

# Perfil conductual y cognitivo de alumnos con TDAH de una comunidad indígena de Chiapas<sup>25</sup>

Germán Alejandro García Lara  
Soledad Hernández Solís  
Oscar Cruz Pérez  
Carlos Eduardo Pérez Jiménez

## Introducción

La escuela es generalmente el espacio en que se detecta o interviene por primera vez a aquellos alumnos que presentan comportamientos diferenciados de sus pares, en particular, de quienes manifiestan hiperactividad, se muestran distraídos o reaccionan de manera impulsiva. Es común que muestren, además, dificultades en el aprendizaje escolar, bajo rendimiento académico, problemas en la relación con sus compañeros y el propio maestro.

Las manifestaciones señaladas dan cuenta de una de las patologías más frecuentes en niños en edad escolar, el TDAH, cuya prevalencia se estima entre un 3 y un 18 % de la población que cursa educación básica,

---

<sup>25</sup> Este trabajo es producto del proyecto de investigación: *Intervención en alumnos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y problemas de conducta de una comunidad tsotsil de Chiapas, México*, que realizan integrantes del Cuerpo Académico, Procesos Sociales Contemporáneos y Educación, de la Facultad de Ciencias Humanas de la UNICACH, financiado por el Programa de mejoramiento del profesorado (PRO-MEP 0222) de la Subsecretaría de Educación Superior, a través del Programa de becas a nuevos profesores de tiempo completo. Convocatoria 2011. Correspondencia dirígila a: asiaaae@hotmail.com.

rango sumamente amplio debido al instrumento o fuente de información de quien se obtienen los datos con que se analiza dicha prevalencia (Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman, 2003). El TDAH es más común en niños que en niñas en proporciones de 1 a 3-4. La tipología del TDAH incluye tres variantes; inatento, hiperactivo impulsivo y mixto (tanto inatento como hiperactivo impulsivo) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2006).

En el trabajo de Ulloa, Sánchez Saucedo y Ortiz (2006), se concluye que en aquellos niños con TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo se presenta con mayor severidad síntomas externalizados, en aquellos subtipo mixto síntomas ansiosos, depresivos, conducta delictiva y trastornos internalizados, mientras que en los de tipo inatento, la agresividad es la variable principal para determinar la gravedad de los problemas.

El TDAH se presenta recurrentemente asociado a otros trastornos, lo que genera que en ocasiones su diagnóstico se omita, así, es frecuente en casos de este tipo la presencia de alteraciones afectivas en hasta un 30% de los casos (Bohline, 2001; Connor y cols., 2003); ansiedad, en un 25% (Eiraldi, Power y Nezu, 1997); en ambos casos, mayor en personas con TDAH subtipo inatento (Barragán *et al.*, 2007); abuso de sustancias, comportamientos disruptivos –oposicionistas, de la conducta, antisocial– (González y cols., 2001), mayor en personas con TDAH subtipo hiperactivo impulsivo o mixto (Barragán *et al.*, 2007); problemas vinculados al contexto escolar como bajo rendimiento académico (Berk, 1994a; Biederman y cols., 1995; Solovieva, Quintanar y Flores, 2002; López, Serrano y Sánchez, 2005; Vaquerizo-Madrid, 2005); dificultades de aprendizaje (Anderson y cols., 1987; Cantwell y Baker, 1991; Zentall, 1993; Berk, 1994a; Dykman, Akerman y Raney, 1994; Bohline, 2001; Solovieva, Quintanar y Flores, 2002), lo que es significativamente mayor (20% de los casos) que en el resto de la población (5 y 10%) (Biederman, 1991; Shaywitz, 1998), y se presenta sobre todo en alumnos con TDAH subtipo inatento (Miranda, García y Jara, 2001).

Las dificultades en tareas de planeación y control, de uso de la memoria de trabajo o que demandan atención son comunes en niños con TDAH (Hinshaw, Carte, Sami Treuting y Zupan, 2002); a ello, se añaden dificultades en la memoria verbal de trabajo, en la inhibición de

las respuestas, demora en la internalización del lenguaje (Barkley 1997, citado en Navarro, 2009) y deficiencias en la rapidez perceptual (Bará Jiménez, Vicuña, Pineda y Henao, 2003).

