

# Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, Evaluados con la Escala **basc**

*Social Skills Deficits in Children Diagnosed With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Evaluated With the **BASC** Escala*

*Déficit em Habilidades Sociais em Crianças com Transtorno por Déficit de Atenção-Hiperatividade, Avaliados com a Escala **BASC***

**PEDRO PUENTES ROZO**

Universidad Simón Bolívar y Universidad del Atlántico, Barranquilla, Colombia

**GIOMAR JIMÉNEZ FIGUEROA**

**WILMAR PINEDA ALHUCEMA**

**DAVID PIMIENTA MONTOYA**

**JOHAN ACOSTA LÓPEZ**

**MARTHA L. CERVANTES HENRÍQUEZ**

**MERLYS NÚÑEZ BARRAGÁN**

**MANUEL SÁNCHEZ ROJAS**

Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

## Resumen

Se analizaron las Habilidades Sociales (HS) de 159 niños de ambos sexos, escolarizados, con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH), entre los 6 y los 11 años de edad. La valoración de las HS se realizó con la escala *Behavioral Assessment System for Children* para padres y maestros. Los resultados mostraron que los niños con TDAH presentan puntajes más bajos en las dimensiones de habilidades sociales como escuchar, esperar turnos, reconocer señales sociales y tener capacidad de adaptabilidad. Sin embargo, en compañerismo, los participantes con TDAH combinado poseen habilidades semejantes a los no afectados. Esto replantea lo encontrado en la mayoría de los estudios en donde únicamente se evidencian deficiencias.

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, habilidades sociales, Behavioral Assessment System for Children, teoría social cognitiva.

**Cómo citar este artículo:** Puentes Rozo, P., Jiménez Figueroa, G., Pineda Alhucema, W., Pimiento Montoya, D., Acosta López, J., Cervantes Henríquez, M. L., ...Sánchez Rojas, 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.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Pedro Puentes Rozo, e-mail: ppuentes1@unisimonbolivar.edu.co/pepuentes@hotmail.com. Laboratorio de Neurociencias Cognitivas Alexander Luria, Universidad Simón Bolívar, Calle 54 # 59-189, Sede 1, Bloque C, Laboratorio de Neurociencias Cognitivas Alexander Luria, Barranquilla, Colombia.

## Abstract

The study analyzed the Social Skills (ss) of 159 male and female school children between the ages of 6 and 11, suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The evaluation of ss was carried out with the Behavioral Assessment System for Children for use by parents and teachers. The results showed that children with ADHD feature lower scores in social skills such as listening, respecting turns, recognizing social signals, and adaptability. However, participants with ADHD proved to have companionship skills similar to those of unaffected children. This makes it necessary to rethink the findings of the majority of studies, which only reveal deficiencies.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, social skills, Behavioral Assessment System for Children, social cognitive theory.

## Resumo

Analisaram-se as Habilidades Sociais (HS) de 159 crianças, escolarizadas, com Transtorno por Déficit de Atenção-Hiperatividade (TDAH), entre 6 e 11 anos de idade. A valoração das HS se realizou com a escala *Behavioral Assessment System for Children* para pais e mestres. Os resultados mostraram que as crianças com TDAH apresentam pontuações mais baixas nas dimensões de HS como escutar, esperar a vez, reconhecer sinais sociais e ter capacidade de adaptabilidade. Contudo, em companheirismo, os participantes com TDAH combinado possuem habilidades semelhantes aos não afetados. Isso repropõe o encontrado na maioria dos estudos nos quais unicamente se evidenciam deficiências.

**Palavras-chave:** Transtorno por Déficit de Atenção-Hiperatividade, habilidades sociais, Behavioral Assessment System for Children, teoria social cognitiva.

LAS IMPLICACIONES cognitivas y comportamentales del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) son tan dramáticas que en la misma definición del DSM-IV (2000) aparece como una alteración del neurodesarrollo infantil y se hace énfasis en los problemas conductuales y en las consecuencias sociales que conlleva. Esto debido a que los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad tienen una severidad suficiente como para interferir con las actividades sociales y académicas del individuo, no solo en la infancia sino durante toda su vida, lo que deja claro su carácter crónico.

Si dejamos al margen las discapacidades psíquicas, el TDAH es probablemente el trastorno psicopatológico de mayor impacto en el desarrollo y en la vida del individuo, su familia y su entorno en general. Tras más de 100 años desde la primera descripción del síndrome hiperkinético por parte de Sir George Still, hoy en día se encuentran gran cantidad de trabajos sobre el tema desde todas las ópticas posibles (Crespo, Manghi, García, & Cáceres, 2007; Filipek, et al., 1996; Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Melià de Alba, & Roselló, 2000; Orjales, 2005; Pineda-Salazar, 2008; Poeta & Rosa-Neto, 2006; Vaquerizo-Madrid, 2008; Vaquerizo-Madrid, Estévez-Díaz, & Díaz-Maíllo, 2006), sin embargo, persisten dificultades, lagunas y polémicas. La evidencia sobre la influencia de los factores psicosociales y contextuales en la evolución del TDAH ha permitido el desarrollo de investigaciones centradas en la definición de los signos neurológicos y conductuales del trastorno (Korzeniowks & Ison, 2008; Miranda, García, & Presentación, 2002; Presentación, Pinto, Melià, & Miranda, 2009; Zabadenco, et al., 2011).

El modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley hace énfasis en que los individuos con TDAH presentan una disminución del tiempo que participan en las interacciones sociales, que podría conllevar deficiencias en las habilidades sociales, así como en otras conductas

adaptativas que implican consecuencias futuras a nivel personal y social (Orjales, 2000).

Flicek (1992) encontró que al comparar niños con TDAH combinado (en el cual aparecen alteraciones que indican déficit de atención y problemas de hiperactividad e impulsividad), TDAH inatento (en el cual predominan alteraciones en los procesos de atención) y un grupo control, los dos primeros mostraron mayores déficits en habilidades sociales, y al comparar el grupo de combinados con el de inatentos, el primero mostró mayores dificultades. Maedgen y Carlson (2000) hicieron un análisis de la regulación emocional y el funcionamiento social, y hallaron que los niños con TDAH de tipo combinado tenían dificultades en la interacción social. López, Montes y Sánchez (2003) hallaron que los niños con TDAH combinado tenían peores relaciones con los compañeros y con la autoridad que los niños con TDAH inatento, aun cuando los niños del subtipo inatento también tenían dificultades en sus relaciones sociales.

Lora y Moreno (2008), en un estudio sobre el perfil social de los subtipos de TDAH que empleó el BAS-3 como instrumento para elaborar el perfil social, hallaron que los niños con sintomatología hiperactiva diferían de los niños controles en todas la variables de socialización del BAS-3 (consideración con los demás, autocontrol social, retraining social, liderazgo y sinceridad), excepto en la variable ansiedad y timidez. Los niños con sintomatología combinada mostraron comparativamente un perfil de socialización más desajustado con elevado negativismo y escasa consideración con los demás.

Ronk, Hund y Landau (2011) midieron las competencias sociales de niños con TDAH de 7 a 12 años, específicamente, las habilidades para ingresar a un grupo y las respuestas de aceptación, y hallaron que los niños con el trastorno no mostraron diferencias con el grupo control en cuanto al uso de estrategias necesarias para ingresar a un nuevo grupo de personas. Sin embargo, los datos mostraron que las estrategias sociales

empleadas por los niños con TDAH fueron poco eficaces, ya que estos manifestaron conductas disruptivas y búsqueda de atención y no pudieron establecer relaciones para mantener en los compañeros un interés para que los acogieran en el grupo. Ohan y Johnston (2011), en un estudio sobre auto-evaluación de competencias sociales en niñas con TDAH, encontraron que estas tienden a sobreestimar sus habilidades aun cuando no son eficientes.

Kats-Gold, Besser y Priel (2007) realizaron un estudio para analizar las competencias emocionales y las habilidades sociales en niños israelíes con riesgo de TDAH en una muestra de 152 niños. El grupo de estudio incluyó 66 estudiantes en riesgo de TDAH (edad media de 10.36) y 86 estudiantes conformaron el grupo de comparación (edad media de 10.28). Para identificar a los niños en riesgo de TDAH usaron el *Conners Rating System-R* para maestros. Para evaluar las habilidades sociales se utilizó el *Social Skills Rating System* (SSRS) de profesores y para valorar la comprensión emocional utilizaron el *Kusche Affective Interview-Revised* (KAI-R). Los autores hallaron que en los niños con riesgo de TDAH está afectada la habilidad para el reconocimiento de emociones, lo que conlleva dificultades en la interpretación de estados afectivos de sus pares y por lo tanto tienen una interacción deficiente. Sin embargo, una limitación de este estudio es que no se comprobó el diagnóstico de TDAH con un método estándar, limitándose solo al análisis de síntomas reportados por los profesores.

Kats-Gold y Priel (2007), desarrollaron una investigación sobre el rol de las habilidades del reconocimiento de emociones básicas en niños en riesgo de TDAH. Con una muestra de 111 niños israelíes, se conformó un grupo de estudio (niños con riesgo de TDAH) y un grupo control; el primero estuvo conformado por 50 estudiantes con edad media de 10.55 ( $DE=.62$ ) y el segundo por 61 participantes con edad media de 11.60 ( $DE=.61$ ) con bajos indicadores en TDAH y otros síntomas como problemas cognitivos o

hiperactividad. Para el análisis de las variables se empleó: el *Conners Rating System-Revised* para hacer el rastreo del TDAH, el *Social Skills Rating System* para valorar habilidades sociales, el *Peer Rating* para valorar la percepción que tienen los compañeros acerca de los comportamientos de los sujetos, la Tarea Computarizada para el Reconocimiento Facial de Afectos para la valoración de la habilidad de reconocimiento de emociones y finalmente se hizo una estimación de inteligencia basada en el WISC-R. Los autores hallaron que el reconocimiento emocional que evidenciaron estos niños está muy relacionado con sus dificultades para la interacción social. Sin embargo, este estudio, así como el anterior, tiene la limitación de que no se comprobó el diagnóstico de TDAH y solo se limitó al análisis sintomático.

