

LA ADAPTACIÓN SOCIAL Y ESCOLAR EN NIÑOS CON
Y SIN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE LA CIUDAD DE
BARRANQUILLA (COLOMBIA)

Soraya Lewis*, Mavenka Cuesta Guzmán**,
Yolima Ghisays Cardozo***, Lidia Romero Santiago***

Resumen

Este artículo es el producto de una investigación que se centra en la descripción y comparación de la adaptación social y escolar en 40 niños que asisten a aulas regulares de clase de la ciudad de Barranquilla (Colombia) con estas características: 20 niños con TDAH según el DSM IV (tipo inatento y de tipo combinado) y 20 niños que no presentan dicha disfunción. Este estudio concibe la adaptación desde una perspectiva psicosocial, en respuesta a las exigencias personales y sociales del ambiente, y en el que se utilizan como instrumentos el TAMAI: Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil, en el cual se encontró diferencias significativas estadística y conductualmente entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH en cuanto a los

Fecha de recepción: Agosto de 2004
Fecha de aceptación: Septiembre de 2004

* Psicóloga, Universidad del Norte; MSED. Reading and Learning Disabilities.
slewis@uninorte.edu.co

** Estudiante de décimo semestre de Psicología, Universidad del Norte.

*** Psicólogas, Universidad del Norte.

niveles de adaptación social y escolar; y se presentó una mayor presencia de inadaptación en niños que tienen TDAH tipo combinado.

Palabras claves: Adaptación social y escolar, déficit de atención.

Abstract

This article results from a research focused on the description and comparison of social and school adaptation of 40 children attending regular classes in Barranquilla (Colombia). These children characteristics are: 20 children with TDAH according to DSM IV (inattentive type and combined one), and 20 children without this dysfunction. This study considers adaptation from a psychosocial perspective as a response to personal and social requirements from the environment. To collect information instrument such as TAMAI were used: childhood adaptive multifactor evaluative test in which significant statistical and behavioral differences between TDAH children and non-TDAH ones were found taking into account social and school adaptation levels. There as a greater presence of maladjustment in children with TDAH of the combined type.

Key words: Social and school adaptation, attention deficit.

1. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el trastorno de origen neurobiológico del comportamiento más comúnmente diagnosticado en niños. Aunque los síntomas varían de un niño a otro, se caracteriza por la falta de atención, hiperactividad, impulsividad, o imposibilidad de seguir un plan indicado, y en algunos casos dificultad en mantener relaciones sociales. (Fundación Trastorno por déficit de atención e hiperactividad [TDAH], 2003).

Los niños con TDAH sufren dificultades que perjudican su vida escolar, social y emocional; sus padres y docentes luchan con situaciones difíciles tratando de armonizar la necesaria estructura del hogar y de la escuela con las características y necesidades del niño. Es

frecuente la dificultad en habilitarle un adecuado proceso de crecimiento, aprendizaje y socialización (TDAH, 2003).

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad abarca un 3 - 5% de la población infantil en edad escolar y ha acaparado, en las últimas dos décadas, el grueso de la investigación en el campo de la psiquiatría y psicología infantil (TDAH, 2003). En Colombia, la prevalencia estimada general para niños y adolescentes entre 4 y 17 años fue de 16.1%. La prevalencia fue mayor en el género masculino que en el femenino (Pineda *et al.*, 1999, citado por Acosta, 2000).

El interés científico y social de la investigación sobre el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se fundamenta en tres pilares esenciales: su elevado índice de prevalencia, las repercusiones que acarrea a largo plazo en el ajuste 'social y personal y su carácter crónico', ya que persiste en proporciones verdaderamente preocupantes en la adolescencia y en la vida adulta (Miranda-Casas, García-Castellar, Melià-De Alba & Marco-Taverner, 2004).

Según Acosta (2000), con la evidencia neurobiológica recolectada hasta el momento es posible proponer que el TDAH es una disfunción caracterizada por un amplio rango de alteraciones que incluyen regulación de la atención, inhibición de respuestas y regulación motora. Las manifestaciones clínicas afectan la vida normal del individuo, lo cual compromete aspectos comportamentales, interacción social, desempeño educativo y laboral.

El TDAH ocasiona un impacto muy importante en la sociedad en términos del aumento del estrés familiar, alteraciones en los procesos escolares y un mayor costo económico de manejo (Acosta, 2000). Los individuos afectados tienen un mayor riesgo de patologías psiquiátricas y trastornos en el desempeño social, de acuerdo con la edad (Cantwell, 1996). Es innegable la relevancia que las vivencias de la primera infancia tienen en el posterior desarrollo de un individuo.

Estos niños tienen mayor probabilidad de enfrentar un sinnúmero de problemas en el ámbito social, cognoscitivo, académico, familiar y emocional; al igual que un mayor riesgo de rezago en la **conducta adaptativa** (National Institute of Mental Health [NIMH, 2002].

2. LA CONDUCTA ADAPTATIVA

La *adaptación* alude a la capacidad o incapacidad humana para modificar su conducta en respuesta a las cambiantes exigencias del ambiente, tanto en lo personal como en lo social (Sarason, 1977). Para Pedro Hernández, autor del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación infantil (TAMAI), considera a la **adaptación** como un criterio operativo y funcional de la personalidad, en el sentido de que recoge la idea de ver hasta qué punto los individuos logran estar satisfechos consigo mismos, y sus comportamientos son adecuados a los requerimientos de las distintas circunstancias en que tienen que vivir (Hernández & Jiménez, 1983).

