobación de directivos y docentes de las instituciones seleccionadas se aplicó la encuesta a todos los niños a quienes sus docentes identificaron con más de 6 características presentes relacionadas con inatención, las cuales estaban consignadas en la guía DSM4 utilizada para el estudio.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:** Niños con retardo mental, niños con Síndrome convulsivo, niños con Hipoacusia o Ceguera, niños con Parálisis Cerebral.

**OBJETIVO GENERAL:** Caracterizar el Síndrome de Déficit de Atención en niños con edades com-

prendidas entre 5 y 7 años que asisten a instituciones Educativas en el área urbana del Municipio de Manizales, durante 1999.

## SÍNDROME DE DÉFICIT DE LA ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (SDA)

El Síndrome de Atención es «Es una Actividad compleja que altera en forma general todas las dimensiones del niño o niña, partiendo desde lo individual en lo psicoemocional, cognitivo y social hasta lo familiar y escolar»<sup>2</sup>

La característica esencial del SDA es la presencia de un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que es más frecuente y severo que lo observado en otros niños de la misma edad y nivel de desarrollo.

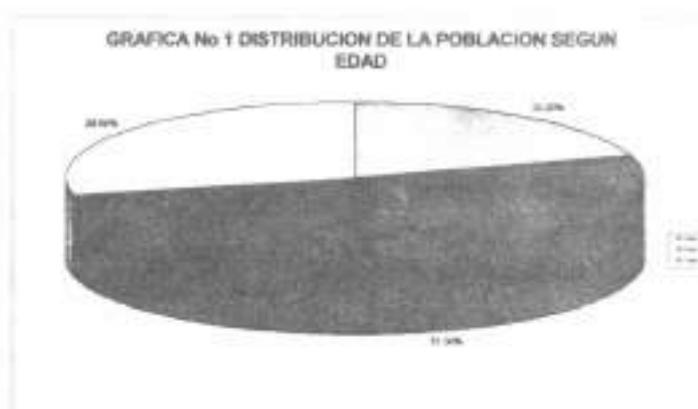
Los síntomas deben aparecer antes de los 7 años de edad y deben presentarse en más de un lugar (casa, escuela), el diagnóstico debe hacerse si el síndrome está interfiriendo objetivamente con el desarrollo social, académico ocupacional o recreativo (American Psychiatric Association 1994); estos síntomas interfieren con el desenvolvimiento normal de la vida de la persona ya sea en su intensidad o en su duración.

Los criterios del síndrome plantean un problema al considerar la fecha de inicio de los síntomas ya que deben haber estado presentes duran un mínimo de 6 meses, con un inicio antes de los 7 años de edad. En consecuencia, un niño podría haber presentado los síntomas incluso a los 6 años y medio; estos datos se contraponen a un cierto grado de intuición con el que se llevan a cabo las observaciones clínicas, puesto que éstas indican la existencia de un factor evolutivo en el trastorno, que hace que el límite de edad de 7 años parezca arbitrario.

El SDA es una condición neurológica que se puede presentar en niños y adultos, hombres y mujeres de todos los estratos socioeconómicos, niveles de educación grado de inteligencia. Su característica radica en la intensidad, la duración y la manera como esos síntomas interfieren en el desenvolvimiento normal de la vida de la persona.

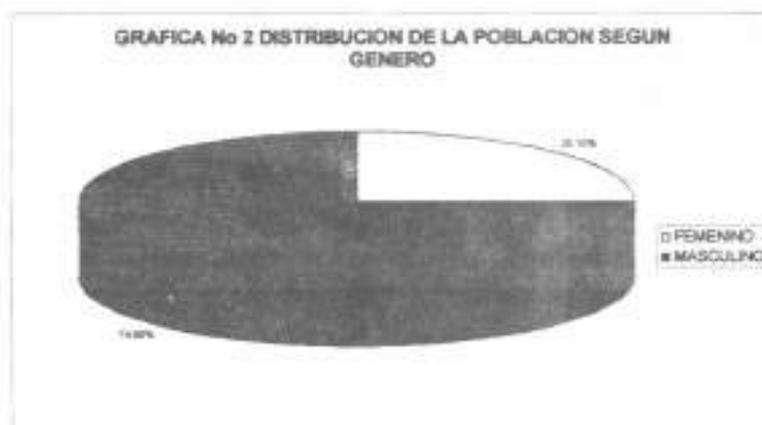
La mayoría de las personas que lo sufren lo superan totalmente y su persistencia se puede presentar con diferentes manifestaciones en la vida adulta. «El SDA no es un trastorno de aprendizaje ni de lenguaje o de lectura aunque éstos lo pueden acompañar» (Maya y otros 1996)

## ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

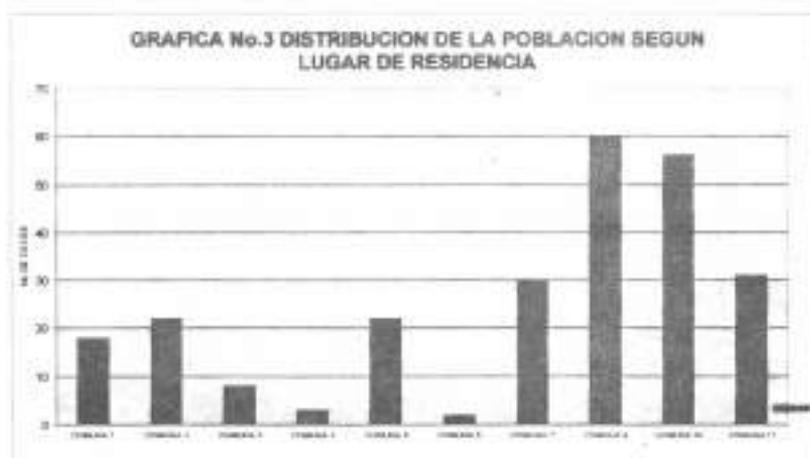


Como lo muestra la gráfica No 1, del total de la población seleccionada para el estudio 263 niños, 53 niños (20.2 %), corresponden a la edad de 5 años, 135 niños (51.3%) a 6 años y 75 niños (28.5%) a la edad de 7 años.

El mayor porcentaje se encuentra en niños de 6 años ya que, justo en este momento, se da inicio a la etapa escolar (primaria) y coincide con la asignación de tareas las cuales exigen concentración, lo que hace evidente la aparición de los síntomas del síndrome.



La gráfica No. 2 muestra como 197 niños (74.9%) pertenecen al género femenino, corresponden al género masculino y 66 niños (25.1%) pertenecen al género masculino.



Del total de la población seleccionada para el estudio se encontró que 60 niños (23.8) residen en la Comuna No. 9, 56 niños (22.2%) residen en la Comuna No. 10, 31 niños (12.3%) residen en la Comuna No. 11, 30 niños (11.9%) residen en la Comuna No. 7, 22 niños (8.7%) residen en las Comunas Nos. 5 y 2 respectivamente, 18 niños (7.1%) residen en la Comuna No. 1, 8 niños (3.2%) residen en la Comuna No. 3, 3 niños (1.2%) residen en la Comuna No. 4 y 2 niños (0.8%) residen

en la Comuna No. 6. Los 11 niños que no se encuentran incluidos en la tabla residen en otros lugares como el sector de la Florida el cual no pertenece a la Ciudad de Manizales, sino al Municipio de Villamaría.

Los datos del presente estudio muestran como los porcentajes más altos se encontraron en las Comunas Nos. 9, 10 y 11 que corresponden en su gran mayoría a barrios con estrato socioeconómico bajo.