Ohan y Johnston (2007) compararon las habilidades sociales de niños con TDAH y niños con Trastorno Opositor Desafiante (TOD). De una muestra de 80 participantes, 40 niñas fueron diagnosticadas con TDAH por parte de un profesional calificado (12 diagnósticos fueron hechos por fisiatras, 12 por psicólogos, 11 por psiquiatras y 5 por pediatras). De esta manera, se cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TDAH. De las niñas diagnosticadas, 17 estaban recibiendo tratamiento con metilfenidato y cinco con dextroanfetamina. Para este estudio, la consistencia interna fue de .85 para el grupo de TDAH y .84 para el grupo control. Las madres completaron una escala que contenía los criterios del DSM-IV para el TOD, construida en paralelo a la escala de puntuación del TDAH según el DSM-IV que fue desarrollada por los mismos autores. Con esta escala, de los 40 participantes con TDAH, se detectaron 22 con síntomas de TOD. De este modo, la muestra estuvo dividida en tres grupos: TDAH, TDAH+TOD y grupo sin trastornos (control).

Para valorar el grado de agresividad se empleó un juego computarizado denominado *Girl's Club!*, en el cual se le decía a cada niña que iba

a jugar con unas compañeras en línea, que el objetivo final era convertirse en presidente del club y que para conseguirlo debía competir con ellas. En realidad, el juego no estaba conectado en línea y había sido diseñado para dejar ganar a la participante. El objetivo de la prueba era registrar las respuestas agresivas para mirar el grado de agresión de las participantes. Se utilizó un análisis univariado de varianzas (ANOVA) para determinar las interacciones sociales entre los grupos. Los autores hallaron que las niñas con TDAH+TOD mostraron comportamientos más agresivos y menos habilidades sociales que las niñas con TDAH. Sin embargo, estas últimas mostraron menos habilidades sociales que el grupo control (no afectado) y sus conductas agresivas fueron indirectas.

Estudios realizados en Colombia con las escalas BASC y Conners, han evidenciado déficits en las habilidades sociales que permiten diferenciar significativamente las personas afectadas con TDAH de quienes no lo están, ya que los primeros presentan puntuaciones muy inferiores respecto a los segundos (Bara-Jiménez, Vicuña, Pineda, & Henao, 2003; Cornejo, Sánchez, Gómez, & Horacio, 2010). Si se piensa en un perfil de las personas con TDAH, se tiene claro que existen dimensiones de la conducta que son claves para establecer un diagnóstico oportuno que permita intervenciones adecuadas y se considera que el desarrollo de habilidades sociales podría actuar como un factor protector (Puerta, 2004). Es importante tener en cuenta, por tanto, que si los niños con TDAH no tienen déficits intelectuales, el conocimiento social no estaría deteriorado. Sin embargo, es la aplicación de ese conocimiento al funcionamiento diario inmediato lo que estaría afectado, y los déficits en las habilidades sociales serían una de sus causas (Orjales, 2000).

En un estudio realizado en Barranquilla con 112 niños, se aplicó una entrevista psiquiátrica, otra neurológica y cuestionarios comportamentales (Conners y BASC, padres y maestros). A partir de ello, se realizó un análisis univariado

de varianza no paramétrico de Kruskal-Wallis para las variables con distribución asimétrica y la prueba U de Mann-Whitney para comparar pares de grupos. Los resultados mostraron que el grupo combinado presentó puntajes inferiores en las dimensiones de adaptabilidad y habilidades sociales en la escala BASC. El resultado de los maestros en esta última escala evidenció puntajes significativamente inferiores en todas las habilidades sociales, tales como: adaptabilidad, compañerismo y habilidades para el estudio. En el cuestionario Conners se observaron diferencias significativas entre los grupos ( $p < .05$ ), siendo el grupo mixto el de mayores puntajes indicadores de inatención, hiperactividad, somatización (escala padres), desequilibrio temperamental y déficit en las relaciones interpersonales (escala maestros). Los autores concluyeron que los niños con TDAH presentaron déficits clínicamente significativos en las habilidades sociales que, aunque no son la causa, sí evidencian alteraciones significativas propias de este cuadro patológico (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, & Pineda, 2008).