Cuando el comportamiento que emite el individuo es generalmente adecuado con sus propósitos o con las expectativas de los demás, se puede hablar de **adaptación**. Por lo tanto, **el criterio de inadaptación** lo marca la desviación de su comportamiento en relación con las expectativas propias o con las expectativas dominantes en su ambiente (Hernández & Jiménez, 1983, p. 4).

El **criterio de inadaptación** lo marca la desviación de su comportamiento en relación con las expectativas propias o con las expectativas dominantes en su ambiente (Hernández & Jiménez, 1983, p. 4). Cuando el comportamiento que emite el individuo es generalmente adecuado con sus propósitos o con las expectativas de los demás, se puede hablar de *adaptación*. A partir de la propuesta conceptual de estos autores respecto a la inadaptación realizaremos una extrapolación al concepto de adaptación en los diferentes niveles.

2.1. LA INADAPTACIÓN Y ADAPTACIÓN SOCIAL

Hernández y Jiménez plantean que la **inadaptación social** recoge, en todos los niveles, dos grandes factores: El de *autodescontrol social*, representativo de la dificultad para relacionarse adecuadamente, bien mostrando choques o conflictos agresivos con las personas, bien mostrando choques con la normativa social. Es decir, comprende: *la agresividad social y la disnomia*. La **agresividad social**, que indica un comportamiento agresivo que se manifiesta a través de discusiones, enfrentamientos verbales y peleas. Y la **disnomia**, que indica un comportamiento de despreocupación hacia la normativa social, que se manifiesta a través de las siguientes características: estar inquieto, revoltoso, ser descuidado, sucio, desordenado, negativista y desobediente (Hernández & Jiménez, 1983, p. 4).

Y el otro factor es *restricción social*, que no implica conflictos sino actitudes en la relación. Implica, por un lado, una actitud restrictiva cuantitativa, es decir, escasa relación social y que es representada por *la introversión*. Por otro lado, una actitud restrictiva cualitativa, caracterizada por *la hostiligencia*, una actitud de recelo y desconfianza hacia los demás. Es decir, lo que corresponde a la **introversión** indica la tendencia del sujeto a establecer contacto social con pocas personas. Y la **hostiligencia** indica un sentimiento hostil hacia los demás, que se manifiesta a través de la suspicacia y desconfianza. (Hernández & Jiménez, 1983, p. 4).

Para los términos teóricos trabajados en esta investigación, se considera entonces que la **adaptación social** recoge dos grandes factores: *autocontrol social y apertura social*. Se retomará estos aspectos para plantear entonces que la **adaptación social** se evidencia conductualmente con el *autocontrol social*, que implica cumplimiento de la normativa social y la relación adecuada con los demás, sin mostrar choques o conflictos agresivos con las personas. Y con la *apertura social*, lo que se da a conocer en una relación social adecuada y la capacidad para expresar actitudes de confianza hacia los demás.

2.2. LA INADAPTACIÓN Y ADAPTACIÓN ESCOLAR

La **inadaptación escolar**, para este autor, está representada por factores de inadaptación escolar externa, como es la baja laboriosidad y las conductas de indisciplina escolar, y por actitudes aversivas al profesor, a la clase, al colegio (inadaptación vs. institución) e hipomotivaciones hacia el estudio y el saber (inadaptación vs. aprendizaje).

Según Hernández, en cuanto a:

- *La inadaptación escolar externa*: indica que el sujeto presenta baja aplicación en el aprendizaje y manifiesta comportamientos disruptivos en el aula.
- *Inadaptación vs. Institución*: indica que le sujeto está insatisfecho con la forma de ser del profesor, con su forma de explicar y tratar a los alumnos. Además, esta insatisfacción se generaliza al colegio, a la clase y a la situación escolar en general.
- *Inadaptación vs. Aprendizaje*: indica que el sujeto muestra desagrado hacia el estudio y falta de motivación por el saber.

Realizando una extrapolación, la **adaptación escolar** estaría caracterizada por conductas de laboriosidad en el aprendizaje y disciplina, la presencia de comportamientos de gusto o agrado hacia el profesor, el aula y la situación escolar en general, y la motivación hacia el saber y el estudio.

La adaptación escolar entonces se manifiesta conductualmente en cuanto a:

- a. *La adaptación externa*: cuando el sujeto presenta una aplicación al aprendizaje sin manifestar comportamientos disruptivos en el aula.
- b. *La adaptación a la institución*: cuando el sujeto está satisfecho con la forma de ser del profesor, con su forma de explicar y tratar a los alumnos. Además, esta satisfacción se generaliza al colegio, a la clase y a la situación escolar en general.

- c. *La adaptación al aprendizaje*: cuando el sujeto muestra agrado hacia el estudio y motivación por el saber.

