

Habilidades adaptativas en niños con y sin sintomatología de Trastorno por Déficit de  
Atención con Hiperactividad (TDAH)

Sara Restrepo Perafán

July Vanessa Pérez Vanegas

Asesor

Olber Eduardo Arango Tobón

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Psicología

Envigado

2016

Habilidades adaptativas en niños con y sin sintomatología de Trastorno por Déficit de  
Atención con Hiperactividad (TDAH)

Trabajo de Grado para optar al título de  
Psicólogas

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Psicología

Envigado

2016



Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

---

Envigado, 2016

## **DEDICATORIA**

El reconocimiento lo dirigimos a todas aquellas personas que nos apoyaron en esta etapa de formación profesional y humana.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a todas aquellas personas que nos ayudaron en este proceso brindándonos su conocimiento y colaboración. Especialmente a nuestros padres por su incondicional y desinteresado apoyo, por entendernos y ayudarnos en todo momento.

A nuestro asesor Eduardo Arango, por su interés, dedicación y compromiso hacia nuestro trabajo, por haber hecho que este fuera posible.

A todos aquellos docentes que de una u otra manera fueron partícipes de este logro.

Y por último, agradecemos a nuestras compañeras Carolina Marín y Catalina Chavarriaga que de forma voluntaria hicieron parte de este trabajo e hicieron un esfuerzo por ayudarnos.

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
ANTECEDENTES EMPÍRICOS.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	26
OBJETIVOS.....	30
<b>Objetivo General</b> .....	<b>30</b>
<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>30</b>
DISEÑO METODOLÓGICO .....	30
<b>Enfoque Cuantitativo</b> .....	<b>30</b>
<b>Diseño no experimental</b> .....	<b>31</b>
<b>Diseño Transversal</b> .....	<b>31</b>
POBLACIÓN.....	32
<b>Muestra</b> .....	<b>33</b>
CRONOGRAMA .....	34
PRESUPUESTO .....	35
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	38
<b>Cuestionario BASC (Behavioral Assessment System for Children, BASC)</b> .....	<b>38</b>
<b>Lista de chequeo TDAH</b> .....	<b>39</b>
<b>Procedimiento</b> .....	<b>40</b>
<b>Análisis de los datos</b> .....	<b>41</b>

MARCO REFERENCIAL.....	41
<b>Marco legal.....</b>	<b>41</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>43</b>
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).....	43
Habilidades adaptativas.....	52
Adaptación.....	52
Habilidades de estudio.....	58
Habilidades Sociales.....	62
Compañerismo.....	69
RESULTADOS.....	70
DISCUSIÓN.....	76
CONCLUSIONES.....	81
REFERENCIAS.....	83
ANEXOS.....	90

## **Tabla de anexos**

**Anexo 1.** Consentimiento informado

**Anexo 2.** Datos demográficos

**Anexo 3.** Lista de chequeo para TDAH

**Anexo 4.** Cuestionario BASC para padres

**Anexo 5.** Cuestionario BASC para maestros

**Anexo 6.** Cuestionario BASC autoinforme

## Glosario

**Autoconfianza:** Denominada también autoeficacia, es definida por Carraco y Gandara (2002) citando a Bandura como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (p. 1).

**Autoestima:** se refiere a la percepción que el propio sujeto construye en torno a si mismo, teniendo como base una autoevaluación que puede ser negativa o positiva, y que constituye la base o se encuentra relacionada con diferentes psicopatologías. La autoestima varía de acuerdo a la situación a la que se expone el sujeto (Galimberti, 2002, p. 137).

**Adaptabilidad:** La adaptación hace referencia a la capacidad o incapacidad que posee un individuo para realizar conductas que le permitan dar respuestas asertivas frente a los cambios que propone el medio (Lewis, Cuesta, Ghisays & Romero, 2004, p. 128)

**Comorbilidad:** Ocurrencia al mismo tiempo de dos síndromes, trastornos, etc. (por ejemplo: ansiedad y depresión) (Consuegra, 2010, p. 46).

**Compañerismo:** según el manual del Sistema Multidimensional para la Evaluación de la Conducta (BASC), el compañerismo está relacionado con todas aquellas habilidades que permiten un mejor desempeño en las labores tanto académicas como personales, partiendo de la habilidad para trabajar en equipo.

**Desarrollo social:** Papalia y Wendkos (1999), consideran que cuando los niños escolares adquieren nuevos intereses y habilidades, cambian la manera como se perciben a sí mismos, así el desarrollo social y de la personalidad se mejora en la medida que se presentan

cambios cognoscitivos en la infancia intermedia. Esto se da en una etapa comprendida entre los 6 y los 12 años, en la cual los niños a través de la interacción con otros, con la cultura y con sus padres, logran descubrir un concepto realista de sí mismos, diferentes actitudes, fortalezas y habilidades; para así poder sobrevivir con éxito a su medio.

**Habilidades adaptativas:** Jara & Fuentes (2010) consideran como habilidades de adaptación aquellas que el niño logra convertir en herramientas que le permiten realizar conductas asertivas, a partir del conocimiento previo del medio. Los autores tienen en cuenta las habilidades adaptativas: sociales, de comunicación y de cuidado personal o de sí mismo.

**Habilidades de estudio:** Hace referencia a la manera en que el estudiante organiza diversos factores como el tiempo, el espacio, la técnica y los métodos para estudiar, con la finalidad de que estos sean herramientas para codificar y analizar la información de una manera más óptima (Agudelo, Santa & Santa, 2009, p.49).

**Habilidades Sociales:** Caballo (2005) considera: “que es necesario tener en cuenta tanto el contenido como las consecuencias al definir la conducta socialmente habilidosa.” (p. 6). Según este autor, este comportamiento está contenido en una serie de conductas que ejerce el individuo, con las que es capaz de expresar de manera adecuada y sin pasar sobre los demás, sus pensamientos, sentimientos, deseos, necesidades, etc., pensando en las consecuencias inmediatas y futuras.

**Infancia:** Según Piaget (1991) en la etapa de la primera infancia - de los 2 a los 7 años - el niño ha adquirido sentimientos morales más precisos a partir del momento en que las relaciones sociales se basan en un respeto recíproco. La etapa posterior es denominada la infancia, esta va en promedio de los 7 a los 12 años, coincidiendo su inicio con la inscripción

en la vida escolar, el niño demuestra sus capacidades sociales a través del juego, en el cual logra adaptarse a las reglas e interactuar con los otros desde la igualdad. El niño actúa por intuición propia, contrario a la etapa anterior en la que sus conductas y valores morales eran guiados y representados por un adulto.

**Relación con padres:** “Establecimiento adecuado de un patrón de comunicación y de relación familiar” (Puerta & Ríos, 2003).

**Relaciones interpersonales:** “Establecimiento de un adecuado patrón de comunicación y de relación con los demás” (Puerta & Ríos, 2003).

**Sintomatología:** El síntoma alude a un fenómeno subjetivo que es descrito por el paciente y que debe ser interpretado teniendo en cuenta los marcos teóricos de referencia desde los cuales se analiza o se hace lectura de la situación. (Galimberti, 2002, p. 1021)

**Socialización:** Según Consuegra (2010), la socialización es resultado de los procesos psicosociales a través de los cuales el individuo se desarrolla históricamente, no solo como persona sino también como miembro perteneciente a un grupo mayor o a una sociedad. Es un fenómeno complejo acompañado en primera instancia por la presencia familiar y posteriormente por los entes sociales especialmente las instituciones educativas. El proceso de socialización depende del equilibrio existente entre la normatividad y las funciones familiares. (p. 250)

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):** según el DSM IV TR lo que se observa en este trastorno es una actuación en mayor proporción de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, de manera más grave que en el común. Los síntomas suelen aparecer antes de los 7 años y ser un comportamiento cuya presencia se extiende a mínimo 2

contextos. La falta de atención puede manifestarse en las diferentes situaciones en las que interactúa el sujeto, generalmente no se genera la suficiente atención en las tareas realizadas, el modo de actuar puede ser descuidado y sin persistencia, su mente parece estar en otro lugar, no logran completar tareas ni acatar instrucciones. Para que se pueda dar un diagnóstico los problemas anteriormente citados deben estar completamente ligados a dificultades de atención y no a causas asociadas.

**Trastorno:** Alteración funcional que afecta el desenvolvimiento o desarrollo de un sistema. En psicología clínica suele hacerse referencia a alteraciones en el comportamiento de los niños, los adolescentes y adultos, que no son causados por factores de origen orgánico, y pueden ser explicados por dificultades en el ambiente afectivo, características de personalidad o el contexto. Pueden ser categorizados como trastornos episódicos o trastornos transitorios por situación, dependiendo de las características de la aparición y la extinción de los síntomas. (Galimberti, 2002, p. 1079)

## **Resumen**

El objetivo principal de esta investigación es describir las habilidades adaptativas evaluadas en niños con y sin sintomatología de TDAH. Se realizó desde un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental y transversal, de tipo descriptivo. Se utilizó como instrumento de medición una lista de chequeo para TDAH y la escala BASC. Como resultado se encontró que los niños del grupo TDAH presentaban mayores dificultades en las dimensiones de adaptabilidad y compañerismo, en las escalas adaptativas de padres y maestros. Además, se evidenció que los niños del grupo no TDAH también presentaban déficits en las habilidades adaptativas. Se concluye entonces que la presencia de sintomatología no determina por si sola dificultades en la adaptación.

## **Palabras claves**

Escala de Evaluación Multidimensional de la Conducta, Adaptación, Habilidades Sociales, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Compañerismo, Habilidades de Estudio

### **Abstract**

The main object of this investigation is to analyze the adaptative skills of the kids with and without ADHD symptomatology. It has been made from a quantitative approach with a non-experimental and transversal design which is of the descriptive type. As measurement instrument we used a check list for ADHD and the BASC scale. We found that children with ADHD present more difficulties in adaptative skills and companionship, when the evaluation was made the parents and teachers. Besides, we proved that children without ADHD also present a adaptive skills deficit. Finally, we conclude that presence of symptomatology it is not a determining factor, at least for it is own, for the adaptive difficulties.

### **Keywords**

Multidimensional Scale Behavior Assessment, Adaptation, Social Skills, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Fellowship, Study Skills

## Introducción

El aprendizaje y consolidación de conductas sociales está vinculado con el propio desarrollo cognitivo y emocional, cada avance cognitivo implicará un avance en el procesamiento de información emocional, luego, el desarrollo emocional afianzará las habilidades cognitivas y sociales del niño (Izard, 2011). En el desarrollo social del niño, se espera que este logre adquirir las suficientes herramientas que le permitan adaptarse adecuadamente a los entornos familiares, académicos e interpersonales, no obstante, pueden existir factores que entorpezcan dicho desarrollo; uno de estos factores puede ser la presencia del TDAH, este se define como una serie de comportamientos tendientes a la agresión, impulsividad e inatención, además a la dificultad del niño para discriminar entre estímulos relevantes e irrelevantes, siendo problemático el centramiento en un mismo estímulo cuando la atención ha sido desviada (Ramos, 2007). Por tanto, la adaptación del niño a los diferentes ambientes se hace difícil ya que las características del propio trastorno impiden una interacción entre las experiencias vividas y las conductas adaptativas dado que las exigencias que impone el medio son altas teniendo en cuenta que un niño diagnosticado con dicho trastorno tiene dificultades para la regulación conductual, incrementándose de esta manera la inestabilidad del niño ante las actividades que le impliquen cohesionarse y adaptarse a los diferentes escenarios.

De este modo, diferentes investigaciones han girado en torno al cuestionamiento acerca de la relación existente entre la presencia del TDAH y un déficit en las habilidades

adaptativas que impiden que el niño reajuste sus conductas de acuerdo al entorno y las situaciones que requieran una interacción entre el niño y su contexto.

Así, la presente investigación se enfoca en la revisión, comprensión y posterior análisis de los resultados obtenidos mediante el trabajo de campo con el objeto de conocer el estado e identificar los déficits en las habilidades adaptativas en niños con y sin sintomatología de TDAH.

### **Planteamiento del problema**

En el contexto cultural los diferentes grupos sociales llegan a establecer consensos a partir de acuerdos o convenciones construidos de manera colectiva. Las normas, las leyes, las creencias son reflejo de los diferentes constructos. Desde la infancia, el niño pone a prueba diferentes habilidades de carácter cognitivo, afectivo y social, que le aseguran su adaptación a la vida social que se le impone, tomando gran importancia en esta etapa del ciclo evolutivo la cooperación del niño hacia los otros. El niño debe en este punto desplegar las conductas socialmente habilidosas que ha aprendido hasta el momento, de lo contrario, se presentará como gran inconveniente para este la vinculación e interacción con el mundo, situación que acontece ante la presencia de TDAH en el niño. En este punto los comportamientos esperados en el menor, se hacen poco evidentes ante diferentes actuaciones que van en contra de lo estipulado como propio de esta etapa. Como consecuencia de la incapacidad para autorregularse y adecuar sus conductas dependiendo del entorno en el que se encuentre, los niños con TDAH presentan grandes inconvenientes para vincularse e interactuar con el otro, sea este un par o un adulto.

Según Correa y Fragozo (2009), en ocasiones, para los individuos es difícil relacionarse con los demás, encontrando como síntoma principal un déficit en las habilidades sociales y de adaptación, generando en ellos sentimientos de frustración; por el contrario el poder alcanzar objetivos y buenas relaciones interpersonales lleva a los sujetos a sentir bienestar, y a mejorar los sistemas de comunicación. Una característica principal del ser humano, es que es social por naturaleza, con lo cual es posible desarrollar estrategias para interrelacionarse con los demás, a partir de la influencia de la cultura y la comunidad. El proceso de socialización le permite a las personas cohesionarse y adaptarse a los diferentes grupos que propone la sociedad (pp. 13, 17,31).

En el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la vivencia de las experiencias sociales se ve obstaculizada en la medida en que se hace difícil la adaptación del niño al medio, al no lograr desde sus propios recursos la adquisición y el progreso de aquellos elementos característicos de cada etapa del proceso evolutivo por el cual deben atravesar. Como lo indica Vaquerizo (2005), la sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad “impide que el individuo establezca adecuadamente sus lazos sociales y se comunique con normalidad, entendiendo la comunicación como una habilidad imprescindible para la socialización y el aprendizaje, ejes del desarrollo global del niño” (p.25). De esta manera las exigencias que imponen el medio y la cultura son demasiado altas, teniendo en cuenta la dificultad de estos niños para cumplir con los requisitos que regulan las conductas y las relaciones sociales, por lo que la transgresión de la regla se presenta frecuentemente incrementando la inestabilidad y las repercusiones negativas del trastorno para la vida

personal del niño, en su ambiente familiar, escolar e interpersonal, debido a las tensiones que provoca la dificultad para convivir con ellos y los altos niveles de estrés que puede suscitar en los padres este padecimiento.

De este modo, se evidencia en el contexto las diferentes deficiencias que los niños con este trastorno presentan en las distintas dimensiones inter e intra personales, entre ellas, relaciones entre pares, el rendimiento académico, dificultades de carácter comportamental en el ambiente educativo, rechazo y exclusión, baja autoestima y autoconcepto, al mismo tiempo que inconvenientes de tipo conductual como mantener la escucha, respetar los turnos, reconocer las señales sociales y ajustarse a los nuevos contextos, debiéndose a la existencia de síntomas clínicos de TDAH que tienden a decrementar las capacidades de adaptación social de los niños, específicamente limitaciones para lograr vínculos sociales con sus pares, resaltando como indicador base en esta problemática, las diferentes estrategias que utilizan los niños para lograr la vinculación social, teniendo en cuenta sus dificultades para la aceptación de las sugerencias además de comportamientos negativos ante sus pares.

En este sentido los niños que no logran ejecutar comportamientos asertivos para vincularse socialmente, reciben calificaciones deficientes y exclusión de los círculos sociales que le rodean, situación que se suma a la dificultad de estos niños para ponerse en el lugar del otro a través de conductas empáticas, acatar las normas, desplegar conductas que permitan un relacionamiento asertivo con adultos al mismo tiempo que con pares y actuar a partir de las características socia-afectivas propias de esta etapa evolutiva de la niñez, hacen parte de las

principales dificultades para lograr una interacción efectiva, debido a que los comportamientos realizados por los mismos giran en torno a interés individuales que en pocas ocasiones contemplan la percepción del otro a cerca de la misma situación, agregando que al considerar una conducta para interactuar por primera vez, sea esta verbal o no verbal constituyen el centro de las relaciones sociales positivas.

Sin embargo, en múltiples ocasiones los niños con TDAH ignoran el hecho de que la exclusión de los distintos grupos sociales este siendo provocada por sus propios comportamientos, teniendo en cuenta que estos niños presentan dificultades para ponerse en el lugar del otro.

Claramente, son diversos los factores y las situaciones que impiden un eficaz desenvolvimiento y modificación de conductas según las demandas del medio, siendo claro que se presentan dificultades de índole social que agudizan la misma sintomatología o incluso pueden llegar a agravarla.

Teniendo en cuenta las situaciones descritas anteriormente, se concluye que la condición diagnóstica del TDAH en los niños, tiene una influencia en el desarrollo de habilidades adaptativas sometiendo al niño a dificultades que terminan invadiendo todas las esferas sociales y personales del individuo. Con lo anterior se formula el problema del presente trabajo: ¿Cuáles son los déficits en las habilidades adaptativas en niños con sintomatología de TDAH?