**TABLA No. 1 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR INTITUCION EDUCATIVA**

INSTITUCION	# DE NIÑOS IDENTIFICADOS	PORCENTAJE (%)
ANTONIA SANTOS	3	1.1
ATANASIO GIRARDOT	16	6.1
JOSE MARIA VARGAS VILA	16	6.1
JUAN XXIII	17	6.5
FE Y ALEGRIA	19	7.2
ANEXA DE VARONES	10	3.8
ANTONIO RICAURTE	4	1.5
BETANIA BANCOMERCIO	13	4.9
CAMILO TORRES	9	3.4
FRANCISCO MIRANDA	3	1.1
LA UNION	8	3.0
AEROPUERTO	4	1.5
EUGENIO PACCELLI	3	1.1
FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	3	1.1
GRAN COLOMBIA	19	7.2
TECNOLOGICO	2	0.8
NUEVOS HORIZONTES	2	0.8
JOSE ASUNCION SILVA	12	4.6
JHON F. KENNEDY	6	2.3
LA PLAYITA	7	2.7
NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	6	2.3
POLITECNICO SINAI	13	4.9
SEMINARIO REDENTORISTAS	10	3.8
SIETE DE AGOSTO	7	2.7
MARIELA QUINTERO	4	1.5
LA CAPILLA	7	2.7
ARANJUEZ	4	1.5
BOLIVARIANA	2	0.8
CONCEPCION RUIZ	3	1.1
INSTITUTO POPULAR	9	3.4
LA CAROLA	3	1.1
PERPETUO SOCORRO	4	1.5
RICARDO JARAMILLO ARANGO	9	3.4
SAN JUAN BAUTISTA LA SALLE	1	0.4
SAN VICENTE DE PAUL	5	0.9
LICEO ARQUIDIOCESANO DE NUESTRA SEÑORA	0	0
SAN LUIS GONZAGA	0	0

Tal como lo muestra la tabla anterior y si se tiene en cuenta que el total de niños entre 5 y 7 años de las instituciones educativas seleccionadas fue de 3.208 niños y que los finalmente identificados con

las características del síndrome fueron 263 se podría plantear que la incidencia del síndrome de déficit de atención de niños entre 5 y 7 años del área Urbana de la ciudad de Manizales es del 8.2%.

**TABLA No. 2 IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA INATENCIÓN**

CARACTERÍSTICA	PROFESOR		PADRES		# RESPUESTAS POSITIVAS DE PADRES Y PROFESORES
	TOTAL	%	TOTAL	%	
A. Incapacidad para reconocer detalles	217	82.5	136	53.8	110
B. Dificultad para mantener atención	252	95.8	169	66.8	129
C. Parece no escuchar lo que se le dice	245	93.2	181	71.5	131
D. Dificultad para seguir instrucciones	214	81.4	153	60.5	103
E. Dificultad para organizar sus tareas	227	86.3	168	66.4	
F. Tendencia a evitar toda actividad	205	77.9	168	66.4	93
G. Extravía útiles y Juguetes con frecuencia	165	62.7	141	55.7	75
H. Se distrae con facilidad	252	95.8	177	70	132
I. Olvida fácilmente las cosas	221	84	150	59.3	116
TOTAL ITEMS POSITIVOS	1998	84.4	1443	63.4	

- 10 encuestas no fueron diligenciadas por los padres.

Como se observa en la tabla No. 2, existe para inatención mayor predominancia de items positivos por parte del profesor con 1998 respuestas (84.4%) en relación con las respuestas positivas de los padres 1443 (63.4%); este dato podría ser explicado partiendo de la siguientes tesis: la literatura refiere que aunque el inicio de los síntomas puede ser percibido por las condiciones de desarrollo del niño, el diagnóstico sólo se hace hasta el inicio de la escolaridad primaria, debido a

que este tipo de escolaridad exige patrones de comportamiento estructural que incluyen un desarrollo apropiado del nivel de atención y concentración.

Se realizó una selección de total de Items positivos para inatención e hiperactividad mayor de 6 en profesores y en la tabla siguiente se presentan los resultados obtenidos:

INATENCIÓN # DE ITEMS	HIPERACTIVIDAD # DE ITEMS				TOTAL
	6	7	8	9	
6	7	8	13	9	37
7	11	11	10	12	44
8	5	9	6	13	33
9	6	6	15	32	59
TOTAL	29	34	44	66	173

Tal como lo muestra la tabla anterior según las respuestas positivas de los profesores, del total de la población estudiada 173 niños que corresponden al (65,7%) presentan más de 6 características tanto para inatención como para hiperactividad. Haciendo una lectura de la tabla se puede anotar de manera especial por ejemplo que 13 niños tienen 6 respuestas positivas para inatención y 8 para hiperactividad, 13 niños tienen 8 respuestas positivas para inatención y 9 para hiperactividad, 32 niños tienen 9 respuestas positivas para inatención y 9 respuestas positivas para hiperactividad. Si se tiene en cuenta lo planteado por Catalina Dunoyer, en su artículo *Desorden Deficitario de la Atención e Hiperactividad*, cuando se refiere acerca de los

criterios diagnósticos para el desorden deficitario de la atención e hiperactividad plantea la existencia del tipo de trastorno combinado en donde se satisfacen los criterios de persistencia de más de 6 síntomas de desatención y más de 6 síntomas de hiperactividad por lo menos durante 6 meses con una intensidad que puede llegar a ser desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo, de tal manera que en el presente estudio se podría hablar de que según los profesores existen 173 niños con el síndrome tipo combinado.