3. PACIENTES Y MÉTODOS

3.1. Muestra

Para cumplir los objetivos de este estudio se realizó un muestreo intencional en la población infantil de la ciudad de Barranquilla, tomando niños que cumplieran los requisitos de inclusión de la investigación, dentro de los cuales está que sean niños entre 8 y 10 años de edad y que asistan a aulas regulares de clases de esta ciudad. Se tomaron 40 niños con estas características: 20 niños padecen TDAH según el DSM IV, de los cuales se hallan niños con TDAH de tipo inatento y de tipo combinado; y 20 niños que no presentan dicha disfunción.

3.2. Instrumentos de evaluación

Se utilizaron como herramientas de medición de la adaptación social y escolar el Test Multifactorial de Adaptación infantil, TAMAI, elaborado por Pedro Hernández Hernández. Y en el caso del TDAH, los criterios del DSM IV para este trastorno. A través del Test Multifactorial de Adaptación infantil, se puede obtener un índice general de inadaptación e índices específicos de inadaptación personal, escolar, social y familiar, además de recoger las actitudes educadoras de los padres desde la perspectiva de los hijos, así como estilos de realización de la prueba (Hernández & Jiménez, 1983, p. 4).

4. RESULTADOS

4.1. Resultados obtenidos sobre la inadaptación social y escolar

Es necesario aclarar que los resultados están dados por los niveles de inadaptación social y escolar; en este aspecto el autor del instrumento, Hernández, plantea que la adaptación en estos aspectos se

da por la desviación de ciertos comportamientos (ver marco teórico). Por lo tanto, plantear que un niño tiene inadaptación social y/o escolar, nos sugiere que NO presenta conductas adaptativas en estos aspectos.

4.1.1. *En niños con TDAH y en niños sin TDAH en inadaptación social*

Para comprobar si los niños con TDAH y los niños sin TDAH presentan diferencias en la **inadaptación social**, se aplica la prueba Fisher. Los resultados obtenidos se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1
Resultados de la prueba Fisher sobre la inadaptación social

Nº	Normal	X1 ²	TDAH inatento	X2 ²	TDAH combinado	X3 ³
1	6	36	7	49	15	225
2	12	144	4	16	15	225
3	12	144	14	196	14	196
4	7	49	10	100	14	196
5	11	121	11	121	10	100
6	13	169	11	121	14	196
7	8	64	3	9	4	16
8	11	121	7	49	15	225
9	17	289	13	169	12	144
10	4	16			17	289
11	18	324			16	256
12	9	81				
13	4	16				
14	3	9				
15	1	1				
16	11	121				
17	8	64				
18	6	36				
19	4	16				
20	12	144				
Suma	177	1965	80	830	146	2068
Cálculo del SCb ^{A2}			155,154293			
Cálculo del SCw ^{A2}			647,620707			
Cálculo ST ^{A2}			802,775			
			802,775			

Glb	k-1	2			
Glw	N-k	37			
Glt	N-1	39			
cálculo del sb^2		77,5771465			
cálculo del sw^2		17,5032624			
F^2 obt		4,43215356			
Fval		3,25			

Como el F obtenido es mayor que F value, podemos rechazar la hipótesis nula, es decir, que encontramos suficiente evidencia estadística para rechazarla. Por lo tanto, hay diferencia entre las poblaciones utilizadas, lo que nos plantea que realmente existe diferencia en la adaptación social entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH.

Después de la aplicación y puntuación de los test autoevaluativos aplicados a la muestra para la medición de adaptación social y escolar de esta investigación, se encontró los siguientes resultados, los cuales se mostraran en el formato de tabla para una óptima visualización. En cuanto a la *inadaptación social* entre niños con TDAH y niños sin TDAH, se halló, de acuerdo a los rangos establecidos en el TAMAI (muy bajo, bajo, casi bajo, medio, muy alto, alto, casi alto), en el que se encontró diferencias significativas que el número de niños que puntuaron dentro del rango alto de inadaptación social fueron:

Tabla 2

Número de niños con TDAH y sin TDAH con resultados obtenidos dentro del *rango alto en inadaptación social*

	Con TDAH	Sin TDAH
Alta inadaptación social	9	2
No alta inadaptación social	11	18

Al aplicar nuevamente la prueba F, se encuentra que existen diferencias significativas en este rango, ya que:

Tabla 3

Análisis con la prueba de Fisher correspondiente a los resultados expresados en la tabla 2. *Rango Alto*

TABLE = [9 , 2 , 11 , 18]
Right : p-value = 0.015475152571927511
2-Tail : p-value = 0.030950305143854856

En esta tabla se observa que hay diferencia significativa entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH en el rango "Alto" de inadaptación Social, puesto que el estadístico F es menor de 0.05, es decir, no es significativo. Lo cual nos plantea a nivel general que los niños con TDAH de la muestra presentan más dificultades en la inadaptación social que los niños que no presentaron dicha disfunción. La diferencia entre estos dos grupos la encontramos en las puntuaciones en el rango alto, lo cual indica un grado mayor de inadaptación social en los niños con TDAH (ver right p value).

Por lo tanto, se puede sugerir que el TDAH puede afectar la vida normal del individuo, comprometiendo aspectos comportamentales, interacción social, desempeño educativo y laboral (Acosta, 2000). Por sus comportamientos impulsivos y su dificultad para planear, se encuentra que el TDAH puede generar serios problemas sociales, o deterioro de las relaciones familiares, obstaculizar el éxito en la escuela o trabajo o en otros aspectos de la vida del ser humano (NIMH, 2002).