## **Antecedentes Empíricos**

De acuerdo con la literatura que relaciona las habilidades adaptativas en niños con TDAH, existe un consenso sobre los déficits en la adaptabilidad de niños con este trastorno que involucran diferentes dimensiones, entre ellas, relaciones entre pares, el rendimiento académico, dificultades de carácter comportamental en el ambiente educativo, rechazo y exclusión, baja autoestima y autoconcepto, etc.

Para ilustrar esta situación, Puentes et al. (2014) realizaron una investigación en la cual analizaron las habilidades sociales y adaptativas de un grupo de niños de entre 6 y 11 años diagnosticados con TDAH que vivían en la ciudad de Barranquilla, a partir de la utilización de la Escala de evaluación de la conducta [del inglés Behavioral Assessment System for Children, BASC] (Puerta & Ríos, 2003) y su escala adaptativa, con la finalidad de evidenciar tanto los déficits como las fortalezas de estos niños. La investigación contó en total con 159 niños clasificados en 3 categorías, grupo control, grupo de TDAH inatento y grupo de TDAH mixto. Además, para la confirmación de la presencia del trastorno se hizo uso del Cuestionario breve para el diagnóstico de TDAH (Pineda, 1999), además del Diagnóstico estándar de oro, EDNA IV (Reich et al. 1982) y la Escala de Inteligencia WISC-R (Wechsler, 1974), versión abreviada. Al finalizar la recolección de los datos, estos fueron analizados descriptivamente y posteriormente comparados evidenciando que los niños con TDAH presentaban mayores déficit en las dimensiones como mantener la escucha, respetar los turnos, reconocer las señales sociales y ajustarse a los nuevos contextos. Cabe destacar, que con la investigación se logró determinar también que existía un grado semejante entre el grupo control y el grupo de TDAH combinado con respecto al compañerismo (Puentes et al., p.102, 2014).

Del mismo modo, Fernández-Jaén et al. (2011) confirman a través de su investigación las dificultades de interacción de estos niños. Los autores se propusieron comparar el funcionamiento y adaptación social de 170 niños diagnosticados con TDAH en edades entre los 6 y los 12 años, analizando a través de la escala clínica y adaptativa del instrumento BASC (Puerta & Ríos, 2003) características como las habilidades sociales, la hiperactividad y el déficit de atención. Los investigadores encontraron tras el estudio que existía una notable disminución en la puntuación obtenida por los niños diagnosticados en cuanto a la dimensión de habilidades sociales, encontrándose información similar en los cuestionarios de padres y maestros. Esta investigación concluye que la existencia de síntomas clínicos de TDAH decremantan las capacidades de adaptación social de los niños, específicamente limitaciones para lograr vínculos sociales con sus pares, resaltando como indicador base en esta problemática, las diferentes estrategias que utilizan los niños para lograr la vinculación social, teniendo en cuenta sus dificultades para la aceptación de las sugerencias además de comportamientos negativos ante sus pares. Además, como lo menciona Fernández et al. (2011) en la investigación también se tiene en cuenta a las habilidades sociales como el medio que permite la adaptación del niño al ambiente escolar, familiar y social, destacando la importancia de evaluar las habilidades como la resolución de problemas y la toma de decisiones, conclusión que es apoyada por los diversos registros teóricos elaborados alrededor del tema y evidenciados en otras investigaciones (p.345).

En este sentido, Ronk, Hund y Landau (2011) examinaron las estrategias utilizadas por los niños diagnosticados con TDAH para realizar interacciones por primera vez frente a

grupos de pares desconocidos, con la intención de verificar la capacidad de adaptación social de los mismos. La muestra estuvo conformada por 147 niños con edades entre los 7 y los 12 años. Los hallazgos de este estudio señalan que aquellos niños que demostraban conductas más asertivas de socialización recibían una mejor calificación y respuestas más positivas, sin embargo, aquellos que no lograron ejecutar comportamientos de este tipo, recibieron calificaciones deficientes y respuestas de acogida negativas, debido a sus comportamientos desfavorables que eran entendidos por los demás como conductas disruptivas. Los niños diagnosticados también estarían presentando dificultades para entablar conversaciones y mantenerlas debido precisamente a esta falta de empatía y la reiterada acción de hablar sobre sí mismos (Ronk, Hund y Landau, p.835, 2011).

Así, como se mencionó anteriormente, la dificultad de estos niños para ponerse en el lugar del otro a través de conductas empáticas, acatar las normas, desplegar conductas que permitan un relacionamiento asertivo con adultos al mismo tiempo que con pares y actuar a partir de las características socia-afectivas propias de esta etapa evolutiva de la niñez, hacen parte de las principales dificultades para lograr una interacción efectiva, debido a que los comportamientos realizados por los mismos giran en torno a intereses individuales que en pocas ocasiones contemplan la percepción del otro a cerca de la misma situación, agregando que al considerar una conducta para interactuar por primera vez, sea esta verbal o no verbal constituyen el centro de las relaciones sociales positivas.

Sin embargo, en múltiples ocasiones los niños con TDAH ignoran el hecho de que la exclusión de los distintos grupos sociales este siendo provocada por sus propios comportamientos, teniendo en cuenta que estos niños presentan dificultades para ponerse en el lugar del otro. Así, Fefer (2013) estudió las semejanzas y las diferencias en las percepciones construidas tanto por los niños como por los maestros de estos frente a la manera en que se comportaban e interactuaban con los demás, evaluando estas características a través del uso de la escala de evaluación del comportamiento actual del niño [del inglés Self-Perception Profile for Adolescents] (Harter, 1988), el sistema de evaluación del comportamiento de los niños [del inglés Behavioral Assessment System for Children-2], (Reynolds & Kamphaus, 2004) en su versión de auto-informe. Los datos recogidos tras la aplicación de los instrumentos fueron estudiados mediante un análisis correlacional en el cual resultan como conclusiones, la confirmación de la teoría, la cual afirma que mientras más elevados se presentan los síntomas de TDAH, mayores deficiencias se encontraran en las interacciones sociales. Del mismo modo, se halló que estos niños tienden a sobreestimar sus capacidades y habilidades, obviando el hecho de que sus propios comportamientos intensifican el rechazo y la carencia de empatía por parte de sus pares (Fefer, p.201, 2013)

De igual manera, García, Presentación, Siegenthaler y Miranda (2006), en su investigación estudian las diferentes estrategias que los niños con edades entre los 7 y 10 años con TDAH utilizan para interactuar con los demás dentro del contexto escolar, teniendo en cuenta el rechazo que obtienen por parte de sus pares. De este modo los 23 niños estudiados fueron intervenidos con el cuestionario de hiperactividad para padres y profesores adaptado del DSM-IV-TR, escala de problemas de conducta (Navarro, Peiró, Yacer, Silva, 1993) e

inventario de problemas en la escuela (Miranda, Martorell, Llácer, Peiró, Silva, 1993) a través de los cuales se evidenció nuevamente que las conductas disruptivas que incluyen comportamientos molestos, agresivos, mal carácter, inmadurez, prepotencia y en alguna medida factores relacionados con el bajo rendimiento académico eran los causantes de los múltiples rechazos.

Evidentemente, son diversos los factores y las situaciones que impiden un eficaz desenvolvimiento y modificación de conductas según las demandas del medio, siendo claro que se presentan dificultades de índole social que agudizan la misma sintomatología o incluso pueden llegar a agravarla. De este modo, Lora (2008) en su estudio al analizar la relación existente entre el TDAH y las habilidades adaptativas en un total de 150 alumnos con edades entre 10 y 16 años y utilizando como instrumentos de evaluación la ADHD [del inglés Rating Scale –IV] (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998), la batería de socialización para niños y adolescentes (BAS-3) (Silva y Martorell, 2001) y el listado de síntomas del DSM IV para el trastorno negativista desafiante, se permite poner de manifiesto algunos hallazgos importantes en este estudio, entre los cuales podría destacarse la notable discrepancia que arrojan los instrumentos al hablarse de los niños del grupo control y de los niños con diagnóstico, siendo el autocontrol y el seguimiento de las normas las piezas claves que permiten la comprensión del fenómeno. Se evidenció además como los niños diagnosticados con dicho trastorno tienen severas dificultades para considerar a los demás, a partir de síntomas negativistas, aislamiento y retraimiento social.

Por lo tanto, la capacidad de adaptación de estos niños se ve sometida a grandes dificultades que terminan invadiendo todas las esferas sociales y personales del individuo, para confirmarlo una vez más, la investigación trabajada por Lewis, Cuesta, Ghisays y Romero (2004) describen y comparan la adaptación social y escolar de 40 niños con edades entre los 8 y 10 años diagnosticados con TDAH de la ciudad de Barranquilla, dividiendo la muestra en un grupo control y un grupo de niños con dicho déficit, encontrando a través de la utilización del Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil, TAMAI (Hernandez, 1983) que efectivamente el diagnóstico compromete la interacción y vida social del menor, afectando tanto el desempeño social como el educativo. Esto se sostiene en el resultado obtenido en un estudio realizado a niños israelíes con riesgo de TDAH, en el que Kats-Gold, Besser y Priel (2007) encontraron que estos, tienen dificultades para el reconocimiento de emociones, lo que conlleva a la mala interpretación de los estados afectivos, teniendo como consecuencia que estas personas mantengan bajas interacciones sociales con los demás. En la investigación se utiliza como instrumento de evaluación de las habilidades la escala de habilidades sociales (Silva y Martorell, 2001). Los resultados obtenidos permitieron revelar la tenencia deficiente de habilidades sociales, al igual que dificultades para reconocer las emociones del otro.

### **Justificación**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es quizás una de las psicopatologías que genera mayor dificultad en el entorno donde se desenvuelve el individuo

afectado (Puentes et al., 2014, p.2). Por lo anterior, el niño con este diagnóstico puede presentar dificultades escolares, referidas al contexto en el que este se encuentra.

Generalmente presentan problemas académicos por su incapacidad para centrarse en las tareas y por la facilidad con la que pierden la atención, debido al impulso que sienten de brindarla a otros estímulos subyacentes. Esta incapacidad afecta además del escolar, todos los ámbitos en los que se desenvuelve este sujeto, por ejemplo, puede presentar dificultades con las normas y reglas del hogar, justificadas como olvidos, que tienen como base la inatención ante estas, lo cual conlleva simultáneamente a que estos individuos sufran una especie de aislamiento social que genera falta de vínculo y posteriormente de interacción con los otros.

Según Orjales (citado por Puentes et al., 2014) en el modelo de Barkley, los sujetos con este diagnóstico permanecen menos tiempo interactuando socialmente siendo esta una de las principales causas para el empeoramiento y agudización de los diferentes síntomas y características propias del trastorno. El autocontrol como factor crítico en los casos de niños diagnosticados con TDAH, juega también un papel fundamental, en el cual el desenvolvimiento del niño en el medio se ve obstruido por los comportamientos disruptivos. Con base en lo anterior, cabe destacar la relación existente entre las variables determinadas por dicho diagnóstico y la deficiencia de habilidades adaptativas y dificultades para vincularse socialmente a partir del reconocimiento de los estados emocionales del otro y la implicación de sus propios comportamientos sobre la respuesta que será recibida por el exterior.

De esta manera, la adaptación social está directamente ligada a las habilidades sociales debido a que estas ejercen gran influencia en la misma. Es por esta razón, que estas destrezas pueden ser medidas a través de instrumentos que permiten sospechar una posible relación entre las características conductuales y el mismo desarrollo de las habilidades sociales y adaptativas, sin embargo dichos instrumentos no son sustitutos a la hora de diagnosticar el trastorno. Su necesidad de medirlas, radica en la importancia de obtener un diagnóstico correcto y por ende una adecuada intervención (Fernández et al., 2011, p.7). Entre más tardío se haga el diagnóstico de los trastornos de la infancia como el TDAH mayor será la probabilidad de que en la adolescencia o adultez la intensidad de los síntomas aumente apareciendo nuevos trastornos con mayor dificultad o trastornos comórbidos que afecten la vida del sujeto. El diagnóstico temprano facilita vías de intervención que favorezcan un desenvolvimiento más funcional en las diferentes áreas de interacción social en las cuales el sujeto está inmerso.

Por lo anterior, se justifica este proyecto investigativo en cuanto se pretende dar una descripción de cómo las habilidades adaptativas de niños entre 8 y 11 años con sintomatología de TDAH son desarrolladas o no dependiendo de su proceso evolutivo y como estas influyen su desarrollo psicosocial. El tema seleccionado es además motivo de investigación, dado que en el momento en que un niño es diagnosticado con TDAH o presenta sintomatología relacionada con el trastorno, no recibe una atención integral que le permita la adaptación al medio. Las habilidades sociales y adaptativas, como vehículo para establecer un adecuado intercambio social, le permiten al niño relacionarse eficazmente con sus pares y demás personas con las que deba interactuar según las demandas del entorno, por lo tanto

conocer el proceso de desarrollo de las habilidades en estos niños, puede llevar a la consideración de la implementación de entrenamiento en cada uno de los casos en que sea requerido el fortalecimiento de estas herramientas, con la finalidad de evitar el deterioro de las relaciones interpersonales y baja autoestima en estos niños.

En este sentido, se hace importante la investigación en cuanto a la formación académica, debido a que puede ser fuente de gran utilidad para investigaciones afines posteriores a esta y así promover que el niño con TDAH tenga una adecuada adaptación al medio social; a nivel personal, cobra gran importancia, debido a que ésta nació de la inquietud de indagar las dificultades que tienen los niños con TDAH para establecer vínculos y desarrollarlos. Este trabajo se convierte entonces en el medio para identificar la relación entre el desarrollo de las habilidades adaptativas y la sintomatología del trastorno.

## Objetivos

### Objetivo General

Describir las habilidades adaptativas evaluadas en niños con y sin sintomatología de TDAH.

### Objetivos específicos

Identificar los déficits en las habilidades adaptativas en niños con y sin sintomatología de TDAH.

Comparar los resultados obtenidos de las habilidades adaptativas de los niños con y sin sintomatología de TDAH.

Establecer las diferencias de las habilidades adaptativas entre los dos grupos estudiados.

## Diseño Metodológico

**Enfoque Cuantitativo:** Hernández, Fernández y Baptista (2010) proponen que el enfoque cuantitativo permite tener un foco exacto de investigación, de este modo el presente estudio parte de un marco general para delimitarse en uno más específico, definiendo objetivos y preguntas de investigación, con una construcción teórica que permite tener claridad del tema investigado. Todo esto posibilita a su vez realizar un plan para cumplir el objetivo general y de este modo determinar las variables y hacer una medición estadística de

estas para poder llegar a conclusiones claras de los resultados obtenidos mediante la comparación de las variables principales.

**Diseño no experimental:** Hernández, Fernández y Baptista (2010) definen el diseño no experimental en investigación cuantitativa, como aquel que se realiza sin manipular las variables de esta (p.149). El presente estudio establece como variables principales la presencia o no de TDAH en los niños de la muestra y las habilidades adaptativas de estos, estas serán investigadas en su contexto natural, puesto que se pretende hacer una medición sin ejercer alguna influencia. Los niños serán observados en ambientes educativos, y les será aplicada una prueba para hacer medición, pero no se realizarán cambios sobre una variable u otra puesto que no se hará intervención de ningún tipo.

**Diseño Transversal:** Retomando la perspectiva de Hernández, Fernández y Baptista (2010), el presente trabajo puede adherirse a un tipo de investigación no experimental de diseño transversal o transeccional (p. 151), teniendo en cuenta que los datos recolectados se dan en un único momento. El objetivo de la investigación no se centra en el cambio de las variables a través del tiempo, sino en la descripción y análisis de la relación de las dimensiones estudiadas en un momento determinado. De esta manera la recolección de los datos se hace en un momento determinado, pudiendo ser aplicado a diferentes grupos o fenómenos al mismo tiempo. La presente investigación corresponde de este modo en un primer momento a un diseño transeccional descriptivo y posteriormente a un diseño de tipo correlacional.

El tipo de investigación descriptiva facilita especificar las características del grupo, estudiando, describiendo y precisando los principales componentes del fenómeno. Se estudian de manera independiente las variables, para luego relacionarlas y así definir como es la manifestación del fenómeno estudiado (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p 152). Los diseños transeccionales descriptivos, como se mencionó anteriormente atienden a la necesidad de indagar la manera en que se desenvuelven una o más variables en una determinada población, a partir de la descripción inicial y posiblemente un análisis relacional final.

Por otro lado el diseño transeccional correlacional, como la manifiesta Hernández (2010), pretende identificar la relación o tipo de vinculación establecida entre diferentes variables, a partir de la medición o descripción individual de cada una y posteriormente su análisis relacional, dentro de un grupo específico (p. 81).

Cabe aclarar que no se intenta explicar una relación de causa efecto, sino la incidencia de una dimensión sobre la otra (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p 154).

### **Población**

Muestreo: La muestra para la presente investigación es de tipo no probabilístico, seleccionada según los criterios de inclusión, es direccionada por un fin más que por una técnica estadística.

Los criterios de inclusión son:

Ser de sexo masculino

Estar entre los 9 y 11 años de edad

15 niños con diagnóstico clínico de TDAH realizado por psiquiatría o neurología.

15 niños sin diagnóstico clínico, confirmado mediante lista de chequeo para TDAH

Niños escolarizados pertenecientes al estrato 2 o 3

Firma del consentimiento informado por parte del niño y su acudiente.