Realizando el mismo cruce para los padres las respuestas fueron como se presentan en la siguiente tabla:

INATENCIÓN # DE ITEMS	HIPERACTIVIDAD # DE ITEMS				TOTAL
	6	7	8	9	
6	4	5	2	3	14
7	19	16	6	8	49
8	5	8	2	5	20
9	10	7	1	5	23
TOTAL	38	36	11	21	106

Tal como lo muestra la tabla anterior, 106 niños correspondientes al 41,8% del total de la población presentaron más de 6 respuestas positivas tanto en inatención como en hiperactividad, estos datos corroboran lo anteriormente planteado frente a la aparición del síndrome tipo combinado; es de anotar que si comparamos las 2 cifras totales:

173 vs 106, se corrobora lo planteado respecto a que el profesor puede en un momento dado tener mayor percepción de los síntomas, no sólo por el tiempo que pasa el niño en la escuela sino por la formación del docente y el desconocimiento, que en algunos casos, tienen los padres acerca del síndrome en mención.



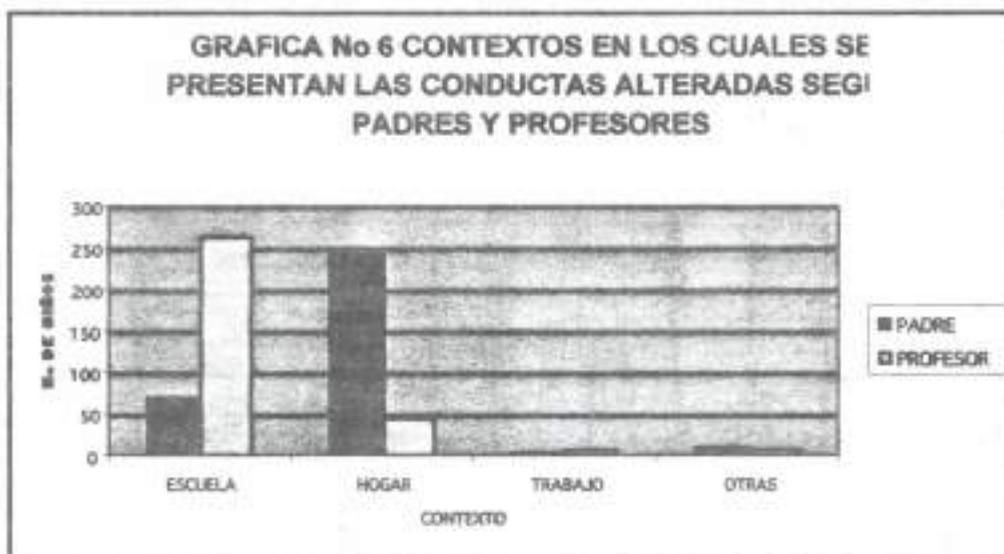
De acuerdo con lo observado en la gráfica anterior, es de anotar que los padres percibieron a más temprana edad la aparición de los síntomas que los profesores. A los cuatro años ya se encuentra

mayor percepción de los padres (54%) en el inicio de los síntomas del síndrome en sus hijos, mientras que sólo el (9.6%) de las respuestas de los profesores corresponde a este rango de edad.



A partir de la gráfica anterior, se puede observar como tanto en las respuestas de los padres, como en las de los profesores, el mayor porcentaje se

encuentra en tiempo de duración de los síntomas menor de dos años hasta el momento en que se consulta.