Quizás no pueden sentarse quietos, planificar de antemano, terminar tareas o estar plenamente conscientes de lo que está ocurriendo a su alrededor. Para sus familias, compañeros de clase o colegas pueden parecer existir en un remolino de actividad desorganizada o desenfadada. De repente, en algunos días y en algunas situaciones pueden parecer estar bien, lo cual puede llevar a los demás a pensar que la persona con TDAH en realidad puede controlar estos comportamientos (NIMH, 2002).

Como resultado de esto, el trastorno puede arruinar las relaciones de la persona con los demás, así como perturbar su vida diaria, consumir energía y disminuir su amor propio (Gómez, Hoyos, Jaramillo & Manzano, 2000). Si retomamos la propuesta de Hernández, los niños con TDAH, según los resultados encontrados, no presentan comportamientos adecuados a los requerimientos de las distintas circunstancias en las que tienen que vivir. Es decir, no puede responder a las expectativas dominantes en su ambiente, por lo tanto son más susceptibles a presentar inadaptación social. Esta inadaptación puede verse reflejada por la dificultad para relacionarse adecuadamente, bien mostrando choques o conflictos agresivos con las personas, bien mostrando choques con la normativa social. Y una escasa relación social, como también una actitud de recelo y desconfianza hacia los demás (Hernández, 1983a).

4.1.2 *En niños con TDAH y en niños sin TDAH en inadaptación escolar*

Para comprobar si los niños con TDAH y los niños sin TDAH presentan diferencias en la inadaptación escolar se aplica la prueba Fisher. Los resultados obtenidos se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 4
Resultados obtenidos al aplicar la prueba de Fisher a los datos sobre inadaptación escolar

Nº	normal	X1 ²	TDAH inatento	X2 ²	TDAH combinad	X3 ³
1	3	9	1	1	13	169
2	4	16	4	16	8	64
3	8	64	12	144	10	100
4	7	49	11	121	10	100
5	3	9	7	49	13	169
6	7	49	12	144	9	81
7	4	16	5	25	3	9
8	3	9	12	144	9	81
9	7	49	13	169	6	36
10	1	1			12	144

11	7	49			13	169
12	1	1				
13	5	25				
14	4	16				
15	1	1				
16	3	9				
17	7	49				
18	3	9				
19	8	64				
20	7	49				
suma	93	543	77	813	106	1122
Cálculo del SCb^{A2}			208,282323			
Cálculo del SCw^{A2}			365,317677			
Cálculo ST^{A2}			573,6			
			573,6			
Cálculo de grados de libertad						
Glbk-1	2					
GlwN-k	37					
GleN-1	39					
Cálculo del sb²			104,141162			
Cálculo del sw²			9,87345072			
Fobt			10,5475952			
Fval			3,25			

Como el F obtenido es mayor que F value, podemos rechazar la hipótesis nula, es decir que encontramos suficiente evidencia estadística para rechazarla. Por lo tanto, hay diferencia entre las poblaciones utilizadas, lo que nos plantea que realmente existe diferencia en la adaptación escolar entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH.

El número de niños que registraron dentro de los rangos establecidos donde el resultado según Fisher fue significativo en la *adaptación escolar* fue en la siguiente:

Tabla 5

Número de niños con TDAH y sin TDAH con resultados obtenidos dentro del rango *casi alto en inadaptación escolar*

	Con TDAH	Sin TDAH
Casi alta inadaptación escolar	6	0
no casi alta inadaptación escolar	14	20

Donde se encontró al aplicar la prueba de Fisher que:

Tabla 6

Análisis con la prueba f correspondiente a los resultados expresados en la tabla 5. *Casi alto en inadaptación escolar*

TABLE = [6 , 0 , 14 , 20]
Right : p-value = 0.010098010098010331
2-Tail : p-value = 0.020196020196020663

En esta tabla se observa que hay diferencia significativa entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH en el rango "casi alto" de inadaptación Escolar, puesto que el estadístico F es menor de 0.05, es decir, no es significativo. Lo cual nos plantea a nivel general que los niños con TDAH de la muestra presentan más inadaptación escolar que los niños que no presentan dicha disfunción. La diferencia entre estos dos grupos la encontramos en las puntuaciones en el rango "casi alto", lo cual indica un grado mayor de inadaptación escolar en los niños con TDAH (ver right p value).

Lo cual se puede relacionar con los planteamientos que presentó National Information Center for Children and Youth with Disabilities, en 1995, cuando expresa que "muchos niños con TDAH experimentan mayores dificultades en la escuela, pues aquí son requisitos para el éxito una mayor atención y control de impulsos y habilidades motoras". Pues es necesario, por ejemplo, en el proceso de aprender en un contexto educativo, dentro de un aula regular de clase la atención sostenida en actividades, como escuchar a un profesor en una clase, atender una reunión, hacer ejercicios en clase...