Además, los participantes de la investigación pertenecen a los estratos 1 y 2 y hacen parte de diferentes centros educativos como la Institución Educativa Primitivo Leal, Rafael J Mejía, María Auxiliadora y Consejo Sabaneta, del municipio de Sabaneta; El Integrado Laureles de Medellín, La Institución Educativa Fernando Gonzales del municipio de Envigado y por último la Institución Educativa Diego Echavarría del municipio de Itagüí.

## **Muestra**

Se toman para la muestra 30 niños, los cuales se dividen en dos grupos, conformados por los niños que presentan sintomatología de TDAH y aquellos que no reportan indicios de este trastorno. Los dos grupos son divididos de acuerdo a los resultados obtenidos en la lista de chequeo realizada tanto por padres como por maestros.

### Cronograma

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPO</b>	Mes	Mes	Mes III	Mes
		I	II		IV
Asesorías		X	X	X	X
Definición del tema		X			
Planteamiento (Formulación) del problema		X	X		
Definir pregunta			X		
Título			X		
Justificación			X	X	
Objetivos (General y Específicos)			X	X	
Elaboración del marco teórico		X	X	X	X
Marco Referencial (Antecedentes, referentes Teóricos y marco legal)		X	X	X	X
Diseño Metodológico				X	X
Diseño de instrumentos					X
Cronograma de Actividades					X
Presupuesto (ficha de presupuesto)				X	
Impacto y Resultados esperados				X	
Bibliografía y APA		X	X	X	X

CRONOGRAMA 02-2015					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPO</b>	Mes	Mes	Mes III	Mes
		I	II		IV
Asesorías		X	X	X	X
Estado del arte		X	X	X	X
Ajustes del planteamiento del problema y justificación		X	X		
Ampliar antecedentes		X	X	X	X

Ampliar el marco teórico	X	X	X	X
Implementación de instrumento	X	X	X	X
Trabajo de campo		X	X	X
Recolección de información			X	X
Análisis de resultados				X
Elaboración de los resultados obtenidos				X
Discusión en relación con los resultados				X
Elaboración de conclusiones				X
Elaboración del informe final del trabajo de grado				X
Diseño de diapositivas de la socialización				X
Socialización del proyecto				X
Elaboración del artículo				X
Bibliografía y APA	X	X	X	X

### Presupuesto

RUBROS	FUENTES			TOTAL
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Personal	X			\$600.000
Material y suministro	X			\$ 76.000
Salidas de campo	X			\$200.000
Bibliografía	X			N/A
Equipos	X			\$1.400.000
Otros	X			N/A
<b>TOTAL</b>				<b>\$2.276.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL</b>						
Nombre del Investigador	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo			Total
			Estudiante	Institución - IUE	Externa	
July Vanessa Pérez Vanegas	Investigadora	7 horas	X			50.000
Sara Restrepo Perafán	Investigadora	7 horas	X			50.000
Eduardo Arango Tobón	Asesor	7 horas	X			500.000
<b>TOTAL</b>						<b>600.000</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO</b>						
Descripción de tipo de Material y/o suministro	Costo			Total		
	Estudiante	Institución - IUE	Externa			
Fotocopias	X			30.000		
Resma	X			16.000		
Tinta	X			30.000		
<b>TOTAL</b>				<b>76.000</b>		

<b>DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO</b>				
Descripción de las salidas	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Visita a biblioteca	X			100.000
Salida a asesorías externas	X			100.000
<b>TOTAL</b>				<b>200.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO</b>
--

Descripción de compra de material bibliográfico	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
N/A				N/A
<b>TOTAL</b>				<b>N/A</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS</b>				
Descripción de compra de equipos	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Compra portátil	X			1'100.000
Compra impresora	X			300.000
<b>TOTAL</b>				<b>1'400.000</b>

<b>DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS</b>				
Descripción de otros gastos	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
N/A				N/A
<b>TOTAL</b>				<b>N/A</b>

## **Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información**

### **Cuestionario BASC (Behavioral Assessment System for Children, BASC)**

El BASC se realizó con la finalidad de conocer el estado de las habilidades adaptativas en los niños a través de la aplicación de las escalas para padres y maestros y la evaluación de las diferentes dimensiones del comportamiento.

El cuestionario BASC para niños de seis a once años está compuesto por un total de 138 preguntas, entre las cuales se encuentran preguntas formuladas de forma directa y otras de manera inversa. Para efectos prácticos, la versión que se utilizó en la presente investigación, fue puntuada mediante un software, el cual arrojó los resultados de las diferentes dimensiones. El informe de resultados se elaboró con base en los datos arrojados por el BASC y la conceptualización teórica enunciada en el marco teórico.

Los ítems fueron contruidos a partir de situaciones y conductas claramente verificadas. Fue validado por Pineda en la ciudad de Medellín, Colombia, a partir de una muestra representativa de 360 niños. La escala está diseñada para la aplicación en diferente grupos de edades, desde los 4 y 6 años, 7 a 11 años y entre 12 y 18 años. Los dos últimos grupos de edades, poseen aplicación de cuestionarios para padres, maestros y auto informe, por el contrario de las edades de 4 a 6 años, no poseen aplicación de auto informes. El cuestionario para padres y maestros evalúa dentro de las escalas clínicas los siguientes

componentes: hiperactividad, agresión, problemas de la conducta, ansiedad, depresión, somatización, atipicidad, aislamiento, problemas de atención y liderazgo, problemas de conducta y problemas de aprendizaje. Y en la escala adaptativa incluye: adaptabilidad, compañerismo, habilidades sociales y habilidades en el estudio. Cabe resaltar que el BASC es un instrumento libre, por tanto su uso no incumple ninguna reglamentación legal.

### **Lista de chequeo TDAH**

La lista de chequeo de síntomas para el diagnóstico de TDAH, elaborada por Pineda, et al., (1999) contiene un total de 18 preguntas correspondientes a los 18 síntomas descritos en el manual DSM IV-R en las categorías de inatención e hiperactividad-impulsividad del criterio A, y los demás síntomas formulados en el criterio B, C y D. Los datos que se obtuvieron como resultado tras la aplicación de la lista de chequeo a 540 personas de la ciudad de Medellín, fueron analizados de manera manual, ingresando cada una de las respuestas obtenidas en hojas de cálculo que posteriormente fueron analizadas con el software SPSS 8.0, que permitía un tratamiento de la información de manera estadística. Los resultados de la validación en la población de niños de la ciudad de Medellín, permite asegurar su alto nivel de confiabilidad, siendo una herramienta recomendada para el análisis clínico del TDAH. La lista de chequeo puede ser aplicada a padres o maestros de los niños investigados (pp. 365-372).

Para el caso de la presente investigación, la lista de chequeo de síntomas para el diagnóstico de TDAH fue seleccionada como instrumento debido a la confiabilidad que esta otorga, pues tras su validación, la lista de chequeo ha sido utilizada en diferentes

investigaciones por su grado de coherencia interna. Además, este instrumento, se hace también confiable al ser una evaluación realizada directamente tomando como referencia los criterios diagnósticos descritos en el DSM.

De acuerdo con esto, se considerará la existencia de sintomatología de TDAH, al cumplirse con al menos 4 criterios de una de las categorías de la lista de chequeo, además la lista será aplicada a padres y maestros. De esta manera se puede además identificarse el tipo de TDAH del cual el niño presenta sintomatología, teniendo en cuenta que a mayor número de criterios cumplidos según la categoría de impulsividad e inatención, pueden identificarse dichos subtipos.

### **Procedimiento**

A partir de los criterios de inclusión para la presente investigación, se acude a dos instituciones educativas con la intención de seleccionar la muestra y proceder con la aplicación del instrumento. Para esto se solicitó verbalmente la autorización de las directivas de ambas instituciones, además se envió el consentimiento informado a los acudientes de cada uno de los niños. Luego de esto se aplican los diferentes instrumentos, para su posterior análisis.

## **Análisis de los datos**

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 en español. Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos de variables demográficas señalando medias y desviaciones estándar de las variables como el sexo, la edad, escolaridad, entre otras. Por otro lado, se realizaron también descripciones estadísticas con respecto a la sintomatología y las habilidades adaptativas de los niños. Luego, establecieron asociaciones entre variables con la prueba Chi cuadrado y el criterio de los valores p para establecer asociaciones. Finalmente se realizarán comparaciones entre grupos de acuerdo al estatus y las escalas adaptativas usando pruebas paramétricas como la prueba t.

## **Marco referencial**

### **Marco legal**

Ley 115 de Febrero 8 de 1994 Por la cual se expide la ley general de educación

Mediante esta ley el congreso de la república de Colombia dispone que la educación es un proceso permanente que propende por la igualdad y el desarrollo de todos los seres humanos. Dicha ley contempla el hecho de que se regule y acate el servicio de educación pública y que esta, basada en la constitución política del país, incluya los procesos de enseñanza y aprendizaje como derecho de los ciudadanos.

Conforme al artículo 67 de la constitución política, la educación pública se debe de brindar en los niveles preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e

informal, dirigida a niños y jóvenes en edad escolar, a adultos, a campesinos, a grupos étnicos, a personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, y a personas que requieran rehabilitación social (Ministerio de Educación, 1994).

Según el artículo 5º en conformidad con el artículo 67 de la constitución, la educación debe de ser brindada atendiendo diferentes fines que permitan el desarrollo integral del ser humano en todos los aspectos bio-psico-sociales, incluyendo formación ética, moral y cultural y contribuyendo de esta forma a la adquisición de conocimientos técnicos y científicos. Además de lo anterior se debe garantizar el acceso a los medios para obtener el conocimiento y aplicarlo a su entorno. La educación básica obligatoria es comprendida en el artículo 356 de la constitución, y demanda promover el conocimiento científico, tecnológico, artístico, humanístico, razonamiento lógico y analítico, la comprensión lectora.

El ministerio de educación nacional resolución 2565 de octubre 24 de 2003 establece medidas de cuantificación que permiten regular la el servicio de educación a todos aquellos individuos con necesidades educativas especiales, permitiendo así que cada jurisdicción organice un plan que medie dichas necesidades y genere inclusión, brindando apoyo especializado de acuerdo a las necesidades identificadas en cada alumno. Se establece entonces que se deben garantizar mecanismos que faciliten la prestación del servicio educativo y que soporten una atención integral a estudiantes con capacidades especiales o talentos, brindando de este modo un proceso de integración académica y social.

## **Marco teórico**

### **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)**

Entre los trastornos de desarrollo en la infancia, puede destacarse el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como el diagnóstico con mayor prevalencia durante esta etapa del ciclo vital. Como elementos fundamentales para su diagnóstico según los acuerdos realizados entre los diferentes profesionales, deben encontrarse determinadas conductas cuya intensidad se encuentra por encima de los límites apropiados considerando la edad.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se describe por primera vez alrededor de 1844 por Friedrich Hoffman, pero sería Still en 1902 quien lo conceptuaría de forma más científica diciendo que se trataba de una serie de comportamientos presentes en los niños estudiados, tendientes a la agresión, impulsividad e inatención (Mas, 2009, p. 78). El trastorno puede ser encontrado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) por primera vez en 1968 al ser incluido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en la segunda versión del manual, definiéndolo como “la reacción hiperquinética de la infancia, dentro de los trastornos de conducta de la infancia y adolescencia, y propuso como síntomas característicos del síndrome una actividad excesiva, inquietud, fácil distracción y corta duración de la atención” (Amador, Forns & Martorell, 2001, p.10). No obstante, la definición del trastorno y de los criterios fundamentales para su detección, las causas y los tratamientos para intervenir el trastorno se han modificado a través del tiempo, adoptando nuevas definiciones, caracterizaciones y modos de ser diagnosticado.

Luego de su primera aparición en el DSM II, el TDAH fue retomado por Virginia Douglas y su equipo de trabajo en Canadá, con la finalidad de agregar información acerca del trastorno. Douglas y su equipo, centraron la importancia de sus estudios principalmente en el componente de inatención que conlleva el trastorno, cuestión que es retomada por la Organización Mundial de la Salud en 1978 para ser incluida en una nueva versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) y por la APA en 1983, para contenerla en el DSM III con la finalidad de recalcar la existencia de las dificultades atencionales presentes en el trastorno, motivo por el cual se exponen tres diferentes subtipos: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sin hiperactividad y tipo residual y tres categorías de contención de los síntomas según categorías de: falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Sin embargo, para la versión del CIE 10 en 1992 y del DSM IV en 1995, dichos parámetros habían sido modificados, determinándose algunas variables que daban ya indicios de la duración de la sintomatología y las pautas a seguir.

### **Criterios diagnósticos para el TDAH**

Lo que se observa en este trastorno según el DSM IV-TR, es una actuación en mayor proporción de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, de manera más grave que en el común. Los síntomas suelen aparecer antes de los 7 años, estos sujetos generalmente los padecen durante varios años. Este comportamiento debe estar presente en mínimo 2 contextos. La falta de atención puede manifestarse en las diferentes situaciones en las que interactúa el sujeto, generalmente no se genera la suficiente atención en las tareas realizadas, el modo de

actuar puede ser descuidado y sin persistencia, su mente parece estar en otro lugar, no logran completar tareas ni acatar instrucciones. Para que se pueda dar un diagnóstico los problemas anteriormente citados deben estar completamente ligados a dificultades de atención y no a causas asociadas. Sienten desagrado por tareas que impliquen concentración, desconcentrándose fácilmente ante cualquier estímulo e interrumpiendo las actividades que se están realizando. Las manifestaciones de la hiperactividad pueden darse en situaciones sociales, mostrándose inquieto o hablando de manera exagerada. El especialista debe tener cuidado en el diagnóstico de este trastorno debido a que puede confundirse con comportamientos normales de los niños de edad preescolar. Para su diagnóstico ver la siguiente información.

Tabla 1

## Criterios diagnósticos del TDAH

<i>Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad</i>
Códigos basados en el tipo:
<i>F90.0</i> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses
<i>F90.8</i> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses
<i>F90.0</i> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

*Nota de codificación.* En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en “remisión parcial”.

*Tomada de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR).*

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Decima Revisión (CIE 10), el TDAH pertenecería por otra parte al grupo de trastornos hipercinéticos, en el cual puede hallarse también el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hipercinético disocial, otros trastornos hipercinéticos y el trastorno hipercinético sin especificación.

Aunque solo sean enunciados los criterios diagnósticos descritos en el DSM IV-TR, ambos manuales centran la importancia de la búsqueda de sintomatología que apunte a la presencia de los elementos centrales en el TDAH: inatención, hiperactividad e impulsividad. Al mismo tiempo refuerzan la importancia de conocer a través de diferentes métodos, algunos datos que posibiliten la confirmación o presunción del trastorno, como la duración y persistencia de los síntomas, el grado de disfuncionalidad que provoca, y el número de situaciones y escenarios en los que se presenta la misma sintomatología.

Sin embargo, el CIE 10 se ciñe a sus propias reglas para elaborar el diagnóstico, diferenciándose del DSM IV -TR en diferentes aspectos y requisitos. El CIE 10 exige entonces, la presencia de las tres características elementales en el TDAH, cuyos síntomas de inatención indicarían la dificultad del niño para discriminar entre estímulos relevantes e

irrelevantes, siendo problemático el centramiento en un mismo estímulo cuando la atención ha sido desviada. La inatención no se presenta como un síntoma absoluto en todos los casos, pues el niño puede tener mayores dificultades en algunas actividades más que en otras, dependerá de múltiples factores, como por ejemplo del tipo de actividad que se le pide que desempeñe, si dicha acción suscita en el niño determinado interés, o si es una actividad que requiere grados distintos de esfuerzo y atención, los resultados obtenidos serán mucho mejores que los resultantes frente a tareas rutinarias. La inatención puede presentarse al mismo tiempo con la presencia de movimientos excesivos que impiden la realización de algunas tareas y el entorpecimiento de las labores asignadas, presentándose una intensidad en cuanto a movimientos superior al resto de niños, al mismo tiempo, la impulsividad llevaría al traspaso de las reglas o normas, la dificultad para esperar el turno, entre otros, debido a su dificultad para inhibir las conductas no deseadas. (Ramos, 2007, pp. 11-13).

No obstante el TDAH continúa siendo en la actualidad un tema de controversias debido a la inexistencia de una propuesta que haya sido apropiada por los múltiples investigadores y profesionales del tema. Frente a la discusión, surgen diferentes posturas que conciben de manera distinta el origen del fenómeno del TDAH. De esta manera se ponen en contraposición dos diferentes posturas, desde las cuales el TDAH se consideraría como un desorden subjetivo a causa de la falta de evidencia científica como base y en cambio la observación de conductas como criterio para su validación, además de la creencia de que el trastorno podría ser causado por problemáticas sociales del entorno de la personas como su familia y las pautas de crianza que la misma utiliza, o la postura que concibe al trastorno como un desorden objetivo, tomando como referencia la existencia de evidencia respaldada por los

acuerdos internacionales y las distintas pruebas que demuestran los cambios en la base orgánica. Para esta última postura el entorno social de la persona sufre afectaciones, mas no serían la causa de aparición (Etchepareborda & Díaz, 2009, p. 51).

### **Evidencia científica**

El debate y la falta de consenso, surgen también entre el mismo grupo de aquellos que defienden la existencia del TDAH como consecuencia de alteraciones orgánicas. De esta manera, Etchepareborda & Díaz (2009), destacan dos modelos desde los cuales se lanzan dos hipótesis fisiopatológicas del TDAH, las cuales predominan sobre otras hipótesis generadas a través del tiempo. (p.16).