El concepto de habilidades sociales se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo, y se ha hecho énfasis en que su fin es el intercambio de acciones con otras personas (Caballo, 2002; Camacho & Camacho, 2005). La definición dada por la Asociación Americana de Retraso Mental (2000) dice que las habilidades sociales son las que se relacionan con los intercambios sociales que se realizan con otras personas. Por tanto incluyen: iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros; comprender y responder a los indicios situacionales pertinentes; reconocer sentimientos; proporcionar realimentación positiva y negativa; regular la propia conducta; ser consciente de los iguales y de la aceptación de estos; calibrar la cantidad y el tipo de interacción a mantener con otros; ayudar a otros; hacer y mantener amistades y relaciones de pareja; responder a las demandas de los demás; elegir compartir; entender el significado de la honestidad y de la imparcialidad;

controlar los impulsos; respetar normas y leyes, y adecuar la conducta a estas. Estos aspectos apuntan a enfatizar que las habilidades sociales se adquieren, principalmente, a través del aprendizaje (por ejemplo, mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información).

Un aspecto muy importante del carácter adaptativo de las habilidades sociales es su orientación a reducir consecuencias negativas para el sujeto y su entorno. La conducta socialmente habilidosa es un conjunto de comportamientos realizados por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, que respeta esas conductas en los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas.

Diversos estudios demuestran la importancia de las habilidades sociales, especialmente en el trabajo con niños y adolescentes, como una forma de prevenir el desarrollo de trastornos de adaptación social y de conducta (Ison-Zintilini & Morelato-Gimenez, 2007; Lacuna & Contini, 2009; López, 2008; López-Rubio, Mendoza, & Fernández-Parra, 2009; Miranda-Casas, Soriano-Ferrer, Presentación-Herrero, & Gargallo-López, 2000; Saiz & Román, 1996).

Con base en lo pertinente que resulta investigar sobre habilidades sociales en relación con este trastorno, el presente estudio tiene como objetivo analizar las habilidades sociales de un grupo de niños de ambos sexos diagnosticados con el TDAH en la ciudad de Barranquilla, Colombia, teniendo en cuenta los déficits y fortalezas que puedan presentar.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 159 niños (control  $N=46$ ; TDAH Mixto  $N=68$ ; TDAH Inatento  $N=45$ ) de ambos sexos, escolarizados, pertenecientes a 50 familias con, al menos, un caso confirmado de TDAH (Tabla 1).

### Criterios de inclusión para las muestras.

Para conformar los grupos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios.

**Grupo (o) control.** Presentar no más de tres síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad de acuerdo con los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de TDAH. Además, debían obtener una puntuación  $T \leq 50$  en inatención, hiperactividad-impulsividad en el *checklist* de TDAH para padres y maestros.

**Tabla 1**  
Datos demográficos de los participantes

Variable	Control	Mixto	Inatento	$\chi^2$	$p$
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
Género				1.415; 1 <i>gl</i>	.23
	Femenino	26 (56.5%)	24 (35.3%)	22 (48.9%)	
	Masculino	20 (43.5%)	44 (64.7%)	23 (51.1%)	
Edad	8.28 (1.44)	8.43 (1.46)	8.60 (1.51)	0.915; 2 <i>gl</i>	.63
Escolaridad	3.37 (1.67)	3.37 (1.76)	3.69 (2.23)	0.327; 2 <i>gl</i>	.84
E.S.E.	4.24 (0.63)	4.0 (0.77)	4.36 (0.83)	5.889; 2 <i>gl</i>	.05

Nota: E.S.E. = estrato socioeconómico.

**Grupo caso 1 TDAH tipo mixto.** Reunir al menos seis síntomas de inatención y seis síntomas de hiperactividad-impulsividad del diagnóstico de TDAH del DSM-IV. Además, debían obtener una puntuación  $T \geq 60$  en inatención e hiperactividad-impulsividad en el *checklist* de TDAH para padres y maestros.

**Grupo caso 2 TDAH tipo inatento.** Reunir al menos seis síntomas de inatención y cuatro o menos síntomas de hiperactividad-impulsividad para el diagnóstico de TDAH del DSM-IV. Además, debían obtener una puntuación  $T \geq 60$  en inatención y una puntuación  $T \leq 55$  en hiperactividad-impulsividad.

### Instrumentos

**Cuestionario breve para el diagnóstico de TDAH (*checklist*).** Es una escala discreta, que toma los criterios diagnósticos del DSM-IV (2000) y que califica los síntomas del criterio A en una escala de 0 (*nunca*) a 3 (*casi siempre*). Tiene estudios de validación en Colombia, que han encontrado una consistencia interna sólida (coeficiente alfa de Cronbach .71 a .92) y una estructura estable de dos factores: inatención e hiperactividad/impulsividad (Ortiz y Acle, 2006). Ha sido usada para estimar la prevalencia de TDAH en Antioquia y Caldas (Crespo et al., 2007; Vaquerizo, 2008).

**Diagnóstico estándar de oro (EDNA IV).** Es una entrevista semiestructurada que recoge información de síntomas relacionados con síndromes y trastornos de acuerdo con una clasificación categórica. Explora el inicio y final de los síntomas al igual que los ámbitos con mayor repercusión. La clasificación categórica comprende los trastornos de inicio en la infancia, los del estado de ánimo, los de ansiedad, los de la conducta alimentaria, los de la eliminación, aquellos producidos por tics, los psicóticos y la exploración del estrés psicosocial. Esta entrevista

ha sido usada en Colombia en estudios genéticos del TDAH (Arcos-Burgos et al., 2004; Kamphaus et al., 1999).