La inadaptación escolar se refleja en la baja laboriosidad y las conductas de indisciplina escolar, y por actitudes aversivas al profesor, a la clase, al colegio, e hipomotivaciones hacia el estudio y el saber (Hernández, 1983a). Según National Institute of Mental Health (2002), las dificultades que tienen los estudiantes afectados para enfocar su atención reduce la cantidad de trabajo que puedan realizar, aun cuando demuestren fuertes habilidades académicas. Pueden pasar horas angustiantes cada noche luchando para concentrarse en la tarea y luego olvidarse de llevarla a la escuela. No es fácil hacer frente a estas frustraciones día tras día. Algunos niños liberan su frustración actuando de manera contraria, iniciando peleas o destruyendo propiedad (NIMH, 2002).

4.1.3. *En niños con TDAH tipo inatento y en niños con TDAH tipo combinado*

Aunque la esta investigación no pretende describir la adaptación social y escolar en niños con TDAH inatento y TDAH combinado; sería un dato interesante para retomar en una nueva investigación, y como un complemento al análisis realizado, se mostrara algunos hallazgos encontrados entre estos niños. En cuanto a los niños que presentan TDAH en cada subtipo, se encontró diferencias significativas en la puntuación de inadaptación social en el rango alto:

Tabla 7

Número de niños con TDAH tipo combinado y TDAH tipo inatento con resultados obtenidos dentro del rango *alto en inadaptación social*

	TDAH Combinado	TDAH inatento
Alta inadaptación social	8	1
No alta inadaptación social	12	19

A partir de estos resultados y al aplicar como herramienta estadística la prueba de F de Fisher se encuentra que:

Tabla 8

Análisis con la prueba f correspondiente a los resultados expresados en la tabla 7. *Alta inadaptación social*

TABLE = [8 , 1 , 12 , 19]
Left : p-value = 0.9993857493857495
Right : p-value = 0.00982800982801011
2-Tail : p-value = 0.01965601965602022

En esta tabla se observa que hay diferencia significativa entre los niños con TDAH inatento y los niños con TDAH tipo combinado en el rango "Alto" de inadaptación social, puesto que el estadístico F es menor de 0.05, lo cual nos plantea a nivel general que los niños con TDAH combinado de la muestra presentan más inadaptación social que los niños que con TDAH inatento. La diferencia entre estos dos grupos la encontramos en las puntuaciones en el rango alto, lo cual indica un grado mayor de inadaptación social en los niños con TDAH tipo combinado (ver right p value, tabla 34).

Esto resultados quizás se deban, desde las propuesta teóricas, a las características propias del cuadro clínico del TDAH combinado, donde la impulsividad y la hiperactividad, son más evidentes que en los niños con TDAH tipo inatento. Según Carriosa (2002), el subtipo más prevalente es el Tipo Combinado. Estos niños tendrán significantes síntomas de las tres características (inatención, hiperactividad e impulsividad). "El niño está constantemente en movimiento. Se retuerce, mueve sus manos y sus pies, agarra o toca algunas cosas mientras debería estar atento, tiene dificultad para permanecer sentado tranquilamente aún por pocos segundos".

4.2. RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA UNO DE LOS FACTORES DE LA INADAPTACIÓN SOCIAL Y ESCOLAR EN NIÑOS CON TDAH Y SIN TDAH

4.2.1. Inadaptación escolar

En lo que se refiere a los factores de la inadaptación escolar, se halló en el número de niños con TDAH y sin TDAH diferencias significativas en:

■ *En la Inadaptación Escolar Externa*

Tabla 9

Número de niños con TDAH y sin TDAH con resultados obtenidos dentro el rango *medio en inadaptación escolar externa*

	Con TDAH	Sin TDAH
Medio	8	15
No Medio	15	5

Tabla 10

Número de niños con TDAH y sin TDAH con resultados obtenidos dentro del rango *alto en inadaptación escolar externa*

	Con TDAH	Sin TDAH
Alta	10	0
No alta	10	20

■ *Aversión al Aprendizaje*

Tabla 11

Número de niños con TDAH y sin TDAH con resultados obtenidos dentro del rango *medio en aversión al aprendizaje*

	Con TDAH	Sin TDAH
Medio	10	19
No Medio	10	1

Tabla 12

Número de niños con TDAH y sin TDAH con resultados obtenidos dentro del rango *alto en aversión al aprendizaje*

	Con TDAH	Sin TDAH
Alta	4	0
No alta	16	20

En *aversión a la institución*, que es el otro factor que compone a la inadaptación escolar, no se encontró diferencias significativas.

4.2.2. Inadaptación social

En los factores de la inadaptación social en niños con TDAH y sin TDAH se halló lo siguiente:

■ *Desajuste social*

Tabla 13

Número de niños con TDAH y sin TDAH con resultados obtenidos dentro del rango *medio en desajuste social*

	Con TDAH	Sin TDAH
Medio	8	14
No Medio	12	6

Dentro del factor de desajuste social se halló en cuanto a la *disnomia* que:

Tabla 14

Número de niños con TDAH y sin TDAH con resultados obtenidos dentro del rango *medio en disnomia*

	Con TDAH	Sin TDAH
Medio	7	14
No Medio	13	6

En cuanto a la *agresividad*, el cual es el otro subcomponente del factor de desajuste social, No se encontró diferencias significativas.

En otro factor que integra la inadaptación social es el de *restricción social*, y en sus sub componentes: la introversión y hostiligencia no se encontró diferencias significativas.