### **Modelo de Virginia (1960) y Barkley (1990)**

Por una parte, el modelo atencional de Virginia Douglas formulado en 1960, señala que las dificultades del niño en relación con el aprendizaje, son consecuencia de la falta de motivación frente a la tarea asignada, la espera de una gratificación inmediata ante la ejecución de las tareas, desinterés y poca persistencia para desempeñar labores y dificultad para activar los sistemas de alerta necesarias para elaborar una acción (Martínez-León, 2006, p.16).

Por otra parte, el modelo de autorregulación de Russell Barkley formulado en 1990, propone que como base del trastorno puede encontrarse como factor común en cada persona

un déficit en la motivación e iniciativa frente a las situaciones que demandan atención, dando como resultado la desinhibición de la conducta. En el modelo de este autor, se da prioridad a “una característica de los niños: el déficit en su respuesta a las consecuencias ambientales; es decir, reforzadores positivos y estímulos aversivos que afectan el comportamiento de la mayoría de los niños muestran efectos muy débiles en los casos de hiperactividad” (Martínez-León, 2006, p.16). Para el autor la principal problemática radicaría, en la dificultad que estas personas tendrían para ejecutar una conducta, no por la falta de conocimiento de cómo hacerlo, sino más bien por la incapacidad para deducir en que momentos precisos aplicarla. Las dificultades apuntarían a una alteración de la función ejecutiva, lo que impediría que el niño logre activar o tener control voluntario sobre la regulación de las conductas esperadas en las situaciones que lo demanden.

Para los modelos basados en la creencia y factibilidad de hallar evidencia científica que explique y permita encontrar elementos que aseguren el diagnóstico, diferentes herramientas como la neuroimagen, la electroencefalografía y el mapeo cerebral, permiten la exploración de áreas cerebrales al mismo tiempo que se posibilita examinar el momento evolutivo en que estas deben estar totalmente desarrolladas y verificar algunas características de los órganos, como el tamaño, volumen y actividad neuronal de las mismas áreas (Etchepareborda & Díaz, 2009, p. 53). A partir de los estudios basados en este tipo de herramientas, han surgido numerosas hipótesis, que al mismo tiempo se convierten en mayores evidencias, al señalar, que el TDAH, podría ser identificado mediante la observación de las áreas cerebrales de las personas con el trastorno. Aunque sea importante conocer las funciones de cada área cerebral, para los modelos fundados en estas evidencias es mucho más

importante realizar diagnósticos basándose en la existencia o poco desarrollo de áreas específicas, ya que diferentes estudios las apuntan como síntomas esenciales para la inclusión en el trastorno.

Sin embargo el debate continúa y reside en la afirmación o negación de la existencia de evidencias científicas como elementos fundamentales que permitan demostrar la existencia del TDAH como un verdadero trastorno del neurodesarrollo. Debe tenerse en cuenta, como lo indican Etchepareborda & Díaz (2009) que aún no existe un diagnóstico consensuado que se base en los criterios biológicos (p.57), el diagnóstico depende aún de la observación clínica del psicólogo.

### **Factores Ambientales**

Pineda, en su apartado del libro Déficit de atención e hiperactividad, propone en su capítulo Factores de riesgo y fundamentos teóricos, algunos elementos encontrados y verificados tras el estudio y exploraciones realizadas con grupos de niños de la ciudad de Medellín, en los cuales se identificaron como factores precipitantes para la aparición del TDAH algunas actividades desarrolladas por las madres durante la etapa de gestación. Fue frecuente encontrar en las investigaciones mencionadas por Pineda los siguientes elementos: los hábitos en el consumo de cigarrillo y alcohol durante el embarazo de la madre, problemas ocurridos durante el momento del parto o inclusive algunos trastornos neurológicos de aparición precoz pueden convertirse en factores predisponentes para la aparición del TDAH (Fundación Gradadas, 2006, p. 25).

Al mismo tiempo, Palacio (2006) en su capítulo Factores de protección y de riesgo, incluye entre los factores predisponentes para la aparición y agudización del TDAH los estilos de crianza por medio de los cuales se da la interacción padre-hijo en la familia. Las respuestas dadas por los padres o cuidadores del niño ante comportamientos inadecuados pueden contribuir al reforzamiento de las mismas conductas, promoviendo el desarrollo de otras acciones similares. Estilos de crianza punitivos, agresivos, la interacción entre los padres, el abuso, pueden contribuir a la aparición de mayores dificultades (p. 151).

### **Diagnóstico diferencial**

Desde la observación e intervención clínica sería entonces necesario para efectuar un diagnóstico correcto del TDAH, seguir una cadena de pasos encaminados a determinar la presencia o no del trastorno tomando como base los diferentes criterios establecidos y validados a nivel internacional en los manuales diagnósticos para la evaluación de la salud mental, al mismo tiempo que la diferenciación y búsqueda de otros trastornos que puedan explicar las conductas de la persona, por la tenencia de solo uno de los signos del trastorno, haciendo hincapié en la existencia de un diagnóstico diferencial, en el cual debe analizarse si existen otros fenómenos que pudieran estar provocando las conductas, como el consumo de alguna sustancia, o enfermedad médicas.

Entre los trastornos con los que el TDAH puede conservar alguna familiaridad respecto a la manifestación de los síntomas, la prevalencia es mayor cuando se habla de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta y trastornos

de aprendizaje (Mas, 2009, pp. 80-81). Toda esta información puede ser recolectada a través de técnicas como la entrevista clínica y la aplicación de diferentes instrumentos que tienen el objetivo de determinar la presencia de diferente sintomatología.

## **Habilidades adaptativas**

### **Adaptación**

El termino adaptación define el medio por el cual un individuo o un grupo de sujetos buscan un equilibrio en su ambiente social o la ausencia de conflictos en este, esto es posible mediante mecanismos que el sujeto utiliza para modificar su conducta interna o inclusive su medio logrando obtener un equilibrio aceptable. La psicología en general hace uso de esta palabra en el campo emotivo de los individuos, referida directamente a las emociones propias de cada sujeto que conllevan a este a estados de bienestar o por el contrario de insatisfacción según sea la emoción sentida. El hecho de que la persona logre regularse ante cualquiera que sea la emoción propicia un proceso de adaptación y por ende un estado de superación emocional y autocontrol.

La psicología social estima que en el proceso de desarrollo psíquico de una persona, la adaptación, es una de las formas más importantes que esta tiene para alcanzarlo, ya que permite al sujeto adecuarse a las exigencias de su medio cultural e interpersonal, según los requerimientos implícitos y explícitos que este tenga. Por lo anterior, toda desviación que ocurra en torno al medio socio-cultural del sujeto, es concebido como desadaptación, ante esto

se hace necesario formar al sujeto para que esta conducta no siga siendo ejecutada, logrando que este sea condicionado socialmente (Galimberti, p. 22).

Millán. D. (2014) tras una investigación realizada a niños con TDAH en Popayán, Colombia, sugiere que hay una correlación positiva entre las habilidades adaptativas y los estilos cognitivos de estos niños, según esto se le atribuye una gran importancia a las habilidades adaptativas en cuanto a que ayudan a potencializar el desarrollo cognitivo. Además, Reynolds y Kamphaus (1992) citados por Millán, dicen que estas actúan como un factor protector ante cualquier posibilidad de una dificultad psicopatológica o clínica. El estudio concluye que la adaptabilidad en los niños evaluados es baja, pero se demuestra que el género masculino presenta un porcentaje mucho menor; sin embargo, se evidencia que la adaptabilidad funciona como un favorecedor que privilegia las habilidades sociales y los procesos de aprendizaje.

González et al, (2003), retoman varios autores para investigar “la relación existente entre la adaptabilidad y la cohesión familiar, así como la conducta autorregulatoria de los padres en relación a su comportamiento con los hijos, en general, y en su implicación en el ámbito del estudio, en particular” (2003, p. 471). De la totalidad de dicha investigación, los autores lograron hacer varias diferencias buscando dar una explicación de cómo las conductas de los padres tienen una influencia sobre los comportamientos de los niños y en el rendimiento escolar de estos, además de cómo el proceso de aprendizaje se ve influenciado por las conductas autorregulatorias de los padres.

Para Olson, Russell y Sprenkle (1979) citados por González et al, (2003) el vínculo familiar es de vital importancia en las relaciones que se forman dentro de la familia, esto incluye el proceso de adaptabilidad debido a que ésta, según los autores se forma dentro de este sistema logrando la modificación de estructuras jerárquicas, la conformación de coaliciones, el vínculo y las reglas relacionales para lograr de este modo que el individuo pueda formar estrategias de afrontamiento o respuestas positivas al estrés que permitan enfrentar asertivamente situaciones concretas.

Es por lo anterior que la familia se considera uno de los principales medios para fomentar en los menores habilidades adaptativas que permitan el ajuste emocional y que ejerzan en este un impacto significativo sobre su desarrollo y de este modo los resultados puedan evidenciarse en el rendimiento académico y social de los sujetos. Los autores basan su investigación en la teoría de los modelos de aprendizaje autorregulado, los cuales componen entre sí aspectos cognitivos, motivacionales y comportamentales, que ayudan al estudiante a desempeñarse de una manera exitosa en el aprendizaje cuando estos logran establecer relaciones adecuadas a partir del establecimiento de patrones adaptativos, los cuales le permiten integrar y relacionar los elementos de su ambiente a partir de las conductas aprendidas de sus padres.

Según esta teoría lo que el sujeto logra ante el proceso de aprendizaje no es exclusivo del proceso intelectual sino que implica los diferentes aspectos motivacionales, adaptativos y

sociales de los que dispone para poder obtener un equilibrio y un buen rendimiento. Según este modelo los padres están directamente implicados en este proceso ya que estos inducen a sus hijos al proceso de autorregulación, clasificado en cuatro conductas diferentes: modelado: el cual es percibido de las conductas cotidianas de los padres, la estimulación, la facilitación: la cual se da cuando los padres brindan los recursos necesarios y la ayuda pertinente para que el menor logre un comportamiento autorregulado y por ultimo refuerzo: ante el cual se da un premio al niño cuando este logra autorregularse. Estos cuatro elementos logran explicar cómo la dinámica familiar, la adaptabilidad y la cohesión entre esta influyen en los comportamientos adaptativos, autorregulatorios y escolares de los menores. Esto indica entonces que entre mayor cohesión y adaptabilidad en la familia, los comportamientos del menor son más asertivos y adecuados socialmente.

Fierro (2012), define el término adaptación como “función comportamental universal, como atributo interno de la conducta” (p. 9). El autor considera que no existen conductas desadaptativas o disfuncionales ya que aunque se dé un cuadro psicopatológico, las conductas que ejerce dicho sujeto son adaptativas pero ineficaces. La adaptación es percibida por el autor como una noción relacional puesto que ésta se da en el intercambio que hace el sujeto con su mundo interno y externo, lo que implica realizar conductas que involucran la interacción con los otros, es decir, no es solo la adaptación al entorno sino también la adaptación del entorno a las necesidades del sujeto.

Algunas teorías psicológicas, acuden al término adaptabilidad. En el caso del conductismo, este habla de la función adaptativa de la conducta aludiendo que esta es necesaria para la supervivencia. La Gestalt por su parte hace hincapié en el proceso perceptivo y en la función adaptativa de este en cuanto a los heurísticos que hace el sujeto para lograr estabilidad. Por otro lado Piaget habla del conocimiento como una función adaptativa en la cual se da la asimilación, incorporación e integración de las experiencias nuevas que vive el sujeto con las experiencias ya existentes en su memoria, lo que genera la acomodación, modificación y ajuste para poder integrar todos los conocimientos.

La adaptación como se dijo anteriormente, cumple una función comportamental universal. Ante situaciones nuevas es preciso que el sujeto acuda a esta para enfrentarlas, algunas de ellas pueden ser fuente de estrés; el estrés según Lazarus y Folkman (1984) citados por Fierro (2012) es definido como “una clase particular de relaciones E-R (estimulo-respuesta), una relación apreciada por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 4). La respuesta adaptativa del estrés es el afrontamiento, es necesario hacer una distinción del termino adaptación para el caso del estrés ya que este constituye una gran amplitud, mientras que el afrontamiento se considera como una categoría de la adaptación que es usada por el sujeto cuando se le presentan situaciones angustiantes que lo sobrepasan; retomando a Lazarus y Folkman estos definen el afrontamiento como “esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes y adaptativos para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo” (p.10).

Lewis, Cuesta, Ghisays, y Romero (2004) retoman a Sarason (1977) para comprender el término adaptación el cual es definido por este autor como “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”. El concepto contrario a adaptación es la inadaptación social, el cual enmarca dos componentes: el auto descontrol social que se refiere a la dificultad del individuo para relacionarse con los otros mostrando comportamientos agresivos y conflictivos que van en contra de la norma social y la restricción social que abarca la actitud que el sujeto muestra ante las relaciones sociales que puede ser de poco interés por dicha relación o de hostilidad y desconfianza. Según lo anterior, el término adaptación para las autoras es englobado en dos elementos: el autocontrol social y la apertura social que implican relaciones sociales adecuadas y el cumplimiento de la norma social.

Lo anterior fue expuesto para dar a conocer la adaptación en el ámbito escolar puesto que esta es manifestada conductualmente e implica que el sujeto tenga una adaptación externa, es decir, se enfrente al proceso de aprendizaje con comportamientos adecuados dejando a un lado todos aquellos que puedan ser disruptivos, la adaptación a la institución que se refiere al hecho de que el sujeto se sienta cómodo con el docente y satisfecho con el ambiente escolar y la adaptación al aprendizaje en la que el sujeto muestra motivación por el conocimiento.

Un estudio comparativo hecho por estas autoras en una muestra de cuarenta niños con y sin TDAH en la ciudad de Barranquilla, Colombia, plantea que los niños con el trastorno, presentan un mayor índice de inadaptación escolar, ellas afirman con base en el Instituto

Nacional de Salud Mental que los niños con TDAH, poseen una probabilidad mucho mayor que los niños sin TDAH de enfrentar dificultades en las diferentes esferas de la vida, como lo son el campo social, cognoscitivo, académico, familiar y emocional. Dicha inadaptación es manifestada en las conductas aversivas, de inatención, bajo rendimiento e indisciplina, esto hace que se reduzca la capacidad de trabajo escolar y que enfoquen su atención y conducta en los estímulos del ambiente.

### **Habilidades de estudio**

Gall, M., Gall, J., Jacobsen & Bullock (1994) definen las habilidades de estudio como “el uso efectivo de habilidades apropiadas para realizar una tarea de aprendizaje” (p. 20). En este sentido se hace posible decir que un estudiante que posee buenas habilidades para el estudio tiene la capacidad de realizar tareas para el aprendizaje de manera efectiva, cuando las habilidades de estudio son inadecuadas las tareas de aprendizaje se usan de manera ineficaz lo cual trae consigo un bajo resultado a nivel académico. Una tarea de aprendizaje es definida como aquella actividad que promueve y ayuda a los estudiantes a obtener los objetivos propuestos para el aprendizaje. Generalmente las tareas de aprendizaje en el ámbito educativo son:

Manejo del tiempo, de los materiales y de sí mismo

Escucha y toma de notas en clases

Respuesta a las preguntas del docente y participación en actividades de clase

Lectura de textos y de otros materiales

Escritura de trabajos

Preparación para pruebas de evaluación y respuesta a las pruebas

En las instituciones educativas es común que estas tareas sean asignadas a los estudiantes, según el grado en el que se encuentran para promover en ellos el uso eficaz de técnicas que faciliten el rendimiento académico. Se busca a su vez estimular con ellas a los alumnos para obtener nuevos aprendizajes y que consoliden lo ya aprendido.

Los autores hacen una distinción entre los términos habilidades de estudio, técnicas de estudio y estrategias de estudio. La técnica para el estudio es definida como la manera particular que se usa para llevar a cabo una tarea de aprendizaje, mientras que la habilidad es la capacidad que tiene el sujeto para aplicar de manera adecuada la técnica utilizada. Y por último las estrategias son el conjunto del proceso. Es importante que en este proceso escolar, el estudiante tenga actitud y motivación para el estudio, como elementos adicionales para un buen aprendizaje, estas se refieren al deseo del individuo de utilizar las técnicas de estudio de manera eficaz.

Algunas instituciones educativas incorporan en su currículo programas de habilidades de estudio y habilidades de pensamiento, ambos tienen objetivos diferentes, los programas de habilidades de pensamientos incluyen “planificación, categorización, análisis y resolución de problemas” (Gall, M., Gall, J., Jacobsen & Bullock, 1994, p. 25). Por el contrario los

programas de técnicas de estudio implican puntualmente la ejecución de tareas de aprendizaje. Es importante aclarar que la enseñanza de habilidades de estudio presupone la enseñanza de habilidades de pensamiento, puesto que la primera contiene a la segunda. En general estos autores recomiendan implementar en las instituciones programas de habilidades de estudio para enseñar a los alumnos, más que determinadas tareas específicas, maneras de aprender duraderas y constantes.

Sobrado, Cauce & Rial (2002), acuñan que las técnicas de estudio son herramientas necesarias para el proceso de aprendizaje de los alumnos, estas les permiten procesar la información y alcanzar los logros establecidos por los planteles educativos, es importante que las escuelas favorezcan el proceso de análisis y de utilización de las técnicas. Obtener buenos logros y que los estudiantes adquieran el conocimiento, ha sido siempre una tarea de las instituciones, pero es importante que los alumnos estén motivados y tengan la disposición de hacerlo.