Tal como se observa en la gráfica anterior, del total de las respuestas dadas se encontró que los padres perciben que el contexto en el cual se encuentran las conductas alteradas es el hogar (242), mientras que los profesores perciben que es en la

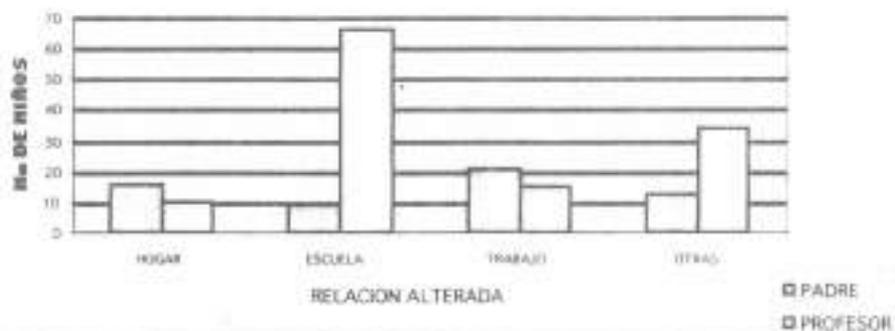
escuela donde se presentan las conductas alteradas (262). Esto permite plantear que de acuerdo con el contexto en el que se desenvuelve cada uno de los encuestados se da percepción con respecto a la conducta alterada.



En la gráfica anterior se observa la percepción de los padres y profesores en cuanto al deterioro de las relaciones en los diferentes contextos, llama la

atención como dicha percepción se hace mas notoria en el docente que en el padre.

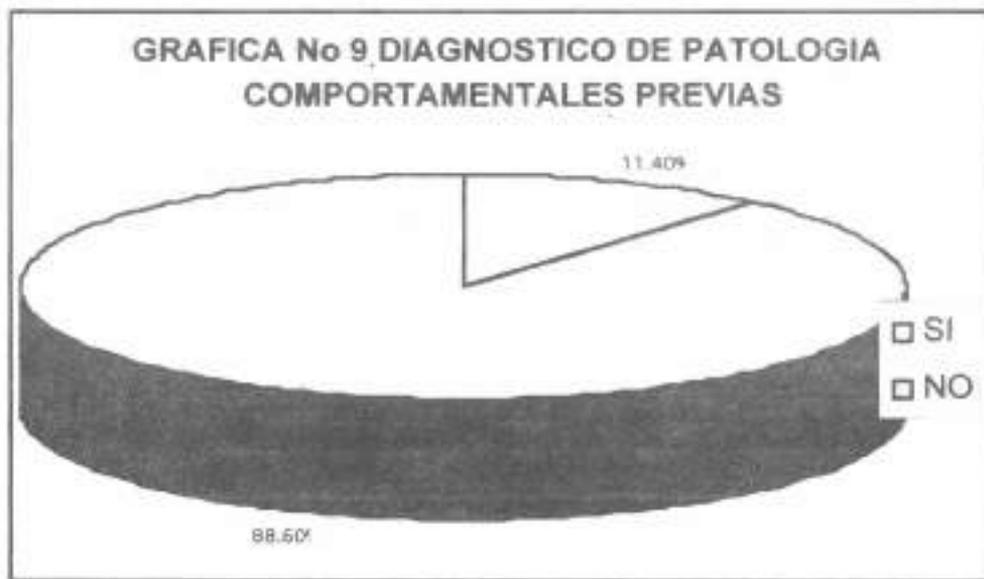
**GRAFICA No 8 DETERIORO EN LAS RELACIONES SOCIALES  
LABORALES, ACADEMICAS Y FAMILIARES POR ESTOS  
COMPORTAMIENTOS DEL MENOR SEGUN PADRES Y  
PROFESORES**



En la gráfica anterior se observan los contextos descritos por los encuestados en los cuales se ha percibido que se presentan las alteraciones o el de-

terioro producidos por el síndrome, se encuentra que el contexto académico y social es el que más se afecta en las respuestas dadas por los profesores.

**GRAFICA No 9 DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA  
COMPORTAMENTALES PREVIAS**



Tal como lo muestra la gráfica anterior del total de la población encuestada a 30 niños se le había diagnosticado patologías comportamentales pre-

vias, este hecho podría estar influenciado ya que como lo plantea la literatura estos síntomas empiezan a ser diagnósticos de patologías comportamentales previas.