La alteración del sistema ejecutivo, se relaciona con frecuencia a la presencia de este trastorno, lo que daría lugar a defectos en la capacidad de inhibición volitiva, en particular, la autorregulación, la memoria de trabajo no verbal, la internalización del lenguaje, la autorregulación de la activación y el afecto y la reconstitución (capacidad para manipular verbal y no verbalmente representaciones mentales) (Goldberg, 2000), ya que dicho proceso juega un papel importante en el desarrollo de las funciones cognitivas, conductuales, de control emocional y de interacción social de los niños (Anderson, 2002).

En México (SEP, 2012), los servicios de educación especial reportan la atención de 2 mil, 499 niños con TDAH a través de los servicios de las Unidades de Apoyo a la Educación Regular y los Centros de Atención Múltiple, lo que equivale apenas al 0.38% del total de la población en atención (654 mil 782).

En Chiapas, se han realizado pocos trabajo sobre el tema (García y García, 2005; García y Hernández, 2006), no así en población indígena, ámbito en el que los servicios de educación especial y formación del profesorado para la atención de alumnos con TDAH presenta mayores dificultades. De ahí la importancia de conocer el perfil conductual y cognitivo de este tipo de población, a fin de advertir no solamente sus características, sino también las posibilidades de intervención. A partir de lo anterior, se plantea la siguiente pregunta que orienta el trabajo de investigación: ¿cuál es el perfil cognitivo y comportamental de alumnos con TDAH de una comunidad indígena de Chiapas?

## Método y sujetos

El trabajo que se realiza es un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, con un diseño no experimental, en el que se aplican pruebas de tipo conductual (respondidas por los docentes) y cognitivas.

### *Instrumentos*

En el estudio se aplican los siguientes instrumentos:

- Escala Escolar de Conners Revisada para maestros y padres (EECR) (Farré Riba y Narbona, 1997). Angello y otros (2003), reportan índices de consistencia interna de entre 0.77-0.95 para esta escala.
- Lista de Criterios del DSM IV (LC DSM IV) (APA, 2006). Según Angello y otros (2003), esta escala tiene una fuerte estabilidad y consistencia interna: 0.88-0.96.
- Cuestionario de Medición de Ansiedad Social Revisada (CMAS-R) (Reynolds y Richmond, 1997).
- La Prueba Neuropsicológica de Memoria y Aprendizaje Visual (PNMAV) (Lamberti y Weidlich, 2002).

### *Procedimiento*

El trabajo se realizó de la siguiente manera:

- a. Se capacitó a los docentes sobre aspectos generales del TDAH, sintomatología, y trastornos asociados.
- b. Posteriormente, se les solicitó indicaran quienes de los alumnos que atienden presentan características como las señaladas, respondiendo así, la EECR y la LC DSM IV.
- c. Una vez tenidos los registros de cada uno de éstos, se continuó la evaluación a aquellos niños cuyos puntajes fueron relevantes de acuerdo al punto de corte de cada prueba.

### *Población y muestra*

La población de alumnos de la escuela primaria Benito Juárez García es de 434, de éstos se obtuvo una muestra de 20 alumnos con alguna característica de TDAH.

Los criterios de inclusión seguidos fueron los siguientes:

- a. De cada grado escolar se evalúan a aquellos niños que de acuerdo a la referencia del maestro (a), presenten TDAH o problemas de conducta.

- b. Participación voluntaria en el estudio.
- c. No presentar alteración neurológica o psiquiátrica.
- d. Ser bilingüe (no se incluyen alumnos de 1° y 2° grados de primaria debido a la dificultad para comunicarnos con ellos).

### *Análisis de los datos*

Los datos obtenidos se contrastaron respecto de los valores que se indican a partir del punto de corte, tomando como referencia una desviación estándar (García y Hernández, 2006). Se analiza además, la media y desviación típica, así como la relación entre las variables medidas a partir de los instrumentos aplicados, mediante el SPSS, versión 15.0.