Comúnmente el método utilizado por los estudiantes para el aprendizaje es el de ensayo – error lo que suscita que no exista una reflexión posterior de lo aprendido; el propósito de las técnicas de aprendizaje es que el estudiante “aprenda a aprender”, es decir, que este gestione y procese la información y relacione mediante análisis los nuevos conocimientos adquiridos. Según Monereo (1997) citado por Sobrado, Cauce y Rial (2002) “enseñar una estrategia supone cuando y porque se debe emplear un procedimiento, una actitud o un concepto determinados”. La importancia de que se les enseñen estrategias de

aprendizaje a los alumnos supone potenciar las habilidades de estudio para que estos puedan controlar y regular sus procesos, permitiendo la autonomía y el uso efectivo de habilidades para aprender y obtener un mejor rendimiento.

Es importante que dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje exista una relación de reciprocidad tanto entre docentes como alumnos. El docente tiene un papel fundamental al promover la enseñanza de las habilidades de estudio, y el estudiante debe estar consciente de que su evolución depende de su motivación, interés y de su propio proceso. Se evidencia una mayor eficacia del aprendizaje cuando las instituciones centran la atención, tanto en el proceso, como en el resultado.

Beltrán (1993) citado por Sobrado, Cauce y Rial (2002), establece una distinción entre los términos habilidades y técnicas, este asiente que las técnicas están direccionadas al aprendizaje de memoria, más que al aprendizaje vivencial. Las habilidades de estudio, para este autor se sitúan en un nivel diferente aludiendo a aquellas operaciones o actividades cognitivas, que facilitan el proceso de aprendizaje, refiriéndose a una secuencia de actividades que influyen en la motivación para un aprendizaje significativo.

El mayor interés en fomentar las habilidades de estudio o aprendizaje se enfoca en la forma de potencializar a los estudiantes para que estos puedan regular sus procesos mentales y de este modo mejoren su rendimiento y su capacidad de ser autónomos y se motiven desde sus propios recursos. El factor motivacional es uno de los elementos principales en el

aprendizaje y en el rendimiento académico, y debe ser fomentado por padres y tutores en un receso didáctico.

### **Habilidades Sociales**

Vallés, A. y Vallés, C (1996) relacionan la adaptación social, escolar y psicológica frente a determinados comportamientos. Se considera entonces que las habilidades sociales obtienen gran importancia a la hora de hacer alusión al funcionamiento adaptativo de un sujeto, especialmente al referirse a la etapa adulta de este, es decir, es necesario que el individuo desde que está pequeño, introyecte la norma y a partir de esta pueda generar una estrategia de vínculo social con el otro que le permita acomodarse al control social y a las relaciones interpersonales que pueda establecer, de este modo cuando la persona crece y se enfrenta a un medio más exigente a comparación de su etapa infantil, puede generar estrategias cognitivas, fisiológicas y conductuales que le impliquen el desarrollo de Habilidades Sociales, y que estas puedan ser a su vez eficaces. Lo anterior, se puede contrastar con lo que proponen los autores anteriormente citados, ellos afirman que el hecho de tener una adecuada competencia social desde la infancia es considerado un predictor del funcionamiento social adaptativo durante la adultez y puede ser una forma de prevención de futuras psicopatologías, entre ellas trastornos comportamentales, agresividad, etc. Se atribuye a una adecuada competencia social que un sujeto obtenga un buen rendimiento cognitivo y escolar, alcance con mayor facilidad objetivos, reforzamiento social y mejor conocimiento de sí mismo. Algunos conceptos tales como “competencia social, asertividad, habilidades interpersonales, adaptación e inteligencia social” (Vallés, A. & Vallés, C., 1996, p.47) han sido utilizadas para hacer alusión a la forma en la que una persona puede comportarse

socialmente y mostrar sus capacidades para interactuar. Estos autores consideran que “las Habilidades Sociales serían las destrezas necesarias para interactuar y relacionarse” (p.47).

El concepto de Habilidad Social (HS), es bastante difuso, no hay un acuerdo de lo que se establece como conducta socialmente habilidosa. Es importante acotar, que dicha conducta, siempre está enmarcada por el patrón cultural del sujeto, su forma de vincularse, su percepción del mundo e inclusive la forma en que los demás se relacionan con él; ante esto, Wilkinson y Canter (Citado por Caballo, 2005) consideran, que el patrón cultural y las categorías sociales son determinantes para delimitar una conducta apropiada o inapropiada; ya que el sujeto se vale de diferentes sistemas de respuesta, a lo que Meichenbaum, Butler y Grudson (Citado por Caballo, 2005) agregan que una conducta socialmente habilidosa depende de modo parcial del contexto en el que se encuentre inmerso el individuo, el cual puede ser cambiante. (p. 3). Al observar experimentalmente algunas conductas determinadas para lograr los objetivos, se busca que la respuesta dada por el sujeto sea apropiada, es decir, que las demás personas coincidan con que esta sea correcta, aunque esto puede variar de una persona a otra, puesto que dos individuos pueden comportarse de modo diferente ante una misma situación o una misma persona puede manifestarse de distinta forma ante dos episodios similares; ambas conductas o respuestas pueden ser consideradas habilidosas socialmente. Por lo anterior algunos autores definen la conducta social habilidosa como eficiente en su función según la situación.

En contraposición al planteamiento antes referido, Linehan identifica tres consecuencias cuando hay conductas no habilidosas socialmente que son reforzadas, las cuales son: la eficacia para alcanzar los objetivos, para mantener o mejorar las relaciones y para mantener la autoestima. (Caballo, 2005, pp. 3, 4). Al hablar de habilidades sociales, argumenta Caballo citando a Arkowitz, que es importante tener en cuenta tanto la acción como sus consecuencias. Se puede obtener una apreciación del índice de Habilidades Sociales al evaluar las consecuencias de la conducta realizada y estimada como habilidosa. Lo que se espera entonces es que dicha conducta obtenga generalmente un refuerzo positivo. Es importante resaltar, como se dijo anteriormente que la cultura cobra un papel muy importante al hablar de Habilidades Sociales, debido a que es el medio en que está inserto el sujeto, el que determina que conducta es aceptada o no, y que tipo de refuerzo o sanción se merece, entendiéndose el medio como aquellas figuras vinculares y normativas que rodean al sujeto y lo contienen. A continuación, se hará mención de algunas definiciones dadas por diferentes autores, citados por Caballo, de lo que es una conducta socialmente habilidosa:

Según Libet y Lewisohn una conducta habilidosa tiene que ver con la capacidad del individuo de realizar conductas que son reforzadas y de evitar aquellas que puedan ser castigadas; Wolpe afirma que la conducta socialmente habilidosa gira en torno a la expresión adecuada de las emociones ante otros sujetos; Alberti y Emmons la caracterizan como aquella conducta en que la persona actúa guiado por sus intereses más importantes sin dejar a un lado los de los demás; Linehan manifiesta que es la capacidad que tiene un individuo de comportarse de manera donde evite resistencias interpersonales y por el contrario las optimice, de modo que evada pérdidas afectivas y mantenga su propia integridad y dominio. Por último,

Trower, Bryant y Argyle califican de inadecuado a una persona que no puede lograr el objetivo propuesto de manera que no transfiere a los demás lo que intenta comunicar.

En síntesis, algunas de las definiciones dadas ponen a consideración el contenido y las consecuencias de las conductas que pueden clasificarse como habilidosas socialmente. Caballo (2005) considera entonces: “que es necesario tener en cuenta tanto el contenido como las consecuencias al definir la conducta socialmente habilidosas.” (p. 6). Según este autor, esta acción está contenida en una serie de conductas que ejerce el individuo en el que es capaz de expresar de una manera adecuada y sin pasar sobre los demás, sus pensamientos, sentimientos, deseos, necesidades, etc., pensando en las consecuencias inmediatas y futuras.

Gil & García (2008) acotan que en los años 30 el término de habilidades sociales cobró gran importancia en su reconocimiento, especialmente en cuanto a la socialización de los niños. Años más tarde, en los años 60, el término se incluye en nuevas investigaciones, basadas en hechos que las soportan, y reiterando que no hay una definición unánime; pero exponen algunas características, que de forma consensuada fueron aceptadas y referidas; estas son: conductas manifiestas, son aquellas probablemente aprendidas y que se evidencian en momentos de relaciones sociales; orientación a objetivos, el cual se perfila a la consecución de una determinada meta y por ultimo; especificidad situacional, que es un determinante principal, marcado por el contexto sociocultural en el que está inmerso el individuo. Se considera entonces, que la expresión de una HS requiere la interacción de estos elementos.

Según Vallés & Vallés (1996) la competencia social está en el nivel molar que se refiere a las unidades de análisis amplias, es decir que comprende las características globales de la competencia social. Mientras que las habilidades sociales se encuentran inscritas en el nivel molecular que se refiere a las unidades de análisis discretas, es decir lo que involucra comprender conductas concretas y observables como: “el contacto ocular, la sonrisa, el volumen o la postura” (Van-der, 2005, p. 5).

En cuanto al aprendizaje de las habilidades sociales se considera que la infancia es un periodo de vital importancia para su adquisición. Esto se explica a través de diferentes modelos conductuales que hablan del reforzamiento del aprendizaje y modelado comportamental que propicia el aprendizaje de una conducta socialmente competente. El refuerzo brindado ante las interacciones sociales de otros sujetos permite al niño adquirir destrezas sociales además de la capacidad cognitiva del sujeto, la cual le permite hacer frente a las situaciones mediante el éxito o el fracaso. La incompetencia social es posible de explicar, desde los modelos de déficits de habilidades y de inhibición lo que permite la evaluación del error conductual ante la interacción social.

Las habilidades sociales presentan unos componentes básicos como los conductuales, los cognitivos y los fisiológicos, que son explicados en este caso con base en el modelo de la modificación de conducta. Estos son:

**Componente conductual:** en este aspecto las habilidades sociales tienen una manifestación motora que se enmarca en el contexto molecular, estas conductas pueden ser medibles y observables con gran facilidad bajo las condiciones de frecuencia, duración e intensidad. Según Vallés & Vallés (1996) “Estas pueden dividirse en habilidades sociales no verbales, habilidades paralingüísticas y habilidades sociales verbales” (p. 113).

**Habilidades no verbales:** poseen diversas funciones “sustituir, repetir, regular, contradecir el mensaje verbal, función de complementariedad, y acentuación del mensaje verbal” (Vallés & Vallés, 1996, p.113). Algunos componentes de estas habilidades no verbales son: la mirada que incluye a su vez la sonrisa y los gestos: el significado que se le da a la interpretación de estos está influenciado por el contexto sociocultural en el que se dan, de este modo un mismo gesto o acción puede tener diferentes connotaciones; la expresión facial: indica las emociones básicas, que se dan de manera universal y que son transmitidas en la medida en la que se lleva a cabo la interacción social; la postura corporal: esta comunica tanto estados como actitudes de las personas que interactúan. Se incluye en este componente el contacto físico que determina el tipo de relación que un individuo establece con otro en la interacción. Cada contacto expresa diferentes significados y se puede ver influenciado por el contexto cultural, el sexo y la edad del sujeto; la orientación corporal, distancia o proximidad: están atravesadas por el vínculo y nivel de intimidad que poseen los sujetos, siendo indicadores de la actitud que se toma frente al otro; y la apariencia física: es la manera en la que una persona se ve a sí misma y se muestra a los otros, siendo el atractivo físico el mayor exponente de este aspecto.

**Habilidades paralingüísticas:** hace alusión a los aspectos de la voz que intervienen en la comunicación verbal. Se incluyen todos los aspectos característicos de este elemento como el volumen, timbre, tono entre otros, lo que se considera fundamental y determinante a la hora de transmitir un mensaje verbal.

**Habilidades sociales verbales:** el componente principal de este aspecto es el habla dado que es el mejor medio de comunicación de los seres humanos. Se incluyen factores que hacen parte de este componente como hablar en público y conversar, que al mismo tiempo implican: Iniciar, mantener y terminar conversaciones, los saludos, la expresión de cortesía y amabilidad, hacer amigos, aceptar y rechazar críticas, pedir y conceder favores, solicitar cambios de conducta, preguntar, disculparse, defender los propios derechos y respetar los de los demás, auto revelarse, hacer cumplidos y aceptarlos, manifestar empatía, manifestar emociones, sentimientos y opiniones (p. 114).

**Componentes cognitivos:** se considera que para que un sujeto tenga una conducta socialmente habilidosa y sea competente en este aspecto debe de tener habilidades cognitivas. Se piensa la percepción social como una destreza de este aspecto que es importante adquirir para poder diferenciar las conductas de los otros y poder percibir de manera efectiva los distintos espacios de comunicación y así poder determinar y adecuar el comportamiento acorde a la interacción social. Dentro de este componente se distinguen “los constructos personales, las expectativas personales, el locus de control, los valores subjetivos y el autocontrol” (Vallés & Vallés, 1996, p. 114).

**Componentes fisiológicos:** se incluye en este componente el nivel de activación que necesita un sujeto para interactuar de manera socialmente habilidosa, aludiendo a que algunas personas necesitan activar la ansiedad para realizar la interacción, y por el contrario a otras personas esto les produce incapacidad.

### **Compañerismo**

Según el Ministerio de Educación del Gobierno de Chile (2011) el compañerismo estaba basado en una actitud de colaboración desinteresada y genuina, que tiene como propósito la ayuda, la comprensión y el apoyo al otro. Es considerado como un valor, dirigido de un sujeto a otro sin importar el vínculo que se tenga con este. Se fomenta generalmente en la institución educativa, especialmente en el aula de clase, dado que es el espacio en que los niños comparten la mayoría del tiempo y necesitan el uno del otro como seres sociales. Los docentes están encargados de promover este valor en los niños mediante el trabajo en equipo y la implementación de otros valores como el respeto y la solidaridad. Es necesario, que desde el hogar los padres también fomenten la adquisición de este valor y den el ejemplo necesario a los hijos para que estos puedan ponerse en el lugar del otro y brindar ayuda desinteresada ante las necesidades del otro.

## Resultados

A continuación se hace una descripción de los resultados que se obtuvieron después del análisis estadístico con SPSS.

Tabla 2  
Datos demográficos de la muestra (n= 30)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Masculino	20	66.7%
Femenino	10	33.3 %
<b>Institución</b>		
Diego Echavarría	1	3.3%
Primitivo Leal	6	20%
Rafael J Mejía	5	16.7%
Integrado Laureles	1	3.3%
María Auxiliadora	15	50%
Consejo de Sabaneta	1	3.3%
Fernando González	1	3.3%
<b>Estatus (según sintomatología)</b>		
TDAH	15	50%
NoTDAH	15	50%
<b>Subtipo</b>		
Inatento	4	13.3%
Impulsivo	3	10%
Mixto	8	26.7%

La edad media de los sujetos participantes fue de 9.3 años (DS= 1.12). Según la frecuencia en la tabla 1 para la variable sexo, la muestra estuvo conformada en su mayoría por varones, pertenecientes a la institución educativa María Auxiliadora y de acuerdo al estatus hubo un mayor porcentaje de sintomatología de subtipo mixto. Por otro lado, del total de sujetos con sintomatología de TDAH (n=15); el 86.7% son varones mientras que el 13.3% son mujeres.

Tabla 3

Déficits en Escalas adaptativas BASC según estatus (TDAH y NoTDAH)

<b>PADRES</b>	<b>Normal</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Clínicamente significativo</b>
<b>Adaptabilidad</b>				
TDAH	5	5	0	5
NoTDAH	8	5	1	1
Total	13 (43.3%)	10 (33.3%)	1 (3.3%)	6 (20%)
<b>Compañerismo</b>				
TDAH	11	0	1	3
NoTDAH	11	1	0	3
Total	22 (73.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	6 (20%)
<b>Hab. Sociales</b>				
TDAH	8	2	2	3
NoTDAH	12	0	2	1
Total	20 (66.7%)	2 (6.7%)	4 (13.3%)	4 (13.3%)
<b>MAESTROS</b>				
<b>Hab. Estudio</b>				
TDAH	5	3	2	5
NoTDAH	3	3	0	9
Total	8 (26.7%)	6 (20%)	2 (6.7%)	14 (46.7%)
<b>Hab. Sociales</b>				
TDAH	9	4	1	1
NoTDAH	9	4	2	0
Total	18 (60%)	8 (26.7%)	3 (10%)	1 (3.3%)
<b>Adaptabilidad</b>				
TDAH	5	1	0	9
NoTDAH	5	0	0	10
Total	10 (33.3%)	1 (3.3%)	0	19 (63.3%)
<b>Compañerismo</b>				
TDAH	13	0	0	2
NoTDAH	9	4	1	1
Total	22 (73.3%)	4 (13.3%)	1 (3.3%)	3 (10%)
<b>AUTOINFORME</b>				
<b>Autoconfianza</b>				
TDAH	8	4	0	3
NoTDAH	9	5	0	1

Total	17 (56.7%)	9 (30%)	0	4 (13.3%)
<b>Autoestima</b>				
TDAH	12	2	0	1
NoTDAH	10	3	1	1
Total	22 (73.3%)	5 (16.7%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)
<b>R. Interpersonales</b>				
TDAH	7	3	2	3
NoTDAH	7	4	0	4
Total	14 (46.7%)	7 (23.3%)	2 (6.7%)	7 (23.3%)
<b>R. con Padres</b>				
TDAH	11	0	0	4
NoTDAH	11	2	0	2
Total	22 (73.3%)	2 (6.7%)	0	6 (20%)

De acuerdo con la tabla 2, la escala adaptativa de los padres se evidencian mayores dificultades en el área de la Adaptabilidad, lo que indica que 6 sujetos de la muestra se encuentran categorizados en un nivel clínicamente significativo, predominantemente en el grupo con sintomatología con TDAH. Por el contrario, la categoría Compañerismo presenta menores dificultades, lo cual se demuestra en que el 73% de la muestra se ubica en la escala de normalidad.