**BASC (*Behavioral Assessment System for Children*).** Esta escala se empleó para la evaluación de las habilidades sociales. Establece criterios confiables de múltiples categorías diagnósticas correlacionados con los criterios del DSM-IV. Tiene una alta confiabilidad con alfa de Cronbach para la escala clínica de nueve ítems de .85, la escala adaptativa de tres ítems de .75 y para una subescala de cuatro ítems con dimensiones de la DDA (hiperactividad, inatención, agresividad y problemas de la conducta) de .82 y validez en el diagnóstico de TDAH (Poeta & Rosa, 2006). Consta de dos escalas estandarizadas, una para padres (EP) y otra para maestros (EM) y evalúa diversas dimensiones del comportamiento en tres grupos de edad (4-5, 6-11 y 12-18). Las dimensiones de los cuestionarios están agrupadas en dos escalas: la clínica, que reúne las conductas consideradas anómalas y la escala de adaptación, que reúne las conductas positivas y deseables en niños y adolescentes (Puerta, 2004). En las dos escalas se toman en cuenta las habilidades sociales en la dimensión adaptativa, que miden conductas positivas o deseables. Por ejemplo se citan: admitir errores, iniciar conversaciones adecuadamente, decir por favor y gracias, etc. La adaptabilidad es una de las diversas variables del temperamento que evalúan la capacidad para ajustarse a los cambios de rutina, a nuevos profesores, cambiar de una actividad a otra y compartir pertenencias con otros.

De la misma manera, se toma en cuenta el compañerismo, el cual se refiere a la “capacidad de ser solidario con los iguales, brindarles apoyo frente a dificultades y ayudarles a resolver problemas. En este sentido, los comportamientos manifiestos que correlacionan con esta dimensión son: felicitar o animar a otros, ofrecer ayuda, colaborar brindando soluciones y compartir pertenencias” (Reynolds & Kamphaus, 2004, p. 57).

**Escala de Inteligencia WISC-R, versión abreviada.** Es útil para hacer una estimación global de la inteligencia general y descartar la presencia de deficiencia intelectual o retardo mental. Esta escala divide la evaluación de la inteligencia en dos grandes dimensiones, a saber, la verbal, en la cual el individuo debe resolver problemas apoyándose fundamentalmente en el uso del lenguaje (información, vocabulario, analogías, comprensión, aritmética y retención de dígitos), y una dimensión manipulativa en la que debe resolver problemas utilizando fundamentalmente el razonamiento no verbal (figuras incompletas, construcción con cubos, rompecabezas, claves, búsqueda de símbolos e historietas).

### Procedimiento

Todos los participantes estaban incluidos en una base de datos de niños de ambos sexos provenientes de cinco colegios. Se filtraron aquellos que tenían entre 6 y 11 años de edad y a cuyos padres y maestros se les había aplicado un cuestionario de rastreo para síntomas de TDAH (*checklist*). Se hizo contacto telefónico con los padres y se convocó a una reunión para explicar los objetivos y la importancia del estudio. Se incluyeron a aquellos que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado. Posteriormente se citó a los padres para una entrevista estructurada clínica psicológica individual y para el diligenciamiento de los cuestionarios BASC. Además, se solicitó a aquellos profesores directores de grupo, que tuvieran mínimo 6 meses de contacto con los niños,

diligenciar la escala BASC maestros. A los niños se les realizó una evaluación neurológica e intelectual mediante la aplicación del WISC-R y una evaluación psiquiátrica mediante la EDNA IV para confirmar el diagnóstico. De acuerdo con los resultados obtenidos en dichos instrumentos, los niños se agruparon en tres conjuntos: grupo 0: control ( $N=46.28.9\%$ ), grupo de casos 1: TDAH mixto ( $N=68.42.7\%$ ) y grupo de caso 2: TDAH inatento ( $N=45.28.3\%$ ).

### Análisis Estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS 15 para el análisis de los datos. Se realizó un análisis descriptivo para determinar los promedios y la variabilidad expresados como desviación estándar. Para la comparación de los tres grupos se utilizó un análisis comparativo paramétrico univariado de varianza (ANOVA) con análisis post-hoc de Tukey, bajo el supuesto de que las variables tenían una distribución normal. Para las variables que no presentaron una distribución normal, se usó un ANOVA no paramétrico de Kruskal Wallis y para la comparación de pares de grupos se realizó la prueba U de Mann-Whitney.