## Resultados

De los 434 alumnos de primaria, 20 de ellos presentan características de TDAH en algunos de los subtipos, lo que constituye el 4.61% del total. De éstos, 19 son hombres (95.0%) y una mujer (0.5%). Su edad fluctúa entre los 8 y 13 años, mayor en aquellos de 9 y 11 años; estudian del 3° al 6° de primaria (tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

<b>Variabes</b>	<b>Atributos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sexo	Hombre	19	95.0
	Mujer	1	5.0
	Total	20	100.0
Edad	8 años	1	5.0
	9 años	6	30.0
	10 años	2	10.0
	11 años	6	30.0
	12 años	2	10.0
	13 años	3	15.0
	Total	20	100.0
Escolaridad	3° de primaria	2	10.0
	4° de primaria	5	25.0
	5° de primaria	6	30.0
	6° de primaria	7	35.0
	Total	20	100.0

En los instrumentos llenados por los docentes, se aprecia que en la LCDSM IV, se reportan 9 casos de alumnos con TDAH subtipo inatento y 9 casos con TDAH subtipo hiperactivo impulsivo, y sólo dos para aquellos alumnos con TDAH subtipo mixto. En la EEC-R, 5 de los casos presentan hiperactividad, 4 más hiperactividad, déficit de atención y trastorno de conducta, 2 más sólo déficit de atención y uno más déficit de atención y trastorno de conducta. En 8 de los casos los puntajes no son significativos para referir alteraciones. En la prueba de SDMT, 8 alumnos obtienen calificaciones muy bajas, 6 bajas, 5 normal y sólo uno alcanza un puntaje alto. En el CMAS, 10 de los alumnos alcanzan percentiles desde 75 hasta 100, lo que indica altos niveles de ansiedad, 5 desde 51 hasta 75 (ansiedad normal alta) y 4 desde 26 hasta 50 (normal baja). En la ENMyAV, por su parte, 12 de los alumnos alcanzan percentiles desde 1 hasta 25 (muy bajo), 4 desde 26 hasta 50 (normal bajo) y 3 desde 51 hasta 75 (normal alto). En estas últimas dos pruebas se contó con información de solamente 19 sujetos (tabla 2).

Tabla 2. Subtipos de TDAH, ansiedad, memoria de trabajo y aprendizaje visual

Instrumento	Dimensiones	Frecuencia	Porcentaje
LC DSM IV	Falta de atención	9	45.0
	Hiperactividad e impulsividad	9	45.0
	Mixto	2	10.0
EEC-R	Hiperactividad	5	25.0
	Déficit de atención	2	10.0
	Déficit de atención-Trastorno de conducta	1	5.0
	Hiperactividad-Déficit de atención-Trastorno de conducta	4	20.0
	Ninguno	8	40.0
SDMT	Muy baja	8	40.0
	Baja	6	30.0
	Normal	5	25.0
	Alta	1	5.0
CMAS	Percentil 26-50	4	20.0
	Percentil 51-75	5	25.0
	Percentil 76-100	10	50.0
PNMyAV	Percentil 1-25	12	60.0
	Percentil 26-50	4	20.0
	Percentil 51-75	3	15.0

En la tabla 3, se presenta información por percentiles de cada una de las subescalas del CMAS, destaca la subescala de ansiedad fisiológica con 12 casos con percentiles desde 76 hasta 100 y 4 más desde 51 hasta 75; en la subescala de mentira, 11 casos presentan percentiles desde 76 hasta 100 y 4 desde 51 hasta 75; en la subescala de inquietud hipersensibilidad, 8 casos presentan percentiles desde 76 hasta 100 y 6 casos desde 51 hasta 75; para la subescala de preocupación social 8 casos presentan percentiles desde 76 hasta 100 y 4 casos para cada grupo, en los percentiles desde 51 hasta 75 y desde 26 hasta 50.