Por otro lado, en la escala adaptativa del grupo con síntomas de TDAH para maestros los resultados indican que el área con mayor dificultad es la Adaptabilidad ya que obtiene un predominio en el porcentaje que indica un riesgo más alto mientras que Compañerismo que evidencia menos dificultades.

En la escala adaptativa del autoinforme para el mismo grupo, los datos revelan que el área de las Relaciones Interpersonales es la que se ve más afectada en los sujetos de la muestra en general, en oposición a la Autoestima la cual presenta mayores porcentajes en los niveles de normalidad. Finalmente se aprecia que el grupo NoTDAH también presentan déficits en habilidades adaptativas aunque en menor frecuencia e intensidad que el grupo TDAH tanto en las escalas de Padres, Maestros y Autoinforme.

Tabla 4

Medias y desviaciones típicas en las escalas adaptativas según estatus (TDAH y NoTDAH)

	TDAH (n=15)		NoTDAH (n=15)	
	Media	DS	Media	DS
<b>ESCALA PARA PADRES</b>				
Adaptabilidad	25,73	14,63	42,60	26,56
Compañerismo	52,07	31,07	54,13	24,50
H. Sociales	40,53	30,25	54,93	30,47
<b>ESCALA PARA MAESTROS</b>				
Adaptabilidad	19,47	21,47	21,20	22,66
Compañerismo	50,67	26,05	32,93	21,95
H. de Estudio	25,53	19,46	19,20	18,54
H. Sociales	38,27	20,26	37,33	20,16
<b>AUTOINFORME</b>				
Autoconfianza	50,07	38,96	47,33	31,07
Autoestima	66,87	35,99	44,20	27,46

R. con los padres	55,40	34,73	61,40	30,62
R. Interpersonales	42,47	35,46	33,33	23,77

De acuerdo con la información de la tabla 3, se observan que los déficits adaptativos más significativos se encuentran en el grupo TDAH, particularmente en la habilidad Adaptativa reportada por los padres y la habilidad Compañerismo en el reporte de maestros. En general se evidencia diferencias en las medias de los percentiles de las escalas adaptativas en ambos grupos; siendo el grupo TDAH el que indica mayores déficits.

Tabla 5

Prueba t de Student para muestras independientes de las escalas adaptativas BASC según el estatus (TDAH y NoTDAH).

	F	t	gl	p	95% IC	
					Inferior	Superior
<b>PADRES</b>						
<b>Adaptabilidad</b>	<b>8.96</b>	<b>-2.15</b>	<b>28</b>	<b>0.00**</b>	<b>-32.90</b>	<b>-0.82</b>
Compañerismo	0.57	-0.18	28	0.45	-24.72	20.59
H. Sociales	0.03	-1.29	28	0.85	-37.11	8.31
<b>MAESTROS</b>						
Adaptabilidad	0.21	-0.21	28	0.65	-18.24	14.78
<b>Compañerismo</b>	<b>0.57</b>	<b>2.01</b>	<b>28</b>	<b>0.04*</b>	<b>-0.28</b>	<b>35.75</b>
H. Sociales	0.94	0.12	28	0.76	-14.18	16.05
H. de Estudio	0.35	0.91	28	0.55	-7.88	20.55

<b>AUTOINFORME</b>						
Autoconfianza	3.24	0.21	28	0.08	-23.61	29.07
Autoestima	4.05	1.93	28	0.54	-1.28	46.61
<b>R. Interpersonales</b>	<b>3.92</b>	<b>0.82</b>	<b>28</b>	<b>0.05*</b>	<b>-13.44</b>	<b>31.71</b>
R. con padres	0.43	-0.50	28	0.51	-30.49	18.49

Nota: \*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p > 0.05$

Como se aprecia en la tabla 4, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en Adaptabilidad (escala de padres), Compañerismo (escala maestros) y Relaciones interpersonales (escala Autoinforme). No se evidenciaron diferencias significativas en el resto de habilidades adaptativas en los reportes de padres, maestros y autoinforme.

Finalmente, se analizaron las escalas clínicas mediante la prueba t de Student con el fin de identificar las diferencias entre ambos grupos (TDAH y No TDAH) según las dimensiones. Se encontró que en la escala para padres hubo diferencias significativas en Hiperactividad ( $F=0.31$ ;  $t=2.63$ ;  $p=0.01$ ) y Agresión ( $F=0.68$ ;  $t=0.41$ ;  $p=0.04$ ). En la escala para maestros se halló diferencias significativas en la dimensión Problemas de aprendizaje ( $F=23.86$ ;  $t=0.00$ ;  $p=0.00$ ). Para las otras dimensiones en todos los cuestionarios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

## Discusión

El objetivo del presente trabajo fue analizar las habilidades adaptativas evaluadas en niños con y sin sintomatología de TDAH. Esto se hizo mediante la aplicación del BASC con el cual se obtuvieron los resultados necesarios para este análisis a partir de la información dada en los tres cuestionarios (padres, maestros, autoinforme). Así, se evidenciaron como hallazgos significativos la prevalencia de sintomatología de TDAH tipo mixto en el sexo masculino, lo que a su vez podría relacionarse con la presencia de mayores dificultades de las habilidades adaptativas categorizadas como clínicamente significativas, como lo es el caso de la Adaptabilidad reportado en la escala de padres y en la dimensión Compañerismo reportada por los maestros y de relaciones interpersonales en la escala de autoinforme.

Además, se encuentra como dato relevante, considerando que la escala clínica no es el foco de la presente investigación, que los resultados de las pruebas indican la existencia de una diferencia significativa entre ambos grupos (TDAH y no TDAH) en cuanto a la hiperactividad y la agresión para la escala de padres y problemas de aprendizaje en la escala de maestros. Cabe destacar como información importante este hallazgo debido a que afectaciones de índole clínica tendrían también repercusiones en los comportamientos de los sujetos estudiados, convirtiéndose en posibles causas de la presencia de la misma sintomatología en cuanto a las dificultades para adaptarse al medio, a partir de los diferentes inconvenientes que se presentan paralelamente a nivel emocional y académico debido a la incapacidad para centrarse en las tareas y por la facilidad con la que pierden la atención,

consecuencia del impulso que sienten de dirigirla a otro tipo de estímulos, situación que estaría determinando al mismo tiempo la percepción que estos sujetos generan en los demás.

Retomando los resultados obtenidos en cuanto a los déficits hallados en la dimensión de la adaptabilidad, la cual es considerada como la habilidad que tiene un sujeto para afrontar una situación mediante la regulación interna o externa de estados que le proporcionen bienestar y le ayuden a afrontar diferentes situaciones sociales sin provocar un desequilibrio, es evidente que los niños con TDAH presentan problemas debido a que para estos se hace más difícil establecer relaciones con el otro que le permitan una interacción adecuada y así poder obtener experiencias sociales que le permitan ampliar su repertorio de estrategias sociales y adaptativas, teniendo en cuenta también que estos sujetos permanecen menos tiempo interactuando socialmente con los demás, fenómeno que termina agudizando la misma sintomatología y efectos en el medio.

Este hallazgo apoya los resultados del estudio de Puentes et al, (2014) en el cual se encontró que los niños con sintomatología de TDAH presentaban dificultades significativas en diferentes dimensiones como reconocer las señales sociales, ajustarse a los nuevos contextos, respetar turnos, mantener la escucha y regular los comportamientos agresivos, afectando directamente el establecimiento de vínculos habilidosos, los cuales facilitarían procesos de adaptación y cohesión social. Del mismo modo, Fernández et al, (2011) concluyeron que características como las habilidades adaptativas están altamente determinadas por la existencia de síntomas de hiperactividad e inatención, encontrando una marcada diferencia en la

puntuación obtenida en los niños diagnosticados. Estas investigaciones estarían apuntando al hecho de que la incapacidad para autorregularse y adecuar las conductas requeridas por el medio son causantes de grandes inconvenientes para vincularse e interactuar con el otro, sea este un par o un adulto. La obstaculización en este proceso de socialización impide al niño cohesionarse y adaptarse a los diferentes grupos y contextos en el que se encuentra.

El presente estudio tomó una muestra no clínica, la cual estuvo conformada por niños entre 8 y 11 años de edad, los cuales fueron evaluados mediante un checklist y un instrumento tamiz para hallar síntomas clínicos y déficits en dimensiones adaptativas. Lo anterior puede explicar hasta cierto punto, que no se hayan encontrado más diferencias entre ambos grupos. Teniendo en cuenta que el grupo NoTDAH también presentó algunos déficits en las habilidades sociales. Por otro lado, todos los comportamientos poco adaptativos que estos niños realizan frente a sus pares tienen influencia en diferentes esferas incluida la escolar, en la cual las dificultades para asumir un rol de aceptación y empatía agudizan la falta de adaptación social. Esto se evidencia en uno de los resultados de la presente investigación en la cual se encontraron déficits en la dimensión de compañerismo y relaciones interpersonales. En estos casos, se presenta de manera frecuente el aislamiento y la exclusión social promoviendo dificultades a nivel interpersonal que finalmente tienen repercusiones en el establecimiento de vínculos y pertenencia a grupos sociales puesto que el interés individual excluye en ciertas ocasiones la percepción del otro, dificultando la interacción que favorezca relaciones sociales positivas.

El anterior hallazgo es confirmado por Fefer (2013) la cual concluyó que las deficiencias en las interacciones sociales por parte de los sujetos afectados con este trastorno se derivan de la sobreestimación que hacen estos de sus habilidades lo que los lleva a obviar el hecho de que sus comportamientos y reacciones pueden incrementar la falta de empatía por parte de sus pares. Esta misma tesis la apoyan García, Presentación, Siegenthaler y Miranda (2006) los cuales concluyen que dentro del contexto escolar los niños diagnosticados o con sintomatología se ven en ocasiones excluidos debido a conductas disruptivas que no favorecen la adaptación social, y que se tornan molestas ante las situaciones que se presentan dentro de este contexto como por ejemplo el trabajo en equipo y el rendimiento en las labores académicas. Por último, Lora (2008) destaca la severa dificultad que tienen los niños diagnosticados para adaptarse a los otros y cohesionarse socialmente lo cual genera aislamiento y retraimiento social.

Así, la dificultad de estos niños para ponerse en el lugar del otro a través de conductas empáticas, acatar las normas, desplegar conductas que permitan un relacionamiento asertivo con adultos al mismo tiempo que con pares, hacen parte de las principales dificultades para lograr una interacción efectiva, hallazgo evidenciado en la presente investigación, a partir de los datos obtenidos frente a los déficits en cuanto a la dimensión de Relaciones Interpersonales que incluyen las relaciones con adultos al mismo tiempo que con sujetos de su misma edad. La incapacidad para elaborar y poner en funcionamiento estrategias sociales que permitan un acercamiento y aceptación del niño en otros grupos sociales, genera que estos sean percibidos como sujetos molestos, evitando frecuentemente el acercamiento hacia los mismos. De esta manera, los niños con este diagnóstico o sintomatología desplegaran conductas con mayor intensidad con la finalidad de atraer la atención hacia ellos sintiendo que

hace parte de algo. Esta misma información fue hallada en la investigación de Ronk, Hund y Landau (2011), en la cual evidenciaron que las estrategias utilizadas por estos niños para realizar interacciones por primera vez frente a grupos de pares desconocidos tendían a ser comportamientos desfavorables que eran entendidos por los demás como conductas disruptivas.

Sin embargo, aunque se logró obtener información relevante para comprender los déficits en las habilidades adaptativas, el presente trabajo cuenta con algunas limitaciones que se enfocan principalmente en haberlo realizado con una población no diagnosticada, basándose en la presencia de sintomatología de TDAH validada mediante la lista de chequeo de Pineda (1999). Esta situación, limita el estudio debido a que pueden encontrarse sesgos en cuanto a la manifestación de sintomatología en ambos grupos muestrales, es decir, el grupo control puede tener características de dicho trastorno que no son detectadas mediante la aplicación de la lista de chequeo y que podrían ser encontradas en un estudio clínico realizado por un profesional en el área de psiquiatría o neurología. Además se ha encontrado que la prevalencia del TDAH es mayor en los varones, esto se considera como limitante puesto que el estudio se ve sesgado al incluir ambos sexos.

Por otra parte, la utilización del BASC como herramienta de medición, utilizada a partir de los antecedentes encontrados los cuales la utilizaron como fuente de recolección de la información, limita los estudios realizados puesto que presenta poca especificidad para medir las habilidades adaptativas.

Considerando lo anterior, se proponen como futuras líneas de investigación ampliar el marco de referencia indagando más ampliamente el contexto del individuo, incluyendo factores familiares, emocionales, pautas y estilos de crianza y estilos de afrontamiento. Además, se propone una investigación en la cual pueda hacerse uso de instrumentos y técnicas que permitan profundizar con mayor detalle cada una de las variables estudiadas dado que en el presente trabajo se dificultaba debido al control de variables que tendría que realizarse y que posean características de especificidad y sensibilidad.

### **Conclusiones**

Del total de niños con sintomatología de TDAH, el 86.6% equivalen a niños pertenecientes al sexo masculino, confirmando que la prevalencia de este diagnóstico es mayor en los varones. De igual manera se presenta como subtipo predominante la sintomatología de tipo mixta con un 53.3% de la totalidad de los niños del grupo con TDAH.

Teniendo en cuenta los rangos de puntuación establecidos por la escala BASC (normal, riesgo, bajo y clínicamente significativo) se determina como categoría límite la denominación clínicamente significativo, en esta se encuentra que la dimensión Adaptabilidad obtiene este resultado en dos de las escalas, es decir, que este se considera como un dato relevante dado que esta categoría alude a un riesgo alto para los niños con sintomatología de TDAH y que probablemente interfiera en la adecuada consecución y ejecución de las conductas habilidosas.

Se encuentran como dificultades en la escala clínica de padres y maestros, déficits en las dimensiones de: hiperactividad, agresión y problemas de aprendizaje, siendo un resultado que apoya parcialmente las posibles causas que agudizan las problemáticas de TDAH. Además, no se encontraron diferencias significativamente estadísticas en las demás dimensiones clínicas de estas escalas.

La presencia de sintomatología de TDAH no garantiza un déficit a nivel adaptativo. El estudio reveló que incluso aquellos niños sin sintomatología de TDAH obtuvieron puntuaciones altas en las dimensiones de la escala adaptativa, causadas probablemente por otros factores diferentes a la presencia de sintomatología de TDAH.

## Referencias

- Agudelo, H., Santa, L., Santa, V. (2009) Hábitos de estudio y habilidades esenciales en el ámbito universitario. Recuperado de [http://www.colmayor.edu.co/archivos/hbitos\\_de\\_estudio\\_y\\_habilidad\\_xndui.pdf](http://www.colmayor.edu.co/archivos/hbitos_de_estudio_y_habilidad_xndui.pdf)
- Amador, J. A., Forns, M. & Martorell, B. (2001). Características del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de psicología*, 32(4), 5-21. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2788722>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4<sup>a</sup> ed., Texto rev.). Washington, DC: APA.
- Caballo, V.E. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Carrasco, M. & Gándara, V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, Vol. 14 (2), 323-332. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714221>
- Centro de Escritura Javeriano. (2013). Normas APA sexta edición. Recuperado de <http://portales.puj.edu.co/ftpcentroescritura/Recursos%20C.E/Estudiantes/Referencia%20bibliogr%C3%A1ficas/Normas%20APA%20Sexta%20Edici%C3%B3n.pdf>
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Segunda edición. Bogotá, D.C: Ecoe Ediciones.