### Resultados

En la Tabla 2 se observan diferencias significativas entre los grupos en las dimensiones de habilidades sociales y adaptabilidad, tanto en las escalas de padres como en las de maestros ( $p < .05$ ). En cuanto a la dimensión Compañerismo, no se encuentran diferencias significativas en la escala

**Tabla 2**  
Prueba de Kruskal-Wallis

Escala	BASC	Control	Mixto	Inatento	X <sup>2</sup>	p
		Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
Padres	Compañerismo	47.70 (8.20)	47.54 (12.68)	44.02 (7.73)	4.74	.009
	Habilidades Sociales	52.24 (16.13)	43.56 (12.49)	43.09 (10.51)	16.73	.000
	Adaptabilidad	50.96 (13.71)	42.78 (8.18)	46.29 (10.34)	13.71	.001
Maestros	Compañerismo	52.76 (12.38)	46.01 (6.23)	48.51 (12.45)	13.1	.001
	Habilidades Sociales	53.24 (14.96)	42.34 (6.91)	46.56 (11.89)	24.7	.000
	Adaptabilidad	56.93 (17.95)	43.90 (9.21)	47.02 (13.12)	26.8	.000

Nota:  $p \leq .05$ .

padres. Además, esta fue la única dimensión en donde el grupo mixto obtuvo puntajes ligeramente más altos. El grupo control frente a los grupos de casos en la EP presentaron puntajes medios más altos en la dimensión de habilidades sociales respecto al grupo caso mixto y al grupo caso inatento, cuyas medias son muy similares, lo que indica que las deficiencias en esta dimensión son parecidas en los dos grupos de casos. En cuanto a la Adaptabilidad, el grupo mixto obtuvo menores puntajes medios, lo que indica que presenta mayores déficits, según lo consideran tanto los padres como los maestros.

Al realizar las comparaciones por dos grupos por medio de la prueba U de Mann-Whitney (Tabla 3) en la escala padres se evidenciaron diferencias significativas en la dimensión de compañerismo entre el grupo control y el inatento (0-2). Estas diferencias no existen entre el grupo control y el mixto (0-1) ni entre el mixto y el inatento (1-2); este último es, según los padres, inferior al mixto en esta dimensión. En las demás dimensiones que evalúan el conjunto de habilidades sociales incluidas en esta escala, se aprecian diferencias significativas entre los grupos, una de las cuales es que el grupo mixto es muy inferior en habilidades sociales y adaptabilidad. En la comparación entre los grupos de casos, en la escala maestros, el grupo mixto es también inferior en las habilidades sociales.

## Discusión

Los resultados de la presente investigación coinciden con lo encontrado en otros trabajos que se han realizado en la población de Barranquilla (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, & Pineda, 2008) y otras regiones colombianas (Pineda et al., 1999), así como en otras partes del mundo (Lora & Moreno, 2008; Maedgen & Carlson, 2000; Ohan & Johnston, 2011; Ronk, Hund, & Landau, 2011). Sin embargo, es necesario resaltar que las habilidades sociales, como lo plantea Albert Bandura (1986), dependen de lo que él llama determinismo recíproco. Este autor sostiene que “la personalidad, la conducta y el ambiente deben ser entendidos como un sistema de fuerzas que se influyen mutuamente a lo largo del paso del tiempo” (Bandura, 1986 citado en Cervone & Pervin, 2009, p. 380).

En este sentido se pudo comprobar que las pruebas aplicadas para evaluar las habilidades sociales en los estudios mencionados son esencialmente encuestas y listas de verificación, y, para nuestras investigaciones, el BASC. A pesar de que estas pruebas evalúan el fenómeno de una manera indirecta, ya que las responden los padres y los maestros, permiten diferenciar claramente los grupos de afectados de los no afectados con este trastorno. De esta forma se puede evidenciar con suficiente seguridad que las causas de las limitaciones están asociadas a una predisposición propia del trastorno.

**Tabla 3**  
*Prueba U Mann-Whitney*

Escala	BASC	Grupos					
		0 - 1		0 - 2		1 - 2	
		U	p	U	p	U	p
Padres	Compañerismo	1418.5	.400	756.0	.026	1291.0	.16
	Habilidades Sociales	878.5	.000	666.5	.003	1394.5	.425
	Adaptabilidad	940.5	.000	844.0	.127	1187.5	.043
Maestros	Compañerismo	945.5	.000	708.5	.009	1424.5	.533
	Habilidades Sociales	696.5	.000	742.0	.020	1157.5	.028
	Adaptabilidad	693.5	.000	560.5	.000	1406.0	.465

Nota:  $p \leq .05$ .



Sin embargo, y a pesar de lo anterior, se debe tener en cuenta también la influencia biológica y ambiental, puesto que las habilidades sociales están determinadas tanto por los rasgos de personalidad como por el aprendizaje. En este sentido, los estudios a partir de escalas tienen la limitación de no mostrar la manera como evolucionan los individuos sino que pareciera que se quedarán dando una visión estática y generalizada.