Tabla 3. Dimensiones del CMAS

Dimensiones	Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad fisiológica	Percentil 0-25	1	5.0
	Percentil 26-50	2	10.0
	Percentil 51-75	4	20.0
	Percentil 76-100	12	60.0
Inquietud / hipersensibilidad	Percentil 0-25	3	15.0
	Percentil 26-50	2	10.0
	Percentil 51-75	6	30.0
	Percentil 76-100	8	40.0
Preocupación social / concentración	Percentil 0-25	1	5.0
	Percentil 26-50	5	25.0
	Percentil 51-75	5	25.0
	Percentil 76-100	8	40.0
Mentira	Percentil 0-25	2	10.0
	Percentil 26-50	2	10.0
	Percentil 51-75	4	20.0
	Percentil 76-100	11	55.0

En la tabla 4 se presentan las correlaciones habidas entre los distintos instrumentos, entre estas destaca la tenida entre la prueba de SDMT y la PNMMyAV (0.534) (ambas evalúan el proceso de memoria visual), entre la LC DSM IV TR y la prueba de SDMT (.469). Esto último indica la relación entre la memoria de trabajo y las dificultades atencionales y de hiperactividad impulsividad de los sujetos.

Tabla 4. Correlación entre instrumentos

Instrumentos	LC DSM IV	EEC-R	SDMT	PNMyAV	CMAS
LC DSM-IV	1	-.165	.469(*)	.387	.024
EEC-R	-.165	1	-.119	-.037	.359
SDMT	.469(*)	-.119	1	.534(*)	.005
PNMyAV	.387	-.037	.534(*)	1	-.036
CMAS	.024	.359	.005	-.036	1

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

## Conclusiones

Se obtiene una prevalencia del 4.6%, similar a lo encontrado en otros trabajos llevados a cabo en Chiapas (García y García, 2005; García y Hernández, 2007), con una distribución por sexo de 19 hombres por una mujer, mucho mayor que la proporción referida en otros estudios; en tanto que los subtipos de TDAH, muestran mayor preeminencia para aquellos con subtipo inatento e hiperactivo impulsivo y menor para los de subtipo mixto, aspecto distinto de lo reportado en otras investigaciones (Cardo y Cervera, 2005; Navarro, 2009).

Los índices de correlación son moderados entre los instrumentos que evalúan aspectos conductuales y tipológicos del TDAH (LCDS-MIV y EECR), así como entre la LCDSMIV y el de SDMT, lo que señala la sensibilidad de este último instrumento respecto a las dificultades atencionales del alumno.

Los resultados indican elevados niveles de ansiedad y dificultades cognitivas en la memoria de trabajo y aprendizaje visual de los alumnos con TDAH, situación que hace necesaria una atención diferenciada del resto de sus compañeros. Sin embargo, ello demanda una formación mayor de los maestros de escuela regular y educación especial, en contextos donde otras problemáticas se añan a éstas, como las precarias condiciones de vida de los niños y sus familias, la dificultad de contar con mayores recursos para la intervención en este tipo de alumnado, las



carencias formativas de los docentes, así como del desconocimientos de la lengua materna de los estudiantes por parte de los profesores.

Sin duda deben continuarse estudios que exploren lo que ocurre en comunidades indígenas, espacios en que la manifestación de los trastornos si bien presenta aspectos comunes a los referidos en otras investigaciones llevadas a cabo en zonas urbanas, también mantienen diferencias de las que habrá de dar cuenta en posteriores trabajos, como el subtipo de TDAH más recurrente, las manifestaciones conductuales de los niños y los procesos de intervención llevados a cabo en niños con TDAH.

## Referencias bibliográficas y documentales

- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (ef) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8, (2), pp. 71-82.
- Anderson, J. C., Williams, S. C., Mc Gee, R. y Silva P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, pp. 69-76.
- Angello, L. M., Volpe, R. J., DiPerna, J. C., Sammi, P. Gureasku-Moore, D. P. Gureasku-Moore, M., Nebrig, R. y Ota K. (2003). *School Psychology Review*, 32, 2, pp. 241-262.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2006). *Manual estadístico de los trastornos mentales* (4a ed.) Traducción revisada, México: Masson.
- Bará-Jiménez, S.; Vicuña, P.; Pineda. D. A. y Henao, G. C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención / hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*, 37 (7), pp. 608-615.
- Barragán-Pérez, E., de la Peña-Olvera, F., Ortiz-León, S., Ruiz-García, M., Hernández-Aguilar, J., Palacios-Cruz, L., Suárez-Reynaga, A. (2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*, septiembre-octubre, 64, pp. 326-343.
- Berk, L. E. (1994). *Infants, children, and adolescents. Why children talk to themselves?* Scientific American, pp. 78-83. Documento disponible en: <http://www.abacon.com/berk/ica/research.html> [Consultado el 15 de febrero de 2003].

- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E. y cols. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, pp. 1495-1503.
- Bohline, D. S. (2001). Intellectual and affective characteristics of attention deficit disordered children. *Journal of Learning Disabilities*, 18 (10), pp. 604-608.
- Cantwell, D. P. y Baker, L. (1991). Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, pp. 88-95.
- Cardó, E. y Cervera Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol*, 40 (Supl. 1), pp. 11-15.
- Connor, D. F., Edwards, G., Fletcher, K. E., Baird, J., Barkley, R. A., Steingard, R. J. (2003). Correlates of comorbid psychopathology in children with TDAH. *Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, pp. 193-200.
- Dykman, R. A., Akerman, P. T. y Raney, T. J. (1994). *Assessment and Characteristics of Children with Attention Deficit Disorder*. Prepared for the Office of Special Education Programs, Office of Special Education and Rehabilitative Services, U. S. Department of Education.
- Eiraldi, R. B., Power, T. J., Nezu, C. M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder among 6 to 12 years old children. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, pp. 503-14.
- Faraone, S., Sergeant, J., Gillberg, C. y Biederman, J. (2003). La prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿es un trastorno típico de Estado Unidos? *World Psychiatry* (ed Esp) 2 (1).
- Farré-Riba, A. y Narbona, J. (1997). Escala Conners. Nuevo estudio factorial con niños españoles. *Rev Neurol*, 25 (138), pp. 200-204.
- García Lara, G. A. y García Rodríguez, D. M. (2005). Estudio correlacional entre padres y maestros de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *IV Congreso Virtual Interpsiquis*, Sevilla, España.
- , (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y problemas escolares asociados en alumnos de una zona rural e indígena

- de Chiapas. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. Fundación Orienta. Barcelona, España, abril, 6, pp. 55-66.
- Goldberg, J. y Dass, J. P. (2000). ADHD and the nature of self control. *Developmental disabilities Bulletin*, 28 (1), pp. 89-100.
- González, C., Fuentes, L. J., Carranza, J. A. y Estévez, A. F. (2001). Temperament and attention in the self regulation of 7-year old children. *Personality and individual differences*, 30, pp. 931-946.
- Hinshaw, S. P., Carte, E. T., Sami, N., Treuting, J. J. y Zupan, B. A. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), pp. 1099-1111.
- Lamberti, G. y Weidlich, S. (2002). *Prueba neuropsicológica de memoria y aprendizaje visual*. México: Manual Moderno.
- López Villalobos, J. A., Serrano Pintado, I. y Delgado Sánchez-Mateos, J. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: A predictive model of comorbidity With behaviour disorder *Psychology in Spain*, 9 (1), pp. 63-74
- Miranda, A., García, R. y Jara, P. (2001). Acceso al léxico y comprensión lectora en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Rev Neurol Clín*, 2 (1), pp. 125-138.
- Navarro González, M. I. (2009). *Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una investigación empírica*. Tesis doctoral. España: Universidad Complutense de Madrid Facultad de Educación. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1997). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños*. México: Manual Moderno.
- Shaywitz, S. (1998). Dyslexia, current concepts. *New England of Medicine*, 338, pp. 307-312.
- SEP (2012). *Programa de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa*. Documento disponible en línea: [www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/.../2012/Datos\\_pfeeie\\_2012.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/.../2012/Datos_pfeeie_2012.pdf). [Consultado el 14 de marzo de 2012].
- Solovieva, Y., Quintanar Rojas, L. y Flores Olvera, D. (2002). *Programa de Corrección Neuropsicológica del Déficit de Atención*. Puebla, México: BUAP.

- Ulloa, R. E., Sánchez, S., Saucedo, J. M. y Ortiz, S. (2006). Psicopatología asociada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de edad escolar. *Actas Esp Psiquiatr* ; 34(5), pp. 330-335.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar. *Rev Neurol*, 40 (Supl. 1), pp. 25-32.
- Zentall, S. S. (1993). Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Children*, 60, pp. 143-153.