- Correa, J. A., Fragozo, Z. C. (2009). *Programa de entrenamiento en Habilidades Sociales. Desarrollo interpersonal*. Barranquilla: Educosta Editorial Universitaria de la Costa
- Etchepareborda, M. C. & Díaz, A. (2009). Aspectos controvertidos del TDAH. *Medicina*, 69 (1/1): 51-63. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802009000200007](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000200007)
- Fefer, S. (2013). The Positive Illusory Bias and ADHD Symptoms: A New Measurement Approach. Graduate Theses and Dissertations. Recuperado de: <http://scholarcommons.usf.edu/etd/4888>
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D. M., López, S., García, C., Muñiz, B., Pardos, A., &... Muñoz, N. (2011). Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad y su relación con las Habilidades Sociales y de liderazgo evaluadas a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC). (Spanish). *Actas Españolas De Psiquiatría*, 39(6), 339-348. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/74/ESP/13-74-ESP-339-348-130851.pdf>
- Fierro, A. (2012). Estrés, afrontamiento y adaptación. En *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro
- Fundación Gradadas. (2006). *Déficit de atención e hiperactividad: bases genéticas, clínicas y terapéuticas*. Medellín: Fundación Gradadas
- Galimberti, U. (2002). Diccionario de Psicología. Recuperado de <http://www.medilibros.com/>

- Gall, M., Gall, D., Jacobsen, D. & Bullock, T. (1994). *Herramientas para el aprendizaje, guía para enseñar a estudiar*. Argentina: Aique
- García, E., Presentación, M., Siegenthaler, R. & Miranda, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *REV NEUROL* 2006, 42 (2), 13-18. Recuperado de <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?id=2005797>
- Gil, F. & García, M. (2008). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado & M. Muñoz. (Ed), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 796 – 827). Madrid: Ediciones Pirámide.
- González, P., Núñez, J., Álvarez, L., Roces, C., González, S., González, P., Muñiz, R., Valle, A., Cabanach, R., Rodríguez, S. & Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 15(3), 471-477. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1090.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: MacGraw – Hill
- Izard, C. (2011). Forms and functions of emotions: matters of emotion–cognition interactions. *Emotion Review*, vol. 3 (4), 371-378. Recuperado de <http://emr.sagepub.com/content/3/4/371.abstract>
- Lewis, S., Cuesta, M., Ghisays, Y. & Romero, L. (2004). La adaptación social y escolar en niños con y sin trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (tdah) de la ciudad

- de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el Caribe* (14), 125-149. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301406>
- Lora, M. & Moreno, I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de psicología* (26), 317-329. Recuperado de <http://www.beatrizblancopsicologa.com/pdfs/264-528-1-SM.pdf>
- Martínez-León, N. C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International journal of clinical and health psychology*, 6(2), 379-399. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-183.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-183.pdf)
- Mas, C. (2009). Diagnóstico Diferencial en el TDAH. *Psicología educativa*, 15(2), 77-85. doi: 10.5093/ed2009v15n2a1
- Millán, D. (2014). Habilidades adaptativas y estilos cognitivos de niños y niñas diagnosticados con TDAH. Recuperado de <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1773/INFORME%20%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Ministerio de Educación. (2011). Educar en valores, el compañerismo. Recuperado de [http://www.comunidadescolar.cl/comunicados/2011/agosto/mineduc\\_boletin\\_agosto\\_documento\\_correccion1.pdf](http://www.comunidadescolar.cl/comunicados/2011/agosto/mineduc_boletin_agosto_documento_correccion1.pdf)
- Ministerio de Educación (2003). Resolución 2565 de octubre 24 de 2003. Recuperado de [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85960\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85960_archivo_pdf.pdf)

- Ministerio de Educación (1994). Ley 115 de Febrero 8 de 1994. Recuperado de [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf)
- Jara, M. & Roda, P. (2010). Propuesta curricular de habilidades adaptativas para la estimulación temprana de niños y niñas de 0 a 3 años de edad, con discapacidad cognitiva. *Revista electrónica Educare*, 14(1), 143-158. Recuperado de <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/1516>
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 11(1), 71-84. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0000120071A/17064>
- Papalia, D. E., Wendkos, S. (1999). *Desarrollo humano: los primeros años de vida*. Bogotá: MacGraw – Hill
- Piaget, J. (1991). Seis estudios de psicología. Recuperado de [http://dinterrondonia2010.pbworks.com/f/Jean\\_Piaget\\_-\\_Seis\\_estudios\\_de\\_Psicologia.pdf](http://dinterrondonia2010.pbworks.com/f/Jean_Piaget_-_Seis_estudios_de_Psicologia.pdf)
- Pineda, D., Henao, G., Puerta, I., Mejía, S., Ardila, A., Roselli, M., Mirando, ML., Gómez, L. & Murrelle, L. (1999). Grupo de Investigaciones Fundema: Uso de un cuestionario breve en español basado en los criterios del DSM IV para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Rev Neurol*, (28), 344-351. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/2804/g040365.pdf>

- Pineda, D. A., Kamphaus, R. W., Mora, O., Restrepo, M. A., Puerta, I. C.,... Holguín, J. A. (1999). Sistemas de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Revista de Neurología*, 28 (7), 672-681. Recuperado de [http://neurociencias.udea.edu.co/es/research/cognitive/publications/download\\_pdf/104](http://neurociencias.udea.edu.co/es/research/cognitive/publications/download_pdf/104)
- Puentes, P., Jiménez, G., Pineda, W., Pimienta, D., Acosta, J., Cervantes, M. L., Núñez, M., Sánchez, M. (2014). Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, Evaluados con la Escala basc. *Revista colombiana de psicología*, 23(1), 95-106. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/34332/45630>
- Puerta, C. & Ríos, Y. (2003) Escala multidimensional de la conducta. Medellín: Colombia
- Ramos, M. (2007). *Tratamiento de la hiperactividad: un acercamiento a los Trastornos de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. España: Ideaspropias
- Ronk, M., Hund, A. & Landau, S. (2011). Assessment of Social Competence of Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Problematic Peer Entry, Host Responses, and Evaluations. *Child Psychol* (39), 829–840. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10802-011-9497-3>
- Sobrado, L., Cauce, A. & Rial, R. (2002). Las habilidades de aprendizaje y estudio en la educación secundaria: estrategias orientadoras de mejora. *Tendencias pedagógicas*, (7), 155-177. Recuperado de [http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2002\\_07\\_06.pdf](http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2002_07_06.pdf)

- Vallés, A., Vallés, C. (1996). *Las Habilidades Sociales en la escuela: una propuesta curricular*. Madrid: Editorial EOS
- Van-der, C. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación, como mejorar la comunicación personal*. España: Díaz de Santos.
- Vaquerizo, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista de neurología*, 40(1), 25-32. Recuperado de <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2005037>

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con documento de identidad T.I. \_\_\_\_ CC. \_\_\_\_ No \_\_\_\_\_, certifico que he sido instruido (a) de forma clara, he comprendido la información brindada y he decidido participar voluntariamente en el ejercicio académico que las estudiantes Sara Restrepo Perafán y July Vanessa Pérez Vanegas, del programa de psicología, plantean en su investigación de trabajo de grado “Habilidades adaptativas en niños con y sin sintomatología trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para continuar o retirarme del ejercicio académico cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Se resguardará mi identidad como participante o colaborador(a) del ejercicio garantizando la confidencialidad de mis datos personales y mi desempeño en el mismo.

Se me ha brindado información detallada sobre el objetivo de la prueba, aclarando que la información será con fines académicos y no será utilizada para vulnerar la integridad del participante.

\_\_\_\_\_  
 Estudiante de Psicología  
 Documento de identidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Estudiante de Psicología  
 Documento de identidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Participante o Colaborador(a)  
 Documento de identidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Acudiente del participante o colaborador(a)  
 Documento de identidad \_\_\_\_\_

**Anexo 2.** Datos demográficos**DATOS DEMOGRÁFICOS****Código:** \_\_\_\_\_**Nombre completo:** \_\_\_\_\_**Edad:** \_\_\_\_\_**Estrato:** \_\_\_\_\_**Institución Educativa:** \_\_\_\_\_**Teléfonos:** \_\_\_\_\_**Nombres padres:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre profesor:** \_\_\_\_\_**Contacto profesor:** \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Lista de chequeo para TDAH

Nombre del niño:	Edad:	Curso:			
Llenado por:	Parentesco:				
Fecha:	Escolaridad:				
<b>Síntoma</b>	<b>Nunca (0)</b>	<b>Algunas Veces (1)</b>	<b>Muchas Veces (2)</b>	<b>Casi siempre (3)</b>	
<b>Inatención</b>					
1. No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas					
2. Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos					
3. No parece escuchar lo que se le dice					
4. No sigue las instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en la casa, a pesar de comprender las órdenes					
5. Tiene dificultades para organizar sus actividades					
6. Evita hacer tareas o cosas que le requieran esfuerzos					
7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades					
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes					
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria					
<b>Hiperactividad-impulsividad</b>					
10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado					
11. Se levanta de su sitio en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado					
12. Corretea y trepa en situaciones inadecuadas					
13. Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto					
14. Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro					
15. Habla demasiado					
16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de hacer las preguntas					
17. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos					
18. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás					
<b>Puntuación total</b>					

## Anexo 4. Cuestionario BASC para padres

### ESCALAS EVALUATIVAS DE LOS PADRES (6-11 años). C. Reynolds & R. Kamphaus

Nombre del niño \_\_\_\_\_  
 Nombres \_\_\_\_\_ primer apellido \_\_\_\_\_ segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
 Nombre de quien responde el cuestionario \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera como un niño(a) pudiera actuar. Por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha estado actuando el niño en los últimos **seis meses**. Si el hijo(a) ha tenido cambios durante este período, describa entonces la conducta más reciente. **Por favor marque cada ítem**. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada. Antes de comenzar llene toda la información solicitada en la parte superior de la página.

Encierre la letra N en un círculo si la conducta nunca ocurre  
 Encierre la letra V en un círculo si la conducta ocurre a veces  
 Encierre la letra F en un círculo si la conducta ocurre frecuentemente (a menudo)  
 Encierre la letra S en un círculo si la conducta ocurre casi siempre  
 Si desea cambiar la respuesta, táchela con una X y encierre en un círculo la nueva respuesta

Nunca  
 A veces  
 Frecuentemente  
 Casi siempre

1. Se adapta bien a los(as) nuevos(as) maestros(as)	N V F S	31. Toma medicamentos	N V F S
2. Amenaza con herir a los demás	N V F S	32. Felicita a los demás cuando les pasan cosas buenas	N V F S
3. Se preocupa	N V F S	33. Se queja de frío	N V F S
4. Escucha las instrucciones que se le dan	N V F S	34. Le pega a otros(as) niños(as)	N V F S
5. Se mece hacia delante y hacia atrás por largos periodos de tiempo	N V F S	35. Tiene problemas visuales	N V F S
6. Se va de casa sin permiso	N V F S	36. Se calma fácilmente cuando está enojado(a)	N V F S
7. Dice: <<no tengo amigos(as)>>	N V F S	37. Se burla de los demás	N V F S
8. Es incapaz de esperar turnos	N V F S	38. Se preocupa de lo que piensan los padres	N V F S
9. Asiste a actividades extracurriculares	N V F S	39. Olvida las cosas	N V F S
10. Dice: <<por favor y da las gracias>>	N V F S	40. Repite continuamente una actividad	N V F S
11. Se queja de falta de aire	N V F S	41. Es vulgar en su lenguaje	N V F S
12. Inicia conversaciones fácilmente con gente que recién conoce	N V F S	42. Dice: <<nadie me entiende>>	N V F S
13. Juega con fuego	N V F S	43. Necesita demasiada supervisión	N V F S
14. Le gusta lucirse con los demás	N V F S	44. Inicia actividades por sí mismo(a)	N V F S
15. Es demasiado serio(a)	N V F S	45. Tiene sentido del humor	N V F S
16. Se orina en la cama	N V F S	46. Se queja de dolores	N V F S
17. Intenta auto agredirse	N V F S	47. Evita competir con otros(as) niños(as)	N V F S
18. Tiene amigos(as) que están metidos(as) en problemas	N V F S	48. Se altera cuando se cambian planes	N V F S
19. Dice: <<quiero matarme>>	N V F S	49. Discute con los padres	N V F S
20. Se levanta de la mesa durante las comidas	N V F S	50. Dice: <<los exámenes me ponen nervioso (a)>>	N V F S
21. Se une a clubes o grupos sociales	N V F S	51. Se distrae fácilmente	N V F S
22. Motiva a otros para hacer las cosas bien	N V F S	52. Juguetea nerviosamente con las cosas, tales como sus propios cabellos, uñas o ropa	N V F S
23. Se queja de mareos	N V F S	53. Le importa poco los sentimientos de los demás	N V F S
24. Cambia su rumbo para evitar saludar a alguien	N V F S	54. Se rinde fácilmente	N V F S
25. Reta a otros(as) niños(as) para que hagan las cosas bien	N V F S	55. Es inquieto(a) cuando ve una película	N V F S
26. Tartamudea	N V F S	56. Tiene muchas ideas	N V F S
27. Dice: <<tengo miedo de lastimar a alguien>>	N V F S	57. Se ofrece a ayudar a los demás	N V F S
28. Tiene problemas con la policía	N V F S	58. Vomita	N V F S
29. Lloro fácilmente	N V F S	59. Es tímido(a) con otros niños(as)	N V F S
30. Le dan rabietas	N V F S	60. Es un(a) buen(a) perdedor(a)	N V F S
		61. Se esfuerza demasiado en complacer a los demás	N V F S

62. Sueña despierto(a)	N V F S	100. Presenta convulsiones o ataques	N V F S
63. Tiene que quedarse castigado(a) en el colegio	N V F S	101. Es elegido(a) como líder	N V F S
64. Se altera fácilmente	N V F S	102. Halaga a los demás	N V F S
65. Juguetea nerviosamente con objetos durante las comidas	N V F S	103. Se enferma	N V F S
66. Tiene habilidad para lograr que otros trabajen juntos	N V F S	104. Inicia conversaciones apropiadamente	N V F S
67. Tiene buenos modales en la mesa	N V F S	105. Tiene una buena actitud	N V F S
68. Tiene problemas auditivos	N V F S	106. Insulta a los(as) otros(as) niños(as)	N V F S
69. Se orina o defeca accidentalmente	N V F S	107. Dice: <<tengo miedo de cometer errores>>	N V F S
70. Va al médico con frecuencia	N V F S	108. Termina sus tareas	N V F S
71. Se ajusta bien a los cambios en la rutina	N V F S	109. Juega con el agua del inodoro	N V F S
72. Critica a los demás	N V F S	110. Ha sido suspendido(a) del colegio	N V F S
73. Tiene miedo de morir	N V F S	111. Dice: <<no le caigo bien a nadie>>	N V F S
74. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas	N V F S	112. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega	N V F S
75. Parece no estar en contacto con la realidad	N V F S	113. Dice lo que piensa si la situación lo requiere	N V F S
76. Miente para salirse de apuros	N V F S	114. Responde cuando se le habla	N V F S
77. Dice: <<no tengo amigos(as)>>	N V F S	115. Tiene problemas para respirar	N V F S
78. Interrumpe las conversaciones de los demás	N V F S	116. Evita a otros(as) niños(as)	N V F S
79. Es creativo(a)	N V F S	117. Se adapta bien a los cambios en la familia	N V F S
80. Sugiere las cosas sin ofender a otros	N V F S	118. Discute cuando no le siguen la corriente	N V F S
81. Tiene dolores de cabeza	N V F S	119. Dice: <<no soy muy bueno(a) para esto>>	N V F S
82. Se rehusa a participar en actividades de grupo	N V F S	120. Escucha atentamente	N V F S
83. Comparte sus juguetes y pertenencias con otros(as) niños(as)	N V F S	121. Escucha cosas que no son reales	N V F S
84. Se queja de las normas o reglas	N V F S	122. Miente	N V F S
85. Se preocupa por las cosas que no se pueden cambiar	N V F S	123. Está triste	N V F S
86. Termina su tarea de principio a fin sin descansar	N V F S	124. Se sube (trepa) a las cosas	N V F S
87. Come cosas que no son comida	N V F S	125. Toma decisiones fácilmente	N V F S
88. Tiene problemas con sus vecinos(as)	N V F S	126. Trata de lograr lo mejor de los demás	N V F S
89. Cambia fácilmente de estado de ánimo	N V F S	127. Se queja de que el corazón le palpita o late muy rápido	N V F S
90. Es demasiado inquieto(a)	N V F S	128. Se aferra al padre o la madre cuando está en lugares desconocidos	N V F S
91. Da sugerencias buenas para resolver problemas	N V F S	129. Es cruel con los animales	N V F S
92. Pide ayuda con cortesía	N V F S	130. Se preocupa por las tareas	N V F S
93. Tiene reacciones alérgicas	N V F S	131. Ve cosas que no están ahí	N V F S
94. Muestra miedo frente a gente desconocida	N V F S	132. Duerme con sus padres	N V F S
95. Destruye las cosas de otros(as) niños(as)	N V F S	133. Dice: <<soy muy feo(a)>>	N V F S
96. Se preocupa por lo que piensan los maestros	N V F S	134. No oye bien	N V F S
97. Se queja de incapacidad para bloquear Pensamientos no deseados	N V F S	135. Tiene mucha energía	N V F S
98. Se mete en problemas	N V F S	136. Muestra interés en las ideas de los demás	N V F S
99. Dice: <<me gustaría morir>> u <<ojalá estuviera muerto>>	N V F S	137. Tiene problemas del estómago	N V F S
		138. Se ofrece voluntariamente a ayudar	N V F S

## Anexo 5. Cuestionario BASC para maestros

### ESCALA PARA MAESTROS (6-11 años). C. Reynolds & R. Kamphaus

Nombre del niño \_\_\_\_\_  
 Nombres \_\_\_\_\_ primer apellido \_\_\_\_\_ segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ ¿Hace cuanto conoce al niño? \_\_\_\_\_  
 Nombre del Maestro \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera como un niño(a) pudiera actuar. Por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha estado actuando el niño en los últimos **seis meses**. Si el niño(a) ha tenido cambios durante este período, describa entonces la conducta más reciente. **Por favor marque cada ítem**. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada. Antes de comenzar llene toda la información solicitada en la parte superior de la página.