EUGENIO O'ORS  
de la Real Academia Española

## LA VERDADERA HISTORIA DE LIDIA DE CADAQUÉS

Una ilustración de GALTWOOD DALZ

### CONCLUSIONES

1. La prevalencia del Síndrome de Déficit de Atención encontrado en los niños entre 5 y 7 años de instituciones educativas del área urbana de la ciudad de Manizales en 1999 fue del 8.2%
2. En el presente estudio se encontró que la mayor proporción de niños que tenían 6 años presentaron las características del síndrome (51.3%)
3. En relación con el género, en el presente estudio, se encontró una mayor proporción de hombres que presentaron las características del síndrome, 197 niños (74.9%)
4. Ninguno de los niños identificados con el síndrome reside en la comuna No.8, el mayor porcentaje de los niños con las características del síndrome en el presente estudio residen en la comuna 9 (60 niños), 10 (56 niños) y 11 (31 niños) Estas comunas en su mayoría pertenecen a estratos socioeconómicos bajos. (1 y 2)
5. La distribución de los niños que presentaron las características del síndrome de acuerdo con la institución educativa en el presente estudio mostraron una mayor proporción en las instituciones Fé y Alegría y Gran Colombia con 19 niños, Juan XXIII con 17 niños, Atanasio Girardot y José María Vargas Vila con 16 niños y las de menor aporte fueron el Liceo Arquidiocesano de Nuestra Señora y el Colegio San Luis Gonzaga donde no se encontraron niños con las características del síndrome, San Juan Bautista La Salle con un niño y La Escuela Bolivarian y el Instituto Tecnológico con 2 niños.
6. Las principales características relacionadas con desatención fueron según los profesores la dificultad para mantener la atención y se distrae con facilidad con 252 respuestas positivas y según los padres las características fueron: Parece no escuchar lo que se le dice (181 respuestas) y se distrae con facilidad (177 respuestas). La de menor número de respuestas positivas fueron para los profesores extravía útiles y juguetes con fre-

- cuencia (165 respuestas) y para los padres fue la incapacidad para reconocer detalles (136 respuestas).
7. Las principales características relacionadas con la hiperactividad fueron según los profesores: Se levanta frecuentemente del puesto sin permiso (207 respuestas) y corre, salta y trepa en situaciones inadecuadas (192 respuestas). Para los padres las principales características fueron: interrumpe las conversaciones o actividades de otros (166 respuestas) y corre, salta y trepa en situaciones inadecuadas (155 respuestas). La de menor frecuencia según los profesores fueron: Responde verbal o físicamente antes que le terminen de leer las cosas (131 respuestas) y para los padres fue : La dificultad para guardar turnos (125 respuestas).
  8. La edad de aparición de los síntomas en los niños con las características del síndrome según los padres se presentó con mayor frecuencia a los 5 años (76 niños) y a los 4 años (65 niños) y según los profesores la edad de aparición fue a los 5 años (121 niños) y a los 6 años (95 niños).
  9. En la duración de los síntomas según los padres la proporción mayor se encontró entre los 12 y 23 meses (78 niños) y menor de 11 meses (66 niños) y para los profesores la duración de los síntomas en gran proporción se encontró en menos de 11 mese (209 niños).
  10. La identificación de los principales contextos donde se presentan las conductas alteradas en los niños que hicieron parte de la investigación guarda estrecha relación con el ambiente en el que se desenvuelve cada uno de los encuestados.
  11. El 51.1% de los profesores encuestados plantea que existe deterioro en las relaciones familiares y sociales, el 23% de los padres manifiestan la misma respuesta.
  12. Al momento de recolección de la información se encontró que a 30 niños se les había diagnosticado patología comportamental previa.



## BIBLIOGRAFÍA

ARDILA, M. Roselli; PINEDA, David. Neuropsicología Infantil. Editorial prensa creativa. Medellín 1997

BAUERMEISTER, José J. Nuevos aportes en un contexto latinoamericano. Memorias. Fundación Gradas. Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención. Medellín, 1997.

DIAMOND, John. Trastorno por Déficit de Atención-hiperactividad. Categorías diagnósticas, capítulo 5. Pág. 69 - 81. Tomado de la American Psychiatric Association. 4ª edición, Washington D.C. 1994.

DUNOYER, Catalina. Trastornos y enfermedades del Neurodesarrollo. Retardo mental. Páginas 81-99. Sin fecha.

DUNOYER, Catalina. Desorden Deficitario de la Atención e Hiperactividad. Documento sin editorial y sin fecha.