A partir de estos resultados, y al aplicar como herramienta estadística la prueba de F de Fisher se encuentra que:

Tabla 15

Análisis con la prueba f correspondiente a los resultados expresados en la tabla 10. *Rango alto en adaptación escolar externa*

TABLE = [10 , 0 , 10 , 20]
Left : p-value = 1
Right : p-value = 0.0002179598953792563
2-Tail : p-value = 0.0004359197907585126

Tabla 16

Análisis con la prueba f correspondiente a los resultados expresados en la tabla 12. *Rango alto en aversión al aprendizaje*

TABLE = [4 , 0 , 16 , 20]
Left : p-value = 1
Right : p-value = 0.053014553014554024
2-Tail : p-value = 0.10602910602910786

Tabla 17

Análisis con la prueba f correspondiente a los resultados expresados en la tabla 9. *Rango medio en adaptación escolar externa*

TABLE = [8 , 15 , 12 , 5]
Left : p-value = 0.02677549629718824
Right : p-value = 0.995234945735502
2-Tail : p-value = 0.05355099259437648

Tabla 18

Análisis con la prueba f correspondiente a los resultados expresados en la tabla 11. *Rango medio en aversión al aprendizaje*

TABLE = [10 , 19 , 10 , 1]
Left : p-value = 0.0016710258645743323
Right : p-value = 0.9999273467015403
2-Tail : p-value = 0.0033420517291486463

Tabla 19

Análisis con la prueba f correspondiente a los resultados expresados en la tabla 13. *Rango medio en desajuste social*

TABLE = [8 , 14 , 12 , 6]
Left : p-value = 0.0554847685137402
Right : p-value = 0.987579139811088
2-Tail : p-value = 0.1109695370274806

Tabla 20

Análisis con la prueba f correspondiente a los resultados expresados en la tabla 14. *Rango medio en disnomia*

TABLE = [7 , 14 , 13 , 6]
Left : p-value = 0.028080463216122307
Right : p-value = 0.9948066489005695
2-Tail : p-value = 0.056160926432244615

En estas tablas se observa que hay diferencia significativa entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH en los rangos "Alto en inadaptación escolar externa y Alto en aversión al aprendizaje" de la inadaptación escolar, puesto que el estadístico F es menor de 0.05. Lo cual nos plantea a nivel general que los niños con TDAH presentan más inadaptación escolar externa y aversión al aprendizaje que los niños que sin TDAH. La diferencia entre estos dos grupos la encontramos en las puntuaciones en el rango alto, lo cual indica un grado mayor de inadaptación escolar en los niños con TDAH (ver right p value, tabla 15 y 16).

En cuanto a las tablas siguientes (17-20), se observa que el valor de *Left* es menor de 0.05, lo que indica que los niños sin TDAH puntuaron más en el rango medio que lo niños con TDAH. Puntuar en el rango Medio, equivale a decir que los niveles de inadaptación escolar en los niños sin TDAH no son significativos, tanto en inadaptación escolar externa como en la aversión al aprendizaje. Aspecto que también se resalta en cuanto a la inadaptación social, en lo que se refiere al autodesajuste social y a la disnomia.

CONCLUSIONES

El grupo de investigación que participó en esta investigación en primer lugar reconoce las limitantes de un estudio como el presentado, en el que la muestra es pequeña y el muestreo no es aleatorio. Sin embargo, teniendo en cuenta que es un primer acercamiento a esta problemática desde la adaptación social y escolar en niños con TDAH, es un muy buen esfuerzo que permitirá luego transitar en el fascinante mundo de la investigación con mayor rigor científico.

Con este estudio y los resultados expuestos y analizados, podemos concluir que existen diferencias significativas estadísticamente y conductualmente entre los niños con TDAH y los niños sin TDAH en cuanto a los niveles de adaptación social y escolar; y se presenta una mayor presencia de inadaptación social y escolar en niños que tienen TDAH, donde, a su vez, se manifiesta más inadaptación social en los niños con TDAH tipo combinado.

En los niños con TDAH, esta inadaptación social se refleja en el autodesajuste social y en la disnomia, y en la inadaptación escolar se refleja en la inadaptación escolar externa y aversión al aprendizaje. Los niveles de inadaptación escolar en los niños sin TDAH no son significativos, tanto en inadaptación escolar externa como en la aversión al aprendizaje. Aspecto que también se resalta en cuanto a los niveles de inadaptación social en la población de niños sin trastorno, en lo que se refiere al autodesajuste social y a la disnomia.

En cuanto a los demás aspectos o factores de la inadaptación social y escolar, no se puede generalizar ni afirmar que no existan diferencias. Lo cual impulsa la necesidad de hacer estudios con este tipo de población con muestras más representativas.

Estas dificultades adaptativas se ven reflejada porque el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno que se caracteriza por la falta de atención, hiperactividad, impulsividad, o imposibilidad de seguir un plan indicado, y en algunos casos dificultad en mantener relaciones sociales (TDAH, 2003). Todo proceso adaptativo, según Hernández, se presenta como un criterio operativo y funcional de la personalidad, en el sentido de que recoge la idea de ver hasta qué punto los individuos logran estar satisfechos consigo mismos, y sus comportamientos son adecuados a los requerimientos de las distintas circunstancias en que tienen que vivir (Hernández, 1983a).