Asimismo, se debe tener en cuenta que cuando las personas que padecen este trastorno no presentan discapacidades psíquicas que disminuyan sus capacidades intelectuales, tienen la posibilidad de aprender a desarrollar las HS. Al encontrar que los niños con TDAH combinado no son inferiores en la escala de compañerismo, no solo se logra describir una característica positiva que se manifiesta en la conducta de los niños sino que esto puede tomarse en cuenta para compensar las deficiencias en las habilidades sociales.

Al respecto, Gol y Jarus (2005) desarrollaron un estudio en Jerusalén que confirma lo anterior. Ellos evaluaron los efectos de un tratamiento de habilidades sociales basado en actividades cotidianas como el arte, la cocina y juegos, entre otras, en una muestra de 51 participantes de edades entre 5 y 8 años. Estos fueron divididos en 27 niños diagnosticados con TDAH (dos niñas y 25 niños) por un neurólogo pediatra y que además puntuaran alto en la escala Conners y 24 niños sin TDAH (ocho niñas y 16 niños). Los niños fueron seleccionados del *Jerusalem Child and Family Developmental Center*. De los niños con TDAH, 14 recibían medicación diaria, pero durante el estudio se solicitó la suspensión de esta. Los autores determinaron que luego de 10 sesiones de tratamiento los niños con TDAH mostraron una gran mejoría en sus habilidades sociales, equiparándose al grupo control (no afectado) y concluyeron que es importante tener en cuenta a las actividades cotidianas a la hora de realizar tanto evaluaciones como tratamientos en niños con el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad.

Por consiguiente, deficiencias en las habilidades sociales, como signos del TDAH, no necesariamente indican que los sujetos no puedan llegar a poseerlas en el transcurso de su vida, sino que son limitadas por la condición biológica del TDAH. Esta última afecta el potencial de tales habilidades disminuyendo los recursos para su manifestación y, por tanto, la capacidad de adaptación; pero también plantea que en los sujetos con este trastorno existen posibilidades de adquirir y modificar sus conductas a lo largo de la vida.

En la mayoría de estudios contemporáneos, incluso en los nuestros, se presentan de una manera dramática las diferencias conductuales y cognitivas que evidencian los déficits en las habilidades sociales de los niños con TDAH. Pero esto no resulta suficiente para comprender las situaciones específicas en las que se pueden presentar estos déficits y, lo más importante, en las que no. Los estudios tampoco dan cuenta de si se pueden encontrar fortalezas en los niños con TDAH. Por lo tanto, vemos que es muy importante orientar los estudios a utilizar instrumentos de observación directa de la conducta que permitan evaluar las habilidades sociales en una dimensión más amplia, desde un enfoque que tenga en cuenta la especificidad de contexto, tal como lo plantean los psicólogos socio-cognitivos. Estos últimos no aceptan la explicación de la conducta que se apoya solo en el concepto de rasgos como algo invariable, sino que reconocen que cualquiera de las capacidades de una persona puede variar considerablemente de un aspecto de la vida a otro (Cervone & Pervin, 2009).

De acuerdo con la propuesta de este modelo, además de las escalas, sería recomendable ampliar las técnicas de evaluación en cuanto al nivel de afectación del TDAH en estos pacientes, de manera que se puedan considerar no solamente las fortalezas y los déficits conductuales, sino que además sea posible tomar en cuenta aspectos cognitivos, tales como los sistemas de creencias y expectativas, los estándares conductuales y las metas personales. Y, aunque no son

propriadamente habilidades sociales, también se deben evaluar otras habilidades como las de tipo artístico.

Es así como este artículo contribuye no solo a confirmar las dificultades propias del trastorno, sino que da luz sobre los aspectos positivos en los niños con TDAH, especialmente los de tipo mixto, en quienes se han encontrado más deficiencias. Es importante tener en cuenta que el compañerismo necesariamente implica empatía, capacidad de ayudar al compañero y en general comportamientos que fortalecen el establecimiento de relaciones sociales positivas. Que los niños con TDAH combinado sean superiores en este aspecto a los niños con TDAH inatento se puede explicar como un probable fenotipo que se establece como un punto de partida para futuras investigaciones enfocadas en diferenciar los fenotipos específicos para cada subtipo de TDAH.