DUQUE, Jorge Eduardo, Et. Al. Síndrome deficitario de la Atención. Memorias. Jornadas de Actualización en Neuropsicología. Colegio Mundos Posibles, Manizales agosto de 1996.

ECHEVERRY DE F. Sulay Rocío et. Al. Programa de capacitación docente en déficit de atención, módulo 5 estrategias de manejo. Universidad Católica de Manizales y Alcaldía de Manizales, 1999

ESPINOSA, G.E., HERNÁNDEZ. Trastornos del aprendizaje. Esquemas A & Acosta E. 1999. Publicitarios. Hospital Militar, 173 Santa Fé de Bogotá

FRANCO, Alonso. Desorden de atención disminuido, artículo elaborado con base en ADHD: Attention, Déficit, Hiperactivity, disorder. Sin paginación ni fecha.

GÓMEZ TAMAYO, Gloria Helena; MUÑOZ LARZA, Angela María y ZULUAGA CASTRO, Elizabeth. Identificación de las características comunicativas desde el lenguaje oral y el lenguaje lecto escrito en personas con Déficit de Atención que ingresan al instituto CECH, en el período comprendido entre junio de 1995 y diciembre de 1998. Universidad Católica de Manizales, facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Fonoaudiología, noviembre de 1998

GONZÁLEZ DE MIRA, Clara Inés. Ideas y estrategias pedagógicas para ayudar al niño con déficit de atención en sus primeros años escolares. Fundación Gradas. Medellín 1997

GRIEVE, June. Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Trastornos de la atención, editorial Médica Panamericana, colección Educación Especial, páginas 117 -124.

LALONDE, Justine et al. Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and co-morbid disruptive behaviour disorders in a child and adolescent mental health clinic. Mailo page view. Pagina 1 -6

MANNUZA, S. Et al. Hiperactive boys almost grown up: Criminality and its relationship to psychiatric status archives of general psychiatry 46: 1989

ORTIZ, Irene, et. Al). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos. Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina Universidad de Nuevo México y Hospital de Veteranos. <http://www.users.net-icps-medico>

PENA, Marina. Taller abordando al niño con déficit atencional e hiperactividad. Memorias. Fundación gradas. Medellín. 1997.

PINEDA, David. Et all. Análisis factorial de la función ejecutiva en niños con deficiencia atencional e hiperactividad. Artículos originales del acta Neurológica colombiana. Volumen 13 No. 3 septiembre 1997.

PINEDA, David; ROSELLI, Mónica. Hiperactividad y Trastornos Atencionales. Documento sin editorial y sin fecha.

REIFF, Michael I. Fracaso escolar en adolescencia: retardo del crecimiento del adolescente. Artículo de la revista Pediatrics in Review, en español. Volumen9 No. 7, Minnesota (usa) septiembre de 1998.

RIEF, Sandra. Factores críticos para el éxito escolar de niños y adolescentes con problemas de atención e hiperactividad, técnicas prácticas, estrategias e intervenciones. Memorias. Fundación Gradas. Medellín 1998.

ROJAS, Ana Graciela, et all. Cuestionarios para la evaluación del comportamiento en niños y adolescentes en la ciudad de Manizales. Universidad de Manizales, Facultad de Psicología 1998.

ROSAN, Tito Antonio. Et all. Trastorno por déficit atencional con - sin hiperquinesia. Su tratamiento con precursores de las aminas biógenas cerebrales. Revista Alcmeón 2, año VIII- volumen 2- No 1 Septiembre 1997

WOOD K, Isaac. Trastorno del comportamiento y trastorno negativista desafiante, Categorías diagnósticas. Capítulo 6. Pág. 83-95. Tomado de la American Psychiatric Association. 4ª edición, Washington D.C. 1994.

Himbwebmaster . mail.nih.gov. trastorno hiperactivo de déficit de la atención.

<sup>1</sup> Pineda, David; Roselli, Mónica. Hiperactividad y trastornos atencionales. Artículo sin editorial y sin fecha. pag. 275

<sup>2</sup> ECHEVERRY, de F. Sulay Rocío y otras. Déficit de atención, estrategias de manejo. Módulo 5. Universidad Católica de Manizales. Programa de Capacitación docente. Documento sin paginar.