Por sus conductas impulsivas, debido a lo cual el control motor no es el adecuado, los niños con TDAH presentan más dificultades que un niño normal, dentro de la niñez media, para modificar su conducta en respuesta a las cambiantes exigencias del ambiente, tanto en lo personal como en lo social. Lo cual les acarrea obstáculos para relacionarse adecuadamente con sus pares, con las figuras de autoridad... Además, si se complementa su problema con la falta de atención y concentración, las posibilidades de mantener un buen rendimiento académico se ven un poco entorpecidas por estas características propias del cuadro clínico del TDAH.

Ante el creciente aumento de niños diagnosticados con TDAH, y todas las dificultades que acarrea este trastorno en la vida de una persona, es necesario crear instrumentos más válidos para nuestra población, que tiene su propia idiosincrasia. Complementar este estudio con otras pruebas ya establecidas para medir la conducta adaptativa, permitirá una visión global de la adaptación. Cabe resaltar que además de la adaptación social y escolar, podemos hablar de la adaptación personal, familiar, entre otros, que pueden enriquecer esta investigación. Además, según las características de este

trastorno, y los avances que la neuropsicología nos brinda, también se pueden realizar correlaciones entre las funciones cognitivas y la conducta adaptativa emitida; es recomendable realizar un estudio exhaustivo de las funciones ejecutivas, las cuales están relacionadas con la planeación, toma de decisiones, anticipación, juicio y razonamiento; aspectos que son esenciales en la vida de cualquier ser humano independientemente de su oficio e intereses.

Bibliografía

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1999). Niños que no pueden prestar atención [on line]. Available: <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/noattent.htm>
- Acosta, M. (2000). Aspectos neurobiológicos del déficit de atención/hiperactividad. Estado actual del conocimiento. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2 (1), 3-19.
- Alboreo García, V. (2001). Niños hiperactivos: Trastorno por déficit de atención. En J. Saucedo & M. Maldonado (2001). *Temas de psiquiatría*. MacGraw-Hill.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (4ª ed.).
- Artigas-Pallares, J. (2004) Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (Supl 1), 117-123.
- Bará-jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D.A. & Henao, G.C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con Trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali (Colombia). *Revista de Neurología*, 37 (7), 608-615.
- Barkley, R. (1998). El desorden de hiperactividad y déficit de atención. *Revista Investigación y Ciencia*, 266, 48-53.
- Bower, B. (2002). Med use widens in kids with ADHD. *Science News*: Washington.
- Briones, G. *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México: Trillas.
- Carriosa, J. (2002). Seminario Estrategias para la intervención docente en un niño con DDA con/sin hiperactividad. *Enfoque integral por Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*.
- Caicedo, A. M., Gómez, G., hoyos, L., Jaramillo, G. & Manzano, A. (2000). Hiperactividad. Proyecto de Pontificia Universidad Javeriana (PUJ). Cali [on line]. Available: www.puj.edu.co/fhumanidades/psicologia/proyectosintesis/HIPERVINCULOS/EDUCTAIVA/PE00106a.htm

- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Amer Acad Child Adol Psychiatry*, 978-987.
- Castellanos, F. X. & Acosta, M.T. (2004). Neuroanatomía del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (Supl 1), 131-136.
- Castellanos, F.X., Lee, P.P. Sharp, W. Jeffries, N.O, Greenstein, D.K. Clasen, L.S. et al. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288, 1740-8.
- Centro Remedial y Preventivo (CERIL). ROMEU, J. *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad*. España [on line]. Available: http://ceril.cl/P30_Trastornos.htm
- Centro Nacional de los Defectos Congénitos y Deficiencias del Desarrollo CDC (1999). [on line]. Available: www.cdc.gov/spanish/default.htm
- Fundación DAHNA. *Vista general de TDAH* [on line]. Available: www.dahna.org/art1.htm
- Etchepareborda, M.C. & Mulas, F. (2004). Flexibilidad cognitiva, síntoma adicional del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. ¿Elemento predictor terapéutico? *Revista de Neurología*, 38 (Supl 1), 97-102.
- Fundación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (2003). [On line]. Available: <http://www.tdah.org.ar/fundacion.html>
- Juvone, J. & Wentzel, K. (1996). *Motivación y Adaptación Escolar. Factores sociales que intervienen en el éxito escolar*. México: Oxford.
- Hartup, W. (1992). *Having friends, making friends, and keeping friends: relationships as educational contexts*. Urbana, IL:Eric Clearinghouse on elementary and early childhood education. ED 345 854.
- Hernández, P. (1983a). *Rendimiento, adaptación e intervención psicoeducativa*. Secretariado de publicaciones Universidad de La Laguna.
- Hernández, P. (1983 b). *Manual TAMAI*. TEA.
- Hernández, P. & Jiménez, J. E. (1983c): *Intervención Psicoeducativa y Adaptación: Una alternativa de salud mental desde la escuela*. Secretariado de publicaciones de la Universidad de La Laguna.
- Hill, D.E., Yeo, R.A., Campbell, R.A., Hart, B., Vigil J. & Brooks, W. (2003). Magnetic resonance imaging correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Neuropsychology* 17, 496-506.
- Katz, L.G. & McClellan, D. (1991). *The Teacher's role in the social development of young children*. Urbana, IL: ERIC Clearinghouse on elementary and early childhood education. ED 346 988.
- Lefrançois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Thomson.
- Machuca, I. (2002). Investigación sobre procesos de adaptación escolar en niños preescolares utilizando TACC. *Primer Congreso de terapia asistida con animales de compañía*, 21-22 de septiembre de 2002. Fundación Nestlé Purina. [on line] Available: www.fundacionbocalan.org/htm/1.hm/