### Referencias

- American Asociación of Mental Retardation (2000). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza
- American Psychiatric Association-APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR)*. Washington, D.C. USA: APA.
- Arcos-Burgos, M., Castellanos, F. X., Pineda, D., Lopera F, Palacio J. D., Palacio L.G., ...Muenke, M. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a population isolate: Linkage to loci at 4q13.2, 5q33.3, 11q22 and 17p11. *American Journal of Human Genetic*, 75(6), 998-1014.
- Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D. A., & Henao, G. C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*, 37(7), 608-615.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Caballo, V. (2002). *Manual de entrenamiento en habilidades sociales* (1ª ed.). Madrid: Plaza Edición.
- Camacho, C. & Camacho, M. (2005). Habilidades sociales en la adolescencia: un programa de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 1-27
- Cervone, D. & Pervin, A. (2009). *Personalidad, teoría e investigación*. México: Manual Moderno.
- Cornejo, W., Sánchez, Y., Gómez, M., & Horacio, O. (2010). Desempeño diagnóstico del cuestionario lista de síntomas del DSM-IV para el tamizaje del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) en niños y adolescentes escolares. *Acta Neurológica Colombiana*, 26, 133-141.
- Crespo, N., Manghi, D., García, G., & Cáceres, P. (2007). Déficit de atención y comprensión de los significados no literales: interpretación de actos de habla indirecto y de frases hechas. *Revista Neurológica*, 44(2), 75-80.
- Filipek, P. A., Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., Rensaw, P. F., Kennedy, D. N., & Biederman, J. (1996). Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology*, 48, 589-599.
- Flicek, M. (1992). Social status of boys with both academic problems and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(4), 353-366.
- Gol, D. & Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 539-545.
- Ison-Zintilini, M. & Morelato-Gimenez, M. (2007). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica*, 7(2), 357-367.
- Kamphaus, R. W., Petoskey, M. D., Cody, A. H., Rowe, E. W., Huberty, C. J., & Reynolds C. R. (1999). A typology of parent rated child behavior for a national U.S. sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40(4), 607-616.
- Kats-Gold, I., Besser, A., & Priel, B. (2007). The role of simple emotion recognition skills among school aged boys at risk of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 363-378.

- Kats-Gold, I. & Priel, B. (2009). Emotion, understanding, and social skills among boys at risk of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 46*(7), 658-678.
- Korzeniowks, C. & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18*, (1), 65-71.
- Lacuna, A. & Contini de González, N. (2009). Las habilidades sociales en niños preescolares en contextos de pobreza. *Ciencias Psicológicas, 3*(1), 57-66.
- López, M. (2008). La integración de las habilidades sociales en la escuela como estrategia para la salud emocional. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria, 3*(1), 16-19.
- López, J., Montes, J., & Sánchez, A. (2003). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: análisis discriminante por grupos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 3*, 108-119
- López-Rubio, S., Mendoza, E., & Fernández-Parra, A. (2009). Habilidades lingüísticas y sociales en adolescentes con problemas de conducta. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 29*(4), 237-248.
- Lora Muñoz, J. & Moreno García, I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de Psicología, 26*(2), 317-329.
- Maedgen, J. W. & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(1) 30-42.
- Miranda, A., García, R., & Presentación, M. J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología, 34*(1), 91-97.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Melià De Alba, A., & Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponental de asesoramiento a familias por hijos con Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad. *Revista de neurología, 46*(Supl. 1), 43-45.
- Miranda-Casas, A., Soriano-Ferrer, M., Presentación-Herrero, M., & Gargallo-López, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología, 1*, 203-216.
- Ohan, J. & Johnston, C. (2007). What is the social impact of ADHD in girls? A multi-method assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(2), 239-250.
- Ohan, J. & Johnston, C. (2011). Positive illusions of social competence in girls with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(4), 527-539.
- Ortiz, J. A. & Acle, G. (2006). Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños mexicanos. *Revista de Neurología, 42*, 17-21.
- 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.
- Pineda, D., Kamphaus, R., Mora, O., Puerta, I., Palacio, L., Jiménez-Ramírez, I., ... Lopera, F. (1999). Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. *Revista de Neurología, 28*(10) 952-959.
- Pineda-Salazar, D. A. (2008). Un modelo genético y evolucionista de la conducta humana: evidencias de la investigación de los trastornos hereditarios del comportamiento. En Pineda, D. (Ed.), *10 años de investigación en neuropsicología* (pp. 25-44). Medellín: Universidad de San Buenaventura.
- Poeta, L. & Rosa-Neto, F. (2006). Características biopsicosociales de los escolares indicadores de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología, 43*(10), 584-588.
- Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A., & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología, 2*(3), 18-26.
- Puentes-Rozo, P., Barceló-Martínez, E., & Pineda, D. A. (2008). Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos sexos de 6 a 11 años con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. *Revista de Neurología, 47*(4), 175-184.

- Puerta, I. (2004). Instrumento para evaluar las alteraciones de la conducta. *Revista de Neurología*, 38(3), 271-277.
- Reynolds, C. R. & Kamphaus, R.W. (2004). *Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes* (Trad. J. Gonzáles, S. Fernández, E. Pérez, & P. Santamaría). España: TEA Ediciones, S.A.
- 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. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(6), 829-840.
- Saiz, M. & Román, J. (1996). Entrenamiento en niños socialmente desfavorecidos en habilidades para resolver problemas sociales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 309-320.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2008). Evaluación clínica del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, modelo de entrevista y controversia. *Revista de Neurología*, 46(1), 37-41.
- Zabadenco, N. N., Lebedeva, T. V., Schasnaya, O. V., Zavadenko, A. N., Zlobina, O. M., & Semenova, N. A. (2011). Attention deficit hyperactivity syndrome: The role of parent and psychological adaptation of patients. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 41(1), 53-57.