Encierre la letra N en un círculo si la conducta nunca ocurre

Encierre la letra V en un círculo si la conducta ocurre a veces

Encierre la letra F en un círculo si la conducta ocurre frecuentemente (a menudo)

Encierre la letra S en un círculo si la conducta ocurre casi siempre

Si desea cambiar una respuesta táchela con una X y encierre en un círculo la nueva respuesta

- |  |         |   |         |
|--|---------|---|---------|
| 1. Se adapta bien a los(as) nuevos(as) maestros(as)                          | N V F S | 32. Se queja de que se burlan de él                                       | N V F S |
| 2. Discute cuando no le siguen la corriente                                  | N V F S | 33. Habla demasiado duro  | N V F S |
| 3. Come uñas   | N V F S | 34. Intimida a los demás  | N V F S |
| 4. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas                | N V F S | 35. Busca llamar la atención mientras hace las tareas                     | N V F S |
| 5. Fija la mirada en el vacío  | N V F S | 36. Motiva a otros para hacer las cosas bien                              | N V F S |
| 6. Le importa poco los sentimientos de los demás                             | N V F S | 37. Analiza la naturaleza de los problemas antes de empezar a resolverlos | N V F S |
| 7. Permanece desmotivado mucho tiempo si se le cancela su actividad favorita | N V F S | 38. Es terco(a)   | N V F S |
| 8. Hace las tareas a la carrera  | N V F S | 39. Destruye las cosas de otros(as) niños(as)                             | N V F S |
| 9. Asiste a actividades extracurriculares                                    | N V F S | 40. Es nervioso(a)  | N V F S |
| 10. Tiene dificultades para terminar los exámenes                            | N V F S | 41. Tiene dificultad para poner atención a las amonestaciones             | N V F S |
| 11. Ofrece ayuda voluntariamente   | N V F S | 42. Come cosas que no son comida  | N V F S |
| 12. Se queja de frío   | N V F S | 43. Tiene que quedarse castigado(a) en el colegio                         | N V F S |
| 13. Realiza las lecturas asignadas   | N V F S | 44. Cambia fácilmente de estado de ánimo                                  | N V F S |
| 14. Se niega a hablar  | N V F S | 45. Golpetea con los pies o con el lápiz                                  | N V F S |
| 15. Se orina o defeca accidentalmente  | N V F S | 46. Tiene muchas ideas  | N V F S |
| 16. Amenaza con herir a los demás  | N V F S | 47. Dice que los libros son difíciles de entender                         | N V F S |
| 17. Se preocupa por las cosas que no se pueden cambiar                       | N V F S | 48. Tiene sentido del humor   | N V F S |
| 18. Se distrae fácilmente durante los trabajos en clase                      | N V F S | 49. Se queja de su salud  | N V F S |
| 19. Intenta auto agredirse   | N V F S | 50. Hace trabajos extras para mejorar sus calificaciones                  | N V F S |
| 20. Se vuela de la clase   | N V F S | 51. Juega solo(a)   | N V F S |
| 21. Dice: <<no tengo amigos(as)>>  | N V F S | 52. Tartamudea  | N V F S |
| 22. Molesta a los demás durante la clase                                     | N V F S | 53. Es contestón(a) con los profesores                                    | N V F S |
| 23. Es creativo(a)   | N V F S | 54. Dice: <tengo miedo de cometer errores>                                | N V F S |
| 24. Comete errores por descuido  | N V F S | 55. Los periodos de atención son muy cortos                               | N V F S |
| 25. Dice: <<por favor y gracias>>  | N V F S | 56. Parece fuera de la realidad   | N V F S |
| 26. Se queja de asfixia  | N V F S | 57. Roba en el colegio  | N V F S |
| 27. Estudia con los(as) compañeros(as)                                       | N V F S | 58. Dice: <<nadie me quiere>>   | N V F S |
| 28. Evita competir con otros(as) niños(as)                                   | N V F S | 59. Actúa sin pensar  | N V F S |
| 29. Culpa a los demás  | N V F S | 60. Toma decisiones con facilidad   | N V F S |
| 30. Ve cosas que no están ahí  | N V F S | 61. Pierde materias en el colegio   | N V F S |
| 31. Hace trampas en los exámenes y en los trabajos escolares                 | N V F S | 62. Halaga a los demás  | N V F S |

63. Se queja de calor	N V F S	105. Tiene problemas en la lectura	N V F S
64. Trabaja bien aún en las materias que no le gustan	N V F S	106. Presenta convulsiones o ataques	N V F S
65. Evita a los otros(as) niños(as)	N V F S	107. Hace las cosas a la carrera	N V F S
66. Da órdenes a los demás	N V F S	108. Hace pataletas	N V F S
67. Juega con el agua del inodoro	N V F S	109. Canturrea	N V F S
68. Se queja de lo que hacen la policía y las autoridades	N V F S	110. Sugiere las cosas sin ofender a los demás	N V F S
69. Dice: <<nadie me entiende>>	N V F S	111. Pide compensar las asignaturas perdidas	N V F S
70. Grita en clase	N V F S	112. Tolerancia bien la frustración	N V F S
71. Critica a los demás	N V F S	113. Se queja de las normas	N V F S
72. Toma medicamentos	N V F S	114. Se enferma antes de los exámenes	N V F S
73. Trata de lograr lo mejor de los demás	N V F S	115. Olvida las cosas	N V F S
74. Tiene confianza en si mismo(a) antes de los exámenes	N V F S	116. Escucha cosas que no son reales	N V F S
75. Se ajusta bien a los cambios en la rutina	N V F S	117. Ha sido suspendido(a) del colegio	N V F S
76. Le pone apodos a los demás	N V F S	118. Se ve triste	N V F S
77. Es temeroso(a)	N V F S	119. Es el(la) payaso(a) de la clase	N V F S
78. Tiene problemas de concentración	N V F S	120. Trabaja bien bajo presión	N V F S
79. Se queja de incapacidad para bloquear pensamientos no deseados	N V F S	121. Tiene mala caligrafía	N V F S
80. Se ha fugado del colegio	N V F S	122. Admite sus errores	N V F S
81. Lloro fácilmente	N V F S	123. Tiene dolores de cabeza	N V F S
82. Interrumpe las conversaciones de los demás	N V F S	124. Tiene buenos hábitos de estudio	N V F S
83. Da sugerencias buenas para resolver problemas	N V F S	125. Es tímido(a) con los adultos	N V F S
84. Tiene problemas con la ortografía *	N V F S	126. Tiene problemas para cambiar de una tarea a otra	N V F S
85. Pide ayuda con cortesía	N V F S	127. Golpea a otros(as) niños(as)	N V F S
86. Se queja de dolores	N V F S	128. Dice: <no soy muy bueno(a) para esto>	N V F S
87. Lee	N V F S	129. Escucha las instrucciones	N V F S
88. Lo(la) escogen de último(a) en los juegos	N V F S	130. Habla solo(a) sin sentido	N V F S
89. Admite sus fracasos	N V F S	131. Tiene amigos(as) con problemas	N V F S
90. Es presumido(a)	N V F S	132. Dice: <<me gustaría morirme>> u <<ojalá estuviera muerto(a)>>	N V F S
91. Muestra inseguridad antes de los exámenes	N V F S	133. Es demasiado inquieto(a)	N V F S
92. Escucha atentamente	N V F S	134. Pertenece a clubes y organizaciones	N V F S
93. Mastica la ropa o las cobijas	N V F S	135. Dificultad para completar bien las tareas por no seguir las instrucciones	N V F S
94. Es vulgar en su lenguaje	N V F S	136. Se ofrece a ayudar a los demás	N V F S
95. Se altera fácilmente	N V F S	137. Tiene fiebres	N V F S
96. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega	N V F S	138. Usa la biblioteca del colegio	N V F S
97. Motiva a los demás para trabajar juntos	N V F S	139. Se niega a participar en actividades de grupo	N V F S
98. Tiene problemas con las matemáticas	N V F S	140. Es un buen perdedor(a)	N V F S
99. Felicita a los demás cuando les pasa cosas buenas	N V F S	141. Tiene ideas raras	N V F S
100. Se enferma	N V F S	142. Tiene problemas visuales	N V F S
101. Termina las tareas	N V F S	143. Tiene problemas auditivos	N V F S
102. Tiene problemas para hacer nuevos(as) amigos(as)	N V F S	144. Tiene dificultades para esperar turnos	N V F S
103. Se burla de los demás	N V F S	145. Es elegido(a) como líder	N V F S
104. Repite la misma frase una y otra vez	N V F S	146. Se balancea por períodos largos	N V F S
		147. Se interesa por las ideas de los demás	N V F S
		148. Es organizado(a)	N V F S

\* En la lectura y la escritura en español el deletreo es suprimido a partir del 2do. grado.

## Anexo 6. Cuestionario BASC autoinforme

### ESCALA DE AUTOINFORME (8-11 años). C. Reynolds & R. Kamphaus

Tu nombre \_\_\_\_\_  
 Nombres \_\_\_\_\_ primer apellido \_\_\_\_\_ segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera como un niño(a) pudiera actuar. A nosotros nos gustaría conocer cual de las frases siguientes dice la verdad acerca de ti o acerca de lo que tú sientes. Por favor lee cuidadosamente cada frase y **marca cada ítem**, de la siguiente manera: si tú estas de acuerdo con la frase encierra con un círculo la letra V (verdadero), si no estas de acuerdo encierra con un círculo la letra F (falso). Aquí te colocamos un ejemplo:

1. Me gustan los perros

Da la respuesta que tú consideres como la mejor para ti, aún cuando encuentres que es difícil de resolver. Si tu quieres cambiar una respuesta puedes hacerlo colocando una X sobre la respuesta equivocada y encerrando en un círculo la nueva respuesta.

Sólo tú puedes decir cómo eres realmente tú. Por favor hazlo de la mejor manera y contesta todas las frases. No hay respuestas buenas o malas, trata de decir lo que tú piensas.

Antes de empezar por favor llena los datos personales que aparecen en la parte de arriba de la hoja.

- |   |     |  |     |
|---|-----|--|-----|
| 1. Pienso que soy muy capaz de inventar cosas nuevas              | V F | 27. Cuando me equivoco puedo cambiar las cosas para corregirlas                      | V F |
| 2. Pienso que la escuela tiene demasiadas reglas                  | V F | 28. No me importa la escuela   | V F |
| 3. La gente espera mucho de mí                                    | V F | 29. No puedo evitar cometer errores  | V F |
| 4. Necesito ayuda para llevarme bien con los demás                | V F | 30. Mis amigos(as) usualmente son formales conmigo                                   | V F |
| 5. Tengo pesadillas frecuentes                                    | V F | 31. Tengo miedo de hacer las cosas mal   | V F |
| 6. Mis padres están frecuentemente orgullosos de mí               | V F | 32. Mis padres piensan que soy tonto   | V F |
| 7. Escucho cosas que los otros no pueden oír                      | V F | 33. Rápidamente paso de estar feliz a estar triste                                   | V F |
| 8. La vida va de mal en peor                                      | V F | 34. Nadie me entiende  | V F |
| 9. Mi maestro(a) se enoja conmigo por nada                        | V F | 35. Cuando obtengo una mala nota es porque el(la) maestro(a) no me quiere            | V F |
| 10. Termino las cosas fácilmente                                  | V F | 36. No puedo pensar cuando hago un examen  | V F |
| 11. Ojalá yo fuera otra persona                                   | V F | 37. Me gusta ser como soy  | V F |
| 12. Los demás siempre me encuentran algo malo                     | V F | 38. Me gustaría que me invitaran a más fiestas                                       | V F |
| 13. Soy responsable   | V F | 39. Puedo generalmente resolver los problemas difíciles por mi mismo(a)              | V F |
| 14. La gente se enoja conmigo, aunque no haya hecho nada malo     | V F | 40. Mis padres controlan mi vida   | V F |
| 15. Odio la escuela   | V F | 41. No me gusta pensar en las cosas del colegio                                      | V F |
| 16. Me preocupo la mayor parte del tiempo                         | V F | 42. Me vienen pensamientos molestos acerca de la muerte                              | V F |
| 17. Yo soy querido(a) con los maestros(as)                        | V F | 43. Mis maestros(as) me cuidan   | V F |
| 18. Algunas veces hay voces que me dicen que que haga cosas malas | V F | 44. No puedo parar, por mí mismo(a), de hacer cosas malas                            | V F |
| 19. Para mí nada anda bien  | V F | 45. Los grandes viven mejor que yo   | V F |
| 20. Siempre estoy descontento(a) con mis calificaciones           | V F | 46. Tapo mi trabajo cuando la(el) profesora pasa por mi puesto                       | V F |
| 21. Los otros niños(as) son más felices que yo                    | V F | 47. La gente habla mal de mí   | V F |
| 22. Mis padres tienen demasiado control sobre mi vida             | V F | 48. Lo que quiero nunca es importante  | V F |
| 23. Nunca he estado en un carro                                   | V F | 49. Me siento herido(a) fácilmente   | V F |
| 24. Ojalá no hubiera libreta de informes o calificaciones         | V F | 50. Prefiero estar solo(a) la mayor parte del tiempo                                 | V F |
| 25. Veo cosas raras   | V F | 51. Escucho voces dentro de mi cabeza  | V F |
| 26. Con frecuencia mi maestro(a) me hace sentir estúpido(a)       | V F | 52. Los (las) maestros(as) la mayoría de las veces solo miran las cosas que hago mal | V F |
|   |     | 53. Si tengo problemas, usualmente puedo resolverlos                                 | V F |
|   |     | 54. La escuela es aburridora   | V F |

55. Me culpan de cosas que no tiene nada que ver conmigo	V F	98. Quiero ser más independiente, pero me da miedo	V F
56. No le agrado a mis compañeros(as)	V F	99. Me culpan de cosas que no he hecho	V F
57. Me preocupa con frecuencia que me pueda ocurrir algo malo	V F	100. Me preocupa desagradar a mis padres	V F
58. Mi padre y mi madre me ayudan cuando se los solicito	V F	101. Siempre tengo mala suerte	V F
59. No puedo controlar mis pensamientos	V F	102. Los demás me tienen respeto	V F
60. Siempre tengo problemas con alguien	V F	103. Soy un(a) amigo(a) verdadero(a)	V F
61. La mayoría de los maestros son injustos	V F	104. No veo la hora de abandonar el colegio	V F
62. Me gustaría hacer las cosas mejor, pero no puedo	V F	105. Aunque diga: <lo siento>, la gente sigue molesta conmigo	V F
63. Me gusta mi apariencia	V F	106. A los demás les gusta estar conmigo	V F
64. La gente actúa como si no me escuchara	V F	107. Me molesta no poder dormir lo suficiente	V F
65. Mi maestro(a) no me tiene que ayudar mucho	V F	108. Me gusta ser apegado(a) a mis padres	V F
66. Mis padres me echan la culpa de sus problemas	V F	109. Tengo muchos accidentes	V F
67. Supermán es una persona real	V F	110. Antes era más feliz	V F
68. Me preocupa lo que la gente piensa de mí	V F	111. Mi maestro(a) siempre me dice lo que tengo que hacer	V F
69. Mis padres confían en mí	V F	112. Los exámenes no son justos para la mayoría de la gente	V F
70. Algunas veces, cuando estoy solo(a), oigo mi nombre	V F	113. Tengo un cabello bonito	V F
71. Soy bueno(a) sólo para una o dos cosas	V F	114. Soy solitario(a)	V F
72. Es muy difícil para mí concentrarme en mis tareas	V F	115. Me gusta contestar preguntas en clases	V F
73. Me siento extraño en medio de la gente	V F	116. Las cosas me salen mal aunque me esfuerce	V F
74. Ocurren cosas malas	V F	117. Nadie me quiere	V F
75. Me molestan mucho las cosas insignificantes	V F	118. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen bien	V F
76. Nadie me escucha	V F	119. No tengo dientes	V F
77. Los otros niños(as) odian estar conmigo	V F	120. A veces quiero hacerme daño	V F
78. Estoy bien con ser yo mismo(a)	V F	121. No me importa nada	V F
79. Me siento a gusto con mi colegio	V F	122. Nunca tengo tiempo para hacer todas mis tareas	V F
80. Mis padres frecuentemente me cantaletean	V F	123. Me molestan rumores acerca de mí y de mis amigos(as)	V F
81. Mis compañeros(as) se burlan de mí	V F	124. A mi madre y a mi padre les gustan mis amigos(as)	V F
82. Me preocupo cuando me voy a dormir en la noche	V F	125. Me preocupo por lo que vaya a pasar	V F
83. Me gusta mostrarle a mis padres mi libreta de informes	V F	126. Tengo demasiados problemas	V F
84. Me siento raro(a) por dentro	V F	127. Soy bueno(a) para mostrarle a los demás como hacer las cosas	V F
85. Pienso que soy un(a) tonto(a) al lado de mis amigos(as)	V F	128. Soy bueno(a) para tomar decisiones	V F
86. Mis maestros(as) me entienden	V F	129. No puedo esperar que finalicen la clases	V F
87. Generalmente fracaso	V F	130. Mis padres esperan demasiado de mí	V F
88. Ojalá fuera diferente	V F	131. A los demás niños(as) no les gusta estar conmigo	V F
89. Algunas veces me siento solo(a), a pesar de que hay gente conmigo	V F	132. Me siento culpable de cosas	V F
90. Soy bueno(a) en mis tareas	V F	133. Mis padres no piensan bien de mí	V F
91. No puedo controlar lo que sucede	V F	134. Yo veo cosas que los demás no pueden ver	V F
92. Me tomo 50 vasos de leche al día	V F	135. Prefiero no ser notado(a)	V F
93. Soy nervioso(a)	V F	136. Mis maestros(as) frecuentemente están orgullosos(as) de mí	V F
94. A mis padres les gusta ayudarme con mis tareas	V F	137. Me rindo fácilmente	V F
95. A veces siento como cosquillas en la piel	V F	138. Me veo bien	V F
96. Estoy siempre con problemas en la casa	V F	139. Siento que alguien me dirá que hago cosas malas	V F
97. La mayoría de las veces hay que hacer trampa para ganar	V F	140. Siempre hago mis tareas a tiempo	V F
		141. Mis padres siempre están diciéndome lo que tengo que hacer	V F