- Maturana, P. (2001). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* [on line]. Available: http://ceril.cl/P34_deficit.htm
- Miranda-Casas, A., García-Castellar, R., Melià-De Alba, A. & Marco-Taverner, R. (2004). Aportaciones al conocimiento del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Revista de Neurología*, 38 (Supl 1), 156-163
- Moreno, A. & Gallardo, Y. (1999). *Recolección de la Información*. Serie Aprender a investigar, módulo 3. Bogotá: ICFES.
- Mulas, F. *et al.* (2002). Efectos de los psicoestimulantes en el desempeño cognitivo y conductual de los niños con déficit de atención e hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 35 (1), 17-24.
- Narbona, J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: ¿Niños trastornados o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*, 32 (3), 229-231.
- National Information Center for Children and Youth with Disabilities NICHCY. (1995). Ripley, S., Fowler, M. & Briefing (Eds). *Desorden Deficitario de la Atención* (p. 14) [on line]. Available: <http://www.nichcy.org/pubs/spanish/fs14stxt.htm>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2002). *Attention Deficit Hyperactivity disorder* [on line]. Available: www.nimh.nih.gov/publicat/spadhd.cfm#adhd1
- Papazian, O. & Alfonso, I. (2001). Evolución del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 2 (1), 156- 162.
- Pineda, D. Ardila, A., Roselli, M., Arias, B., Henao, G., Gómez, L., Mejía, S. & Miranda, M. (1999). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4-17 year old children in the general population. *Journal ABN Child Psychology*, 27, 455-462.
- Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. & Castellanos, F.X. (Grupo de Investigaciones Fundema) (2001). Confirmación de la alta prevalencia del Trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, 17-22.
- Quay, H.C. & Quay, L. C. (1965). Behaviour problems in early adolescence. *Child development*, 36, 215-20.
- Roselló, B., Pitarch, I. & Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 34 (Supl 1), 82-90.
- Roselló, B., Amado, L. & Presentación, M.J. (1999). Valoración de los efectos del tratamiento farmacológico en niños con Déficit de atención y trastornos de hiperactividad. *Revista de Neurología*, 28 (Supl 2), 177- 182.
- Sarason, I. (1977). *Psicología anormal. Los problemas de la Conducta Desadaptada* (parte uno). México: Trillas.
- S.E.P.(2002). Centro Web de la Sociedad Española de Psiquiatría. Clasificaciones internacionales: F80-8, *Trastornos del Desarrollo Psicológico* [on line].

- Available: http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/clasificaciones_internacionales/f80_89.htm#F81.
- Tamayo, M. (1999). *La Investigación*. Serie Aprender a Investigar, módulo 2 Bogotá.
- Risueño, A. E. (2001). Aportes de la neuropsicología dinámica integral al diagnóstico y tratamiento del ADHD. *Revista Psiquiátrica Psicología, Niño y Adolescente*, 79-87 [on line]. Available: <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/art4/ADH3.pdf>
- Roselló, B., Pitarch, I. & Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 34 (Supl 1), 82-90.
- Roselló, B. Mulas, F. & Jarque, S. (2001) Efectividad del metilfenidato sobre las variables cognitivas en los subtipos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 2 (1), 139- 155.
- Roth Smith, C. (1994) *Learning Disabilities. The interaction of learner, task, and setting*, Third edition. United States of America: Allyn and Bacon.
- Silver, L. (1998). *El Niño Incomprendido*. Guía para los padres de niños con problemas de aprendizaje (caps. V y XII). México: Fondo de Cultura Económica.
- Smith, A.J. *et al.* (2002). Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of attention disorders*, 5 (3), 165-177.
- Sowell, E.R., Thompson, P.M., Welcome, S.E., Henkenius, A.L., Toga, A.W. & Peterson, B.S. (2003). Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 362, 169-707.
- Stouffer, G.A.W., Jr. (1959). *The attitudes of parents toward certain behaviour problems of children*. Research for the teaching profession. December, Indiana, Pa: State Teachers College.
- U.S. Department of Education (1994). *Attention Deficit Disorder: Beyond the Myths* [on line]. Available: www.ldonline.org/ld_indepth/add_adhd/add_doe_myths.html. Washington.
- (1994). *Attention Deficit Disorder: Adding up the Facts* [on line] Available: www.ldonline.org/ld_indepth/add_adhd/add_doe_facts.html. Washington.
- Valdizán, J.R. (2004). Evaluación diagnóstica y bases terapéuticas del metilfenidato de liberación inmediata en el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (6), 501-506.
- Wicman, E.K. (1928). *Children's behaviour and Teacher's Attitudes*. New York: Commonwealth Fund.
- Zametkin, A.J., NORDAHL, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsey, J. *et al.* (1990) Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med*, 323, 1